

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 90

Leena Liimatainen

Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta

Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden
terveyden edistämisen oppiminen
hoitotyön harjoittelussa

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa (S 212)
joulukuun 13. päivänä 2002 kello 12.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2002

Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta

Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden
terveyden edistämisen oppiminen
hoitotyön harjoittelussa

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 90

Leena Liimatainen

Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta

Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden
terveyden edistämisen oppiminen
hoitotyön harjoittelussa



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2002

Editors

Harri Suominen

Department of Health Sciences, University of Jyväskylä

Marja-Leena Tynkkynen, Pekka Olsbo

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

URN:ISBN9513913511

ISBN 951-39-1351-1 (PDF)

ISBN 951-39-1367-8 (nid.)

ISSN 0356-1070

Copyright © 2002, by University of Jyväskylä

ABSTRACT

Liimatainen, Leena

Towards health promotion expertise through experiential learning. Student nurses' health promotion learning during clinical practice.

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2002, 93 p.

(Studies in Sport, Physical Education and Health, ISSN 0356-1070; 90)

ISBN 951-39-1351-1 (PDF)

English summary

Diss.

The purpose of this study was to describe and evaluate the health promotion learning and the development of health promotion expertise of 19 student nurses during their clinical training of a 3.5-year nursing education programme in two Finnish polytechnics. The research data were collected in 1997–2000. Data and investigator triangulation were used. The data consisted of literature concerning health promotion learning and expertise, the curricula of two polytechnics of health care (1997–1998), essays written by the students, videotaped health promotion situations conducted by the students, stimulated recall interviews with the students and interviews with their teachers. The data were analysed using content analysis.

On the basis of health promotion literature, two opposite health promotion approaches were identified: expert-centred and empowerment-centred approaches. Existing approaches in working life and polytechnics influence and shape health promotion teaching and the conceptions of future health promoters. The critical issues in health promotion learning turned out to be the development of the students' self-regulative knowledge and critical reflection skills. Secondly, the importance of the clinical practice placements and role models were crucial for shaping the students' constructions of health promotion. In the beginning of their education, the majority of the students adopted an empowerment approach of health promotion. In the end of their education, there were features of an empowerment approach to health promotion only in the constructions of critical reflectors (n=8).

On the basis of the results, a suggestion for the development of health promotion expertise during clinical practice in nursing education was created. The health promotion expertise constructed during practising was experiential and contextual, consisting of vertical and horizontal dimensions of expertise. Both dimensions of health promotion expertise are needed, and they were found to integrate gradually during education and working experience through reflection.

It is hoped that the results of this study contribute to the basis of the research and development of health promotion learning and expertise in Finland. Health promotion learning during clinical practice needs new methods for supporting the development of students' health promotion knowledge base and reflection skills. It is important to apply the dynamic and abstract concept of health promotion in different clinical placements.

Keywords: health promotion, expertise, experiential learning, reflection, stimulated recall interview, nursing education, polytechnic

Author's address	Leena Liimatainen, MSc. Jyväskylä Polytechnic School of Health and Social Care Keskussairaalantie 21 E FIN- 40620 Jyväskylä, Finland
Supervisors	Professor Lasse Kannas, PhD., MEd. Department of Health Sciences University of Jyväskylä Docent Marita Poskiparta, PhD., MEd. Department of Health Sciences University of Jyväskylä
Reviewers	Professor Helena Leino-Kilpi, PhD. Department of Nursing Science University of Turku Professor Anna-Maija Pietilä, PhD. Department of Nursing Science University of Kuopio
Opponents	Professor Anna-Maija Pietilä, PhD. Department of Nursing Science University of Kuopio Professor Anneli Eteläpelto, PhD. Unit of Educational Psychology, Department of Teacher Education, University of Helsinki

ESIPUHE

Tietoinen ajatus terveyden edistämisestä on kulkenut mukana jo yli kaksikymmentä vuotta, sairaanhoitajaksi valmistumisesta asti. Terveyden edistämisen ymmärrykseni on kehittynyt omakohtaisten kokemusten myötä, mutta vankan pohjan ymmärrykselle on antanut sairaanhoitajakoulutus ja terveyskasvatuksen maisteriopinnot Jyväskylän yliopistossa. Terveyden edistämisen kohteet, toimintamuodot ja painopisteet ovat vaihdelleet vuosien kuluessa. Viime vuosina olen joutunut erityisesti miettimään, mitä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tarkoittaa läheisen ihmisen sairastuessa vakavasti.

Tieteellinen mielenkiinto terveyskasvatukseen ja terveyden edistämiseen heräsi professori Lasse Kannaksen luennoilla vuonna 1991. Pro Gradu-työskentely Tarja Kettusen kanssa dosentti Marita Poskiparran ohjaamana innoitti tutkimustyöhön. Ilman Maritan dynaamista otetta ja visionäärisiä ajatuksia ei tämä tutkimusprojekti olisi saanut alkuaan. Terveyden edistämisen opetus ja oppiminen ammattikorkeakouluissa –projekti käynnistyi vuonna 1997. Viisi vuotta myöhemmin terveyden edistämisen tarve ja merkitys yhteiskunnassa on jopa ajankohtaisempi kuin tutkimusprojektiä aloitettaessa. Projektissa on alusta asti ollut mukana myös Auli Sjögren. Kiitos Auli erityisesti aineiston keruun aikaisesta monenlaisesta tuesta. Kolmen hengen projektiryhmämme kokoontui usein laajennettuna terveyttä edistävän vuorovaikutuksen tutkimusryhmällä, jolloin mukaan liittyivät Tarja Kettunen ja Päivi Karhila. Projektiryhmälle lämmin kiitos avusta, ilman teitä artikkelien korjauskierrokset olisivat olleet paljon kuivempia. Kiitokset myös terveystieteiden laitoksen terveyden edistämisen tutkijaporukalle. Olette olleet turvallinen kiintopiste, johon olen voinut tutkimuksen eri vaiheissa palata. Lämpimät kiitokset työni toiselle ohjaajalle, professori Lasse Kannakselle, joka on tukenut tutkimusprosessin eri vaiheissa. Erityiskiitokset haluan kuitenkin lausua työni varsinaiselle ohjaajalle, dosentti Marita Poskiparralle. Marita on ollut se tukipylväs, jolta olen saanut aikaa, apua ja neuvoja tutkimustyön ongelmissa koko prosessin ajan. Kiitos Marita.

Viiden vuoden tutkimusprosessin aikana monet henkilöt ovat merkittävästi vaikuttaneet tutkimuksen etenemiseen. Tärkeimpinä opiskelijat, terveydenhuollon eri organisaatiot ja potilaat, jotka ovat olleet mukana aineiston keruussa kolmen vuoden ajan. Kiitos teille kaikille. Aineiston keruun teknisestä onnistumisesta ja videointeihin liittyvästä monenlaisesta avusta kiitän Reijo Pirttimäkeä. Tutkimusaineistojen puhtaaksikirjoitusta ovat tehneet monet henkilöt, kiitokset erityisesti Pirjo Koikkalaiselle, Päivi Karhilalle ja serkulleni Tuulalle. Englanninkielisten osa-artikkelien kieliasuongelmissa ovat minua auttaneet Kirsi Yläpiha ja Markku Tuomi. Ilman teidän apuanne artikkeleja olisi ollut huomattavasti vaikeampi julkaista kansainvälisissä lehdissä. Väitöskirjan viimeistelyvaiheen avusta kiitän projektisihteeri Anita Kanervirtaa. Tutkimuksen tekemistä ovat omalta osaltaan helpottaneet taloudelliset tukijat. Kiitokset Jyväskylän yliopistolle, Artur ja Ellen Nyssösen säätiölle, Suomalaiselle Konkordia liitolle, Suomen Sairaanhoitajaliitolle ja Keski-Suomen sairaanhoitajaliiton piiriyhdistykselle. Erityinen kiitos väitöskirjan yhteenvedon muotoutumi-

sesta lopulliseen asuunsa kuuluu esitarkastajille, professori Helena Leino-Kilvelle ja professori Anna-Maija Pietilälle. Esitarkastajat paneutuivat käsikirjoi-tukseen huolellisesti ja tekivät merkittäviä parannusehdotuksia, joiden avulla sain työni lopulliseen muotoonsa.

Ammatillinen työyhteisöni Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla on auttanut minua terveyden edistämisen teorian ja käytännön yhdistämisessä. Kiitos täydennyskoulutuspäällikkö Satu Helinille ja täyden-nyskoulutusyksikön tiimille joustavuudesta työasioiden järjestelyssä. Kiitos hoitotyön tiimille terveyden edistämisen pohdinnoista opetus suunnitelmatyös-sä. Kiitos myös koulutusalojohtaja Annikki Lämsälle ja Inkeri Pappille hedel-mällisistä keskusteluista väitöskirjaprosessin loppuvaiheessa.

Tarpeellisia voimavaroja työhön ja tutkimukseen ovat tarjonneet hyvät hetket perheen ja ystävien kanssa. Kiitos äidilleni Mirjalle, joka on aina uskonut työhöni ja kannustanut eteenpäin. Kiitos Katrille ja Idalle, kun olette pitäneet minua jalat maassa ja arjessa. Veljilleni Ilpolle ja Janille kiitokset siitä, että auto-ni on kerran vuodessa katsastettu ja olen ilman suurempia ongelmia päässyt liikenteeseen. Kiitos Jaanalle jumppaseurasta, Pekalle ja Annelille latautumishetkestä Listonniemessä, Jukalle ja Merjalle Puumalassa. Kiitokset Leilalle ja Ju-kalle tarpeellisista irtiotoista joskus puuduttavan ja yksitoikkoisen arjen puur-tamisen keskellä. Kiitos myös Isälle ja Alpolle, jotka kannustivat jatkamaan tut-kimustyötä, vaikka eivät enää itse sen valmistumista ennättäneetkään nähdä.

E erityisen kiitoksen tarvitsee lähipiiri, Lasse, Laura ja Jouni. Lasse on väi-töskirjaprosessin aikana kasvanut aikuiseksi, Laura pikkutyöstä teini-ikäiseksi. Itse olen tänä aikana istunut paljon tietokoneen ääressä, mutta seurannut myös itsenäistymistä ja kehittymistä. Aloittaessani väitöskirjatutkimuksen Jouni ky-syi, kauanko homma kestää. En muista, uskalsinko silloin sanoa koko totuutta. Kiitos Jouni, että olet kestänyt minua välillä poissaolevana, tukenut vaikeina hetkinä ja tarjonnut turvapaikan, johon on aina ollut hyvä tulla. Ilman sinua en olisi nyt tässä. Väitöskirja on tapana omistaa jollekin. Omistan tämän väitöskir-jan Jounille.

Jyväskylässä, lokakuussa 2002

Leena Liimatainen

VÄITÖSKIRJAAN SISÄLTYVÄT OSAJULKAISUT

Väitöskirja perustuu seuraaviin osajulkaisuihin (I-V).

- I Liimatainen, L., Poskiparta, M. & Sjögren, A. 1999. Terveyden edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 36, 99-110.
- II Poskiparta, M., Liimatainen, L. & Sjögren, A. 2000. Health promotion in the curricula and teaching of two polytechnics in Finland. *Nurse Education Today* 20, 629-637.
- III Liimatainen, L., Poskiparta, M., Sjögren, A., Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. Investigating student nurses' constructions of health promotion in nursing education. *Health Education Research* 16, 33-48.
- IV Liimatainen, L., Poskiparta, M., Karhila, P. & Sjögren, A. 2001. The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 4, 648-658.
- V Liimatainen, L., Poskiparta, M., Karhila, P. & Sjögren, A. Experiential learning in the acquisition of shared expertise-a case study. Submitted.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	11
2	TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	14
	2.1 Ammattikorkeakoulu terveyden edistämisen oppimisympäristönä	14
	2.2 Tutkimusote	16
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN	18
	3.1 Terveyden edistämisen kehityksen vaiheet.....	18
	3.2 Terveyden edistäminen hoitotyössä.....	21
4	TERVEYDEN EDISTÄMISEN OPPIMINEN HOITOTYÖN HARJOITTELUSSA	26
	4.1 Kokemuksellinen ja uudistava oppiminen.....	27
	4.2 Oppimisen tavoitteena terveyden edistämisen asiantuntijuus.....	29
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	34
	5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	34
	5.2 Tutkimuksen eteneminen ja aineiston muodostuminen	36
	5.3 Aineiston analyysi ja käsittelytavat	39
6	TULOKSET	43
	6.1 Terveyden edistämisen oppimista ohjaavat tekijät ammattikorkeakoulussa (I osatutkimus)	43
	6.2 Terveyden edistämisen tietoperustan oppiminen ammattikorkeakoulussa	44
	6.2.1 Teoreettinen tieto.....	44
	6.2.1.1 Terveyden edistämisen opetussuunnitelmat (II osatutkimus)	44
	6.2.1.2 Opiskelijoiden terveyden edistämisen käsitusten kehittyminen ensimmäisen opiskeluvuoden aikana (III osatutkimus)	47
	6.2.2 Käytännöllisen tiedon ilmeneminen koulutuksen eri vaiheissa (III, IV, V osatutkimus).....	49
	6.2.3 Itsesäätelytiedon ja reflektiotaitojen kehittyminen koulutuksen aikana (IV osatutkimus)	50
	6.3 Jaetun asiantuntijuuden ja terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittyminen terveysneuvonnan kokemuksellisessa oppimisessa (V osatutkimus)	52
	6.4 Tulosten yhteenveto ja ehdotus terveyden edistämisen asian- tuntijuuden kehittymisestä hoitotyön harjoittelussa	55

7	POHDINTA JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI	58
7.1	Terveiden edistämisen tietoperustan ja asiantuntijuuden kehittyminen ammattikorkeakoulussa.....	58
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	63
7.3	Jatkotutkimusehdotukset	68
	SUMMARY	70
	LÄHTEET	74
	LIITTEET	87

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata ja arvioida 19 opiskelijan terveyden edistämisen oppimista ja asiantuntijuuden kehittymistä n. 3,5 vuotta kestävästä hoitotyön koulutuksen aikana kahdessa ammattikorkeakoulussa. Terveyden edistämisen oppimista ja asiantuntijuuden kehittymistä on tutkittu hoitotyön harjoittelussa tapahtuvan kokemuksellisen oppimisen näkökulmasta. Harjoittelu (50 ov) terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä on merkittävä osa hoitotyön ammatillista koulutusta (140 ov). Harjoittelu muodostaa myös koko koulutusta läpäisevän terveyden edistämisen kokemuksellisen oppimisympäristön ja edellytykset asiantuntijuuden kasvuun. Terveyden edistämisen oppimisprosesseihin kohdistuvan arviointitiedon avulla on mahdollista kehittää terveyden edistämisen ammatillisten asiantuntijoiden koulutusta ammattikorkeakouluissa.

Terveyden edistäminen on noussut näkyvästi esille Maailman terveysjärjestön Health For All- strategian (WHO 1980) ja Suomessa Terveyttä Kaikille vuoteen 2000- ohjelman (STM 1986) myötä. Keskustelu terveyden edistämisen asiantuntijuudesta on Suomessa käynnistynyt 1990-luvulla. Asiantuntijuuskeskustelua on vauhdittanut ammatillisen koulutuksen murrosvaihe, minkä aikana ammattikorkeakouluissa on luotu omaa ammatillista korkeakouluprofiilia ja uudenlaista ammatillista asiantuntijuutta. Toisaalta terveyden edistämisen asiantuntijuuden tarve on tullut esille väestön hyvinvointi- ja terveysongelmien lisääntyessä suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa. Viime vuosina väestön terveyden edistämiseksi onkin esitetty entistä laaja-alaisempia, spesifimpiä ja haasteellisempia tavoitteita (STM 1999; STM 2001). Hyvinvointipolitiikassa esitettyjen väestön terveyttä koskevien tavoitteiden saavuttaminen edellyttää terveyden edistämisen ammattilaisilta yhteistä sitoutumista, selkeämpää työnjakoa ja terveyden edistämisen osaamisen ja asiantuntijuuden tarkempaa määrittelyä.

Hyvinvointi- ja koulutuspolitiikan virallisissa asiakirjoissa terveyden edistämisen on sitouduttu laajasti mutta sen toteutuksen on todettu olevan puutteellista terveydenhuollon eri sektoreilla (Latter 1993; Smith ym. 1995; Lahtinen 1996; Wass & Backhouse 1996; Poskiparta 1997; Sihto 1997; McDonald 1998; Whitehead 2001) ja myös hoitotyön koulutuksessa (Rush 1997; Macleod Clark & Maben 1998; Manninen 1999; Jaroma 2000). Opetusministeriössä määriteltiin

ammattikorkeakouluista valmistuvien hoitotyön asiantuntijoiden terveyden edistämisen minimiosaamista (liite 1) valtakunnallisesti ensimmäisen kerran vasta viime vuoden lopulla (OPM 2001). Terveyden edistämisen erityistä ammatillista asiantuntijuutta määritellään lähitulevaisuudessa, kun terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn ammatilliset jatkotutkintokokeilut (40-60 ov) käynnistyvät ammattikorkeakouluissa vuosina 2002 –2003 (L 645/2001).

Terveyden edistämisen oppimista on Suomessa tutkittu vähän (Jaroma 2000; Sjögren ym. 2000; Poskiparta ym. 2001b). Englannissa ja Australiassa tutkimusta on tehty melko runsaasti Project 2000-opetussuunnitelman toteutukseen liittyen (Robinson & Hill 1995; Macleod Clark & Maben 1998; May & Weitch 1998; Mc Donald 1998). Tutkimuksissa on tunnistettu ongelmia terveyden edistämisen sisällyttämisessä hoitotyön koulutusohjelmien opetussuunnitelmiin (Robinson & Hill 1995; Sjögren ym. 2000; Poskiparta ym. 2001b) ja opiskelijoiden terveyden edistämisen käsitteen ymmärtämisessä ja sen käytäntöön soveltamisessa (Delaney 1994; Macleod Clark & Maben 1998; Sjögren ym. 2000; Whitehead 2001). Opiskelijoilla on myös todettu puutteita terveyden edistämisen menetelmällisissä taidoissa (Aavarinne 1993; Robinson & Hill 1995; Räisänen 2002). Jaroman (2000) mukaan suomalainen hoitotyön koulutus ei anna vielä valmiuksia vastata terveyden edistämisen yhteisöllisiin haasteisiin vaan koulutus tuottaa lähinnä yksilöasiantuntijoita.

Ammattikorkeakoulu-uudistuksen tavoitteena olevan korkeatasoisen ammatillisen asiantuntijuuden saavuttaminen ja työelämän kehittäminen (L 255/1995) edellyttävät opiskelijoiden ongelmanratkaisutaidon ja ajattelukyvyyn kehittymistä. Myös terveyden edistämisen asiantuntijuuteen oppiminen voidaan nähdä jatkuvasti kehittyvänä ongelmanratkaisuprosessina, johon liittyy itsereflektio ja eri tilanteista oppiminen (vrt. Tynjälä 1999a). Asiantuntijaksi kehittyminen tapahtuu silloin terveyden edistämisen käytännön kokemuksen, teoreettisen opiskelun, opitun tiedon soveltamisen ja uuden tiedon konstruoinnin välisenä vuoropuheluna. Erityisesti harjoittelussa on mahdollista käynnistää kasvu asiantuntijuuteen integroimalla terveyden edistämisen teoreettista ja käytännöllistä tietoa (vrt. Leinhardt ym. 1995; Tynjälä 1999a) kokemuksellisen ja uudistavan oppimisen avulla (Kolb 1984; Mezirow et. al. 1990). Konstruktivistinen oppimiskäsitys muodostaa viitekehyksen asiantuntijuuden kehittämiseen korostamalla kokemuksen ja reflektion merkitystä oppimisessa ja tiedon muodostuksessa (Bereiter & Scardamalia 1993; Tynjälä & Collin 2000).

Terveyden edistämisen asiantuntijuus on käsitteenä uusi ja sitä määrittelevää kirjallisuutta on niukasti (Naidoo & Wills 1998; Rivers ym. 1998; Shilton 2001; St. Leger 2001). Suomessa terveyden edistämisen asiantuntijuutta on tarkasteltu jonkin verran yliopistokoulutuksen tuottaman asiantuntijuuden (Kannas 1992), terveydenhoitajan (Tossavainen 1998) ja työterveyshoitajan terveyden edistämistyön näkökulmista (Naumanen-Tuomela 2001). Tutkimustietoa terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisestä hoitotyön peruskoulutuksesta alkaen Suomessa ei ole. Terveyden edistämisen asiantuntijuuden tutkiminen on ajankohtaista ja perusteltua, sillä erityisesti ammattikorkeakoulujärjestelmässä tarvitaan uutta tietoa terveyden edistämisen ammatillisen asiantuntijuuden kehittymisestä terveystieteen perus- ja jatkotutkintojen sekä täydennyskoulutuksen suunnitteluun.

Tämä tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen laajempaa seurantatutkimusprojektia, jossa tutkittiin terveyden edistämisen oppimista ja opetusta ammattikorkeakouluissa. Tutkimuksessa kuvataan ja arvioidaan hoitotyönopiskelijoiden terveyden edistämisen oppimista ja asiantuntijuuden kehittymistä ohjatuissa harjoiteluissa n. 3,5 vuotta kestävästä hoitotyönkoulutuksen aikana kahdessa ammattikorkeakoulussa. Terveyden edistämisen oppimista arvioidaan prosessiarvioinnin näkökulmasta. Terveyden edistämisen oppimisprosesseja koskevaa arviointitietoa tarvitaan, sillä aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet puutteita terveyden edistämisen koulutuksessa ja käytännön toteutuksessa. Terveyden edistämisen oppimisprosessien erittelyn ja ymmärtämisen tavoitteena on ollut oppimisen kriittisten tekijöiden tunnistaminen ja sitä kautta koulutuksen kehittäminen (vrt. Patton 1990, 95-96).

Tutkimuksen pääkäsitteet ovat terveyden edistäminen, terveyden edistämisen oppiminen ja terveyden edistämisen asiantuntijuus. Tutkimuksessa *terveyden edistäminen* ymmärretään prosessina, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä vallitsevat olot. Terveyden edistämisen prosessissa ihmisille luodaan edellytyksiä hallita, ylläpitää ja parantaa terveyttään. (WHO 1986; Vertio 1992; Nutbeam 1998; STM 2001). Terveysneuvonta on yksi terveyden edistämisen menetelmistä. Se nähdään tutkimuksessa vastavuoroisena oppimaan oppimisena ja luovana ongelmanratkaisuna, reflektiivisenä ja kehittyvänä vuorovaikutussuhteena, joka mahdollistaa asiakkaan terveyden edistämisen (Ballou ym. 1992; Poskiparta 1997, 125-127). *Terveyden edistämisen oppiminen* nähdään opiskelijan terveyteen ja sen edistämiseen liittyvien käsitysten muuttumisena ja terveyden edistämisen tietoperustan kehittymisenä kokemuksellisen oppimisen prosessissa. Syvälinen käsitys terveyden edistämisestä edellyttää käsitteen pohjalta luotua omakohtaista merkitystä, mikä puolestaan mahdollistaa tiedon soveltamisen eri tilanteissa. Terveyden edistämisen käsitys ja tietoperusta rakentuu teoreettisen, käytännöllisen ja itsesäätelytiedon ulottuvuuksista (vrt. Hewson 1985; Tynjälä 1999a). Terveyden edistämisen asiantuntijuus kehittyy terveyden edistämisen tietoperustan osa-alueiden vähittäisen integroitumisen kautta. *Terveyden edistämisen asiantuntijuus* nähdään tutkimuksessa kokemuksellisesti jatkuvasti rakentuvana, uusiin ongelmiin tarttuvana, vuorovaikutteisena ja sosiaalisena kehitysprosessina. (vrt. Bereiter & Scardamalia 1993; Eteläpelto 1998; Tynjälä 1999a; Billet 2001). Terveyden edistämisen käsitettä on tarkasteltu luvussa kolme. Terveyden edistämisen oppimista ja asiantuntijuutta on käsitelty luvussa neljä. Tutkimuksen empiirinen toteutus on kuvattu teoriaosan jälkeen luvussa viisi. Luvussa kuusi kootaan yhteen väitöskirjatutkimukseen sisältyvien osajulkaisujen tulokset. Osatutkimusten tulokset on yhdistetty uudelleen ja esitetty terveyden edistämisen asiantuntijuuden tietoperustan osa-alueiden mukaisesti. Lopuksi kuvataan tämän tutkimuksen tulosten tulkinnan pohjalta syntynyt käsitys terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisestä hoitotyön ammattikorkeakoulutuksessa tapahtuvassa harjoittelussa.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tutkimus perustuu aina joihinkin tutkittavaa ilmiötä koskeviin oletuksiin, taustatoumuksiin (Kvale 1996). Seuraavissa kappaleissa on kuvattu tämän tutkimuksen lähtökohtina olevat oletukset ammattikorkeakoulusta terveyden edistämisen oppimisympäristönä ja tutkimuksessa käytetystä tutkimusotteesta.

2.1 Ammattikorkeakoulu terveyden edistämisen oppimisympäristönä

Ammattikorkeakoulukokeilut käynnistyivät Suomessa syksyllä 1991 ja ammattikorkeakoulujen vakinaistamista koskeva laki (L 255/95) ja asetus (A 256/95) vahvistettiin maaliskuussa 1995. Ammattikorkeakoulututkintoon johtaviin sairaanhoitajaopintoihin (140 ov) kuuluvat perus- ja ammattiopinnot, vapaasti valittavat opinnot, ammattitaitoa edistävä harjoittelu ja opinnäytetyö (L 255/95; OPM 2001). Lähes kymmenen vuoden ajan ammattikorkeakoulut ovat itsenäisesti voineet päättää terveyden edistämisen opetuksen sisällöllisistä ja menetelmällisistä ratkaisuistaan edellä kuvattujen opintokokonaisuuksien sisällä. Ammattikorkeakouluissa tuotetun osaamisen tason on todettu vaihtelevan sekä sisällöllisesti että laadullisesti (Jaroma 2000; OPM 2001; Räisänen 2002) ja osaamista onkin viime vuosina haluttu yhtenäistää valtakunnallisesti (esim. STM 2000; OPM 2001). Myös ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien ja harjoittelun on todettu vaativan kehittämistä (Perälä & Ponkala 1999; Sihvo & Turtiainen 1999; Kotila 2000; Vesterinen 2002) ja kehittämistarpeet näkyvät myös terveyden edistämisen opetuksen alueella (Poskiparta ym. 2001b; Sjögren ym. 2000).

Tutkimusten mukaan terveyden edistämistä opetetaan omina opintojaksoina tai integroituina muihin opintoihin (Richardson & Petrarca 1990; Delaney 1994; Robinson & Hill 1995; Sjögren ym. 2000; Wass & Backhouse 1996). Erilaisista rakenteellisista ratkaisuista huolimatta suomalaisten ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien on todettu luovan melko hyvät lähtökohdat terveyden edistämisen oppimiselle hoitotyön koulutusohjelmissa (Sjögren ym.

2000). Terveysalan ammattikorkeakouluissa hankitun osaamisen yhtenäistämiseksi opetusministeriö antoi vuonna 2001 suosituksen terveysalan ammattikorkeakoulutuksen aikana hankittavasta vähimmäisosaamisesta. Suosituksessa terveyden edistäminen on luokiteltu yhdeksi sairaanhoitajan ydinosaamisen alueeksi eriteltyine osaamisvaatimuksineen (liite 1). (OPM 2001) Kuitenkaan ammattikorkeakouluissa käynnistyvässä uudessa terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn ammatillisessa jatkotutkintokokeilussa ei ole valtakunnallisesti määritelty, millaista terveyden edistämisen osaamista ja ammatillista erityisasantuntijuutta koulutuksessa tavoitellaan. Osaamisen sisältöjen, tietoperustan ja asiantuntijuuden määrittely on jätetty yksittäisten ammattikorkeakoulujen tehtäväksi. (L 645/2001)

Terveyden edistämisen teoriaopintojen laajuuden ja sisällön vaihdellessa koulukohtaisesti (Sjögren ym. 2000) ohjattu harjoittelu muodostaa kaikissa kouluissa koko koulutusta läpäisevän terveyden edistämisen oppimisympäristön. Ohjatussa harjoittelussa terveyden edistämistä opitaan tilannesidonnaisesti työssä ja työn kautta osallistumalla hoitotyön toimintakäytäntöihin (Mc Donald 1998; vrt. Tynjälä & Collin 2000). Ohjattua harjoittelua pidetään merkittävänä terveydenhuollon ammattiin kasvamisessa ja sen voidaan katsoa muodostavan ammatillisen koulutuksen ytimen (Leino-Kilpi ym. 1995; Munnukka 1997; Karttunen 1999). Laajuudestaan huolimatta tehokas terveyden edistämisen oppiminen harjoittelussa ei ole ongelmatonta. Terveydenhuoltoalan koulutus on ollut melko pirstaleista, sillä opetussuunnitelmat ovat rakentuneet teoreettisista ja käytännön opintojaksoista, jotka opetuksellisten työaikajärjestelyjen vuoksi on jaettu pienempiin osiin (Sjögren ym. 2000). Terveyden edistämisen teoriatieto on opittu koulussa erillisenä, annettuna ja käytännön tieto harjoittelujaksojen aikana mallioppimisen kautta. Harjoittelussa ongelmaksi on muodostunut terveyden edistämisen teorian ja käytännön vuorovaikutuksen irrallisuus, mikä vaikeuttaa opiskelijan henkilökohtaisen terveyden edistämisen käsityksen rakentamista (Delaney 1994; Whitehead 2001). Myös harjoittelupaikkojen terveyden edistämisen piilo-opetussuunnitelmat voivat tukea tai heikentää formaalisten oppimistavoitteiden saavuttamista (Robinson & Hill 1995; vrt. Tynjälä & Collin 2000). Tutkimuksissa todettu kirjoitettujen opetussuunnitelmien käsitteistön, kielen ja rakenteiden epäselvyys vaikeuttaa terveyden edistämisen oppimista harjoittelussa (vrt. Sihvo & Turtiainen 1999; Sjögren ym. 2000). Robinson ja Hill (1995) ovat todenneet hoitotyön ja terveyden edistämisen teoreettisten mallien yhdistämisen vaikeaksi. Lisäksi koulu ja terveydenhuollon työympäristöt muodostavat erilaiset terveyden edistämisen oppimisympäristöt ja -kulttuurit, missä oppimisella on usein erilaiset tavoitteet, toimijat ja traditiot. Ongelman muodostaa myös se, nähdäänkö harjoittelun tavoitteena olevan valitseviin terveyden edistämisen käytäntöihin sosiaalistumisen vai olemassa olevien käytäntöjen muuttamisen. Myös käsitys terveyden edistämisen oppimisen tilannesidonnaisuudesta herättää kysymyksen opittavan asian siirtovaikutuksen mahdollisuudesta erilaisiin työympäristöihin. (vrt. Leinhardt ym. 1995; Robinson & Hill 1995; Rauste von Wright & von Wright 1996; Munnukka 1997; Eteläpelto & Light 1999; Karttunen 1999; Tynjälä & Collin 2000)

2.2 Tutkimusote

Tutkimuksen tiedonintressi on ollut käytännöllinen ja tutkimusta on ohjannut pragmaattinen käsitys totuudesta. Pragmatismi korostaa kokemusta tiedon lähteenä: tietokäsityksen kriteerinä on tiedon käyttö toiminnassa. Silloin ihminen toiminnassaan osoittaa sen, mitä hän todella uskoo tiedoksi. Tiedonhankinnan tai oppimisen ajatellaan pragmatismien mukaan tapahtuvan tekemällä yleistyksiä omista toiminnallisista kokemuksista sekä siirtämällä yhdellä alueella tehtyjä yleistyksiä toisille alueille. Uusi tieto pystytään omaksumaan vain siinä määrin, kuin se sopii aikaisemman toiminnan, arvojen, tunteiden kautta syntyneeseen tapojen kehikkoon. Tämä kehikko määrää ne reunaehdot, joiden puitteissa tietoa omaksutaan, havaitaan ja valitaan. Tiedonmuodostuksen suunta on toiminnasta tietoon päin: ensin tehdään, tekemisen kautta ymmärretään sekä luodaan uutta tietoa ja uutta toimintaa. (vrt. Venkula 1993; von Glaserfeld 1995; Kvale 1996)

Tutkimuksen tiedon hankintaan liittyviä valintoja on ohjannut konstruktivistinen käsitys tiedonmuodostuksesta (Dentzin & Lincoln 1994; von Glaserfeld 1995; Tynjälä 2000). Konstruktivismilla on useita erilaisia suuntauksia, jotka eroavat toisistaan lähinnä sen suhteen ajatellaanko tiedon muodostuvan yksilön omakohtaisen ajattelun vai sosiaalisen vuorovaikutusprosessin tuloksena. Yhteistä konstruktivismiin eri suuntauksille on käsitys siitä, että tieto muodostuu aktiivisen rakentamisprosessin tuloksena. (esim. Berger & Luckman 1994; Gergen 1995; Steffe & Gale 1995; Tynjälä 1999b, 2000).

Tutkimuksessa opiskelijan terveyden edistämisen käsityksen rakentuminen on käsitetty prosessiksi, jossa terveyden edistämisen teoreettinen tieto, hoitotyön ammattikäytännöt ja opiskelijan henkilökohtainen kokemusperusta vuorovaikutuksessa integroituvat omakohtaiseksi terveyden edistämisen käsitykseksi (vrt. Kolb 1984; Järvinen ym. 2000). Terveyden edistämisen käsityksen voidaan ajatella kehittyvän sekä opiskelijan yksilöllisen pohdinnan ja reflektiivisen ajattelun avulla että yhteisöllisenä, eri oppimisympäristöjen sosiaaliseen vuorovaikutukseen sitoutuneena tiedon konstruoimisprosessina (vrt. Rauste von Wright & von Wright 1996; Tynjälä 2000). Omakohtaisen käsityksen muodostuminen edellyttää, että terveyden edistämisen oppimisprosessissa opiskelijalle syntyy merkityksiä oppimisen kohteena olevista asioista. Tutkimuksessa opiskelijat rakensivat terveyden edistämisen merkityksiä hyvin erilaisissa harjoitteluympäristöissä (ks. liitteet 2-4). Tämän vuoksi myös terveyden edistämisen oppimista on arvioitu kontekstuaalisesti, opiskelijoiden subjektiivisen tiedon ja reflektiivisten itsearviointien pohjalta ajatellen, että syntyneitä terveyden edistämisen merkityksiä voidaan ymmärtää ja tulkita vain siinä yhteydessä, missä ne ilmenevät (vrt. Kvale 1996).

Lähestymistavaltaan tämä tutkimus on terveyden edistämisen oppimisprosesseihin kohdistuva laadullinen arviointitutkimus (vrt. Patton 1990; Syrjälä ym. 1995; Rootman ym. 2001, 22). Terveyden edistämisen arviointitutkimusta ja laadullista arviointitutkimusta luonnehtii neljä yhteistä ominaisuutta. Tutkimus on osallistavaa, jolloin arvioinnin eri osapuolten erilaisten näkökulmien esille saaminen on tärkeää. Arvioinnissa korostetaan erityisesti niiden osapuolten

kuulemista, joilla on vähän valtaa, tässä tutkimuksessa opiskelijoiden. Terveystiedon edistämisen arvioinnin tulisi vakiintua pysyväksi toiminnaksi, mihin liittyy systemaattinen seuranta ja jatkuva kokemuksesta oppiminen. Tutkimustulosten tulisi olla kaikkien osapuolien käytettävissä ja ymmärrettävissä. Lisäksi arvioinnissa on tärkeää osallistujien yksilöllisten ja inhimillisten arvojen huomiointi. (Patton 1990; Rootman ym. 2001, 27) Tässä tutkimuksessa prosessiarvioinnin tavoitteena oli eritellä, ymmärtää ja tuottaa tietoa erityisesti opiskelijoiden terveyden edistämisen yksilöllisistä oppimisprosesseista. Kuvaamalla ja ymmärtämällä yksilöllisiä oppimisprosesseja oli mahdollista tunnistaa terveyden edistämisen oppimisen kriittisiä kohtia, joiden avulla on mahdollista kehittää terveyden edistämisen opetusta ammattikorkeakouluissa.

Terveyden edistämisen oppimista on arvioitu kokonaisvaltaisesti ja prosessinäkökulmasta. Esimerkiksi terveyden edistämisen teoriaopintoja ja harjoittelua ei ole arvioitu erillisinä opintosuorituksina vaan tiedon ja taidon yhdistymisenä terveyden edistämisen harjoittelussa. Arvioinnissa on korostunut tulokannallisen ja osallistavan arvioinnin piirteet sekä kvalitatiivisten menetelmien ja triangulaation käyttö (Patton 1990; Rootman ym. 2001; Springett 2001; Tones & Tillford 2001, 163). Terveyden edistämisen oppimista on arvioitu opiskelijoiden, opetussuunnitelmien ja opettajien näkökulmista (vrt. Broady 1986; Lyytinen ym. 1989; Patton 1990; Rauste von Wright & von Wright 1996). Prosessiarvioinnissa selvitettiin opiskelijoiden terveyden edistämisen käsitysten kehittymistä, jolloin arvioinnissa tarkasteltiin opiskelijoiden itsearviointien pohjalta syntyneitä henkilökohtaisia merkityksiä. Aineistonhankinnassa käytetty stimuloitu haastattelu toimi opiskelijoiden terveyden edistämisen oppimisen arvioinnin ja oppimisen kehittämisen välineenä. Stimuloitujen haastattelujen kautta saatu arviointitieto oli kontekstuaalista ja arvosidonnaista. Toisaalta oppimisprosessien laadullisten arviointimenetelmien kehittämisessä ja valinnassa on kannustettu joustavien ja uusien menetelmien käyttöön, luovuuteen ja uuden kokeiluun (Patton 1990; Leino-Kilpi 1991; Novak & Gowin 1995; Tynjälä 1999a). Kolme vuotta kestänyt terveyden edistämisen oppimisprosessien arviointi toteutui tutkimukseen osallistuneiden eri osapuolien yhteistyönä. Hankkeen aikana kertynyttä arviointitietoa on jaettu prosessin eri vaiheissa koulutus- ja tiedotustilaisuuksissa (taulukko 4, s. 37) sekä tutkimuksen aikana julkaistuissa osaraporteissa (esim. Poskiparta ym. 2001b; Sjögren ym. 2000), mikä on mahdollistanut tiedon hyödyntämisen koulujen opetussuunnitelmatyössä. Käytetty prosessiarviointi sisälsi myös voimavarakeskeisen arvioinnin ulottuvuuksia (Fetterman 1997; Rootman ym. 2001, 13-14), jotka tukevat terveyden edistämisen periaatteiden toteutumista tutkimuskoulujen oppimiskulttuureissa.

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Hoitotyössä tarvittavan terveyden edistämisen asiantuntijuuden perustana on terveyden edistämisen käsitteen ja monitieteisen tietoperustan ymmärtäminen. Kuitenkin terveyden edistämisen käsitteen käyttö on todettu sekavaksi sekä tutkimuksessa, käytännön toiminnassa että koulutuksessa (esim. Sihto 1997; Rivers ym. 1998; Perttilä 1999, 69; Oldenburg ym. 1999; Rootman ym. 2001; Tones & Tillford 2001). Rootman ym. (2001, 11-12) ovat koonneet 15 erilaista terveyden edistämisen määritelmää vuosien 1920-1991 väliseltä ajalta. Suurimmassa osassa määritelmiä terveyden edistämisen tuloksena nähdään hyvinvointi, terveyden paraneminen tai ylläpito. Määritelmät eroavat toisistaan eniten sen suhteen, millaisin keinoin ja menetelmin tavoitteisiin tulisi edetä. Eroa on myös siinä, nähdäänkö toiminnan vaikutukset vain yksilön, yhteisön tai ympäristön terveydessä vaiko niissä kaikissa. Terveyden edistämisen käsitteen lukuisat tulkinnat ja merkityksenannot pohjaavat terveyskäsitteen erilaiseen ymmärtämiseen, mikä luo erilaisia orientaatioita terveyden edistämisen ammatilliseen toimintaan (Mackintosh 1996; Seedhouse 1997; Sihto 1997; Naidoo & Wills 1998; Perttilä 1999). Luvussa kuvataan terveyden edistämisen kehityksen vaiheita kansainvälisesti ja kansallisesti, terveyskäsitettä terveyden edistämisen lähtökohtana sekä terveyden edistämistä hoitotyön näkökulmasta.

3.1 Terveyden edistämisen kehityksen vaiheet

Terveyden edistäminen ymmärretään prosessina, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä vallitsevat olot. Terveyden edistämisen prosessissa ihmisille luodaan edellytyksiä hallita, ylläpitää ja parantaa terveyttään. (WHO 1986; Vertio 1992; Nutbeam 1998; STM 2001). Terveyden edistämisen käsite on syntynyt ja sen strategiat ovat muotoutuneet pääasiassa Maailman terveysjärjestön, WHO:n, piirissä 1970-luvulta alkaen (Sihto 1997; Perttilä 1999; Rootman ym. 2001). WHO:n Terveyttä kaikille liikkeen eri vaiheet: perusterveydenhuollon vaihe, elämäntyyli vaihe, uuden kansanterveyden vaihe ja ekologisen kansanterveyden vaihe ovat muovanneet käsitystä terveyden edistämi-

sen sisällöistä ja toiminnasta. Vaiheet ovat edenneet ajallisesti eri tavoin eri maissa. (Sihto 1997, 72-73) Myös kirjallisuudessa terveyden edistämisen käsitteen ymmärtäminen on kehittynyt vaiheittain (Maben & Macleod Clark 1995; Rootman ym. 2001). Terveyden edistämisen käsitteen kehittymisen trendejä on tiivistetysti kuvattu taulukossa 1.

Terveyden edistäminen on kehityksensä alusta lähtien nähty laajana, eri toimintoja sisältävänä sateenvarjokäsitteenä (WHO 1986). Kansanterveyden vaiheessa painotettiin yksilöiden käyttäytymismuutosten aikaansaamista ja terveyden edistämistä toteutettiin preventiivisen ja kasvatuksellisen lähestymistavan pohjalta (Tones & Tillford 2001). Terveyden edistämisen lähestymistavalla tarkoitetaan yhteisön tai yksilöiden arvojen, uskomusten ja normien muodostamaa kokonaisuutta, jonka pohjalta luodaan käsitys terveyden edistämisestä ja sen suhteesta ympäröivään todellisuuteen (Mc Queen 1989; Tones ym. 1990; Rush 1997). Preventiivinen lähestymistapa tähtää sairauksien ehkäisyyn, riskien ja komplikaatioiden välttämiseen asiantuntijoiden antamien ohjeiden ja neuvonjen avulla. Laskevat kuolleisuus – ja sairastuvuusluvut kertovat toiminnan tuloksellisuudesta. (Tones ym. 1990; Latter 1998b; Piper & Brown 1998; Tones & Tillford 2001) Kasvatuksellisessa lähestymistavassa korostuu asiakkaan oikeus omaa terveyttään koskevan tiedon saantiin, rationaalisuus, vastuu ja vapaus tehdä itsenäisiä valintoja luotettavan tiedon pohjalta. Terveyden edistämisen tavoitteena on tiedon välitys, arvojen selkeyttäminen ja yksilön tietojen päätösten tukeminen oman terveytensä edistämiseen liittyvissä kysymyksissä. (Tones ym. 1990; Tones & Tillford 2001)

TAULUKKO 1 Terveyden edistämisen kehitystrendejä

Aika	Käsitys terveyden edistämisestä kirjallisuudessa	Terveyden edistämisen vaiheet (* Sihto 1997, 73)
1970 1980	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyskasvatus (Rimpelä 1994) • Sateenvarjokäsite (WHO 1986) • Yksilöiden elämäntapoihin liittyvät käyttäytymismuutokset (Pender 1987) 	Perusterveydenhuollon vaihe* Elämäntyyli vaihe* Uuden kansanterveyden vaihe*
1990	<ul style="list-style-type: none"> • Synonyymi terveystasvatukselle (Downie ym. 1990) • Terveyden edistämisen kampanjoihin liittyvä terveyden markkinoiminen ja myyminen (Downie ym. 1990) • Terveystasvatus plus- ajattelu (Tones ym. 1990) 	Ekologisen kansanterveyden vaihe* Sosiaali-ekologinen vaihe
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyden edistämisen arvoihin ja monialaiseen yhteistyöhön sitoutunut tavoitteellinen toimintaprosessi (Maben & Macleod Clark 1995; Raeburn & Rootman 1998; Rootman ym. 2001, STM 2001) 	Yhteisöllinen ja voimavarakeskeinen terveyden edistämisen vaihe

Terveyden edistämisen yhteisöllistä vaihetta kuvaa terveyden edistämisen voimavarakeskeinen (empowerment) lähestymistapa (Tones & Tillford 2001). Kuokkasen ja Leino-Kilven (2000) mukaan empowerment-käsitettä käytettäessä tulisi ilmetä sen suhde taustalla vaikuttavaan filosofiseen suuntaukseen. Terveyden edistämässä empowerment tarkoittaa prosessia, jonka kautta ihmisillä on aikaisempaa suurempi mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua terveyteensä

liittyvään päätöksentekoon ja toimintaan (Nutbeam 1998, 345). Lähestymistavan avulla pyritään maksimoimaan ihmisten mahdollisuuksia terveyteen, itseenäisyyteen ja riippumattomuuteen. Tämä edellyttää terveyden edistämisen perusarvojen: voimavarakeskeisyyden, tasa-arvon, yhteistyön ja osallistumisen sisäistämistä toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi. (WHO 1984, 1986; Macleod Clark 1993; Maben & Macleod Clark 1995; Lindsey & Hatrick 1996; Benson & Latter 1998; Sheilds & Lindsey 1998; Rootman ym. 2001; Tones & Tillford 2001). Terveyden edistämisen voimavarakeskeinen lähestymistapa pohjautuu Paulo Freiren (1972) vapauttavan kasvatuksen pedagogiikkaan (Wallerstein & Bernstein 1988, 1994; Wallerstein 1992; Rissel 1994).

Terveyden edistämisen edelläkävijänä Suomessa on ollut lasten- ja äitiysneuvolatoiminta. Suomessa terveyden edistämisen perusterveydenhuollon vaiheen voidaan katsoa alkaneen jo vuonna 1972 kansanterveystlain myötä, vuosia ennen Alma Atan perusterveydenhuollon julistusta vuonna 1978 (Sihto 1997). Kansanterveystlain voimaantulo ja sen myötä voimakas panostus perusterveydenhuoltoon käynnisti terveyden edistämisen lakisääteisen kehittämisen terveydenhuollon piiristä. Terveyden edistämisen ammatillista toimintaa kuvasi 1970 - 80-luvulla terveystkasvatus. (Rimpelä 1994; Sihto 1997; Lahtinen & Melkas 2001) Kannaksen (1992) mukaan terveystkasvatuksen tavoitteena on kasvatuksellisin ja viestinnällisin keinoin tukea ihmisen kasvua ja selviytymistä, välittää sivistyksellistä terveystpääomaa, virittää terveyttä edistäviä muutostoiveita ja avustaa näissä muutospyrkimyksissä. Tehokkaan terveystkasvatuksen tuloksena voi tapahtua muutoksia asiakkaan tiedoissa, ymmärtämisessä tai ajattelutavoissa, arvoissa, uskomuksissa, asenteissa, taidoissa ja jopa elämäntavoissa (Tones 1998, 68). Terveyden edistämisen terveydenhuoltopainotteisuus väheni 1980-luvun lopulla terveyden edistämisen sosiaali-ekologisen mallin voimistuksessa (Rimpelä 1994; Sihto 1997; Lahtinen & Melkas 2001). Samaan aikaan kun ennalta ehkäisevän toiminnan voimavarat vähenivät, laimeni myös terveystkasvatustoiminta kunnissa, mistä esimerkkinä on terveystkasvatuksen yhdyshenkilöverkoston vähittäinen hajoaminen (Pirkanen & Pietilä 2000).

Terveystkasvatuksen laimentuessa Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelmassa (STM 1986) esitetty uusi toimintamuoto; laaja-alainen terveyden edistäminen ei saanut aikaan odotettuja muutoksia terveydenhuollon toiminnassa Suomessa (Sihto 1997, 179). Sihdon (1997, 118) mukaan Suomi onkin saattanut olla WHO:n mallimaa terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan piirissä, mutta ei terveyden edistämisen mallimaa terveydenhuollossa, jos terveyden edistäminen nähdään muutoinkin kuin preventiivisenä lääketieteenä. Terveyden edistämiskeskustelu on käynnistynyt Suomessa uudelleen 2000-luvulla. Uudessa perustuslaissa säädetään julkisen vallan velvollisuudeksi väestön terveyden edistäminen. Paavo Lipposen II hallituksen ohjelmassa linjataan väestön terveys yhdeksi julkista ja yleistä päätöksentekoa ohjaavaksi ja siihen vaikuttavaksi tekijäksi. (STM 1999; Sosiaali- ja terveystkertomus 2000) Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelmaa jatkava Terveyst 2015-kansanterveysohjelma pyrkii laaja-alaisen terveystpolitiikan rakentamiseen. Ohjelma toimii yhteisenä terveystpolitiikkaa ja terveyden edistämisen toimintaa ohjaavana viitekehystenä. Ohjelmassa esitettyjen terveystpoliittisten tavoitteiden toteutuminen edellyttää eri toimijoiden sitoutumista ohjelmaan sekä aikaisempaa laajempaa ja monimuo-

toisempaa yhteistyötä eri toimijoiden kesken. (STM 2001) Terveyden edistämisen laaja toimintakokonaisuus sisältää toisiaan täydentäviä, päällekkäisiä, eri toimintaympäristöissä ja tasoilla toteutuvia strategioita ja suuntauksia, jotka ovat seurausta terveyden moniulotteisuudesta (WHO 1986; Lahtinen & Melkas 2001; Pietilä ym. 2002). Terveyden edistämisen ammatillinen toiminta edellyttääkin tietoista käsitystä siitä, mitä terveys on, mitä terveyden ulottuvuuksia on tavoitteena edistää ja millaiset sosiaaliset, ympäristöön ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät vaikuttavat terveyden taustalla eli tietoisuutta terveyteen vaikuttavista determinanteista (vrt. Maben & Macleod Clark 1995; Rootman ym. 2001).

Terveyttä on kirjallisuudessa kuvattu käsitteellisesti erilaisten ulottuvuuksien kautta: janaana, jossa positiivisen terveyden (hyvä olo, fyysinen kunto) ja negatiivisen terveyden (tauti, sairaus, vamma, vaurio) sijainti määrittävät jatkumona terveysvajeiden kautta (Lahtinen 1996, 58; Downie ym. 1997). Toisissa määrittelyissä yksilön terveyden osa-alueet esitetään lohkomaisina, toisiinsa integroituneina elementteinä: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, seksuaalinen, hengellinen, emotionaalinen terveys. Erilaiset yksilöiden terveyteen vaikuttavat determinantit tulevat esille laajemmin tarkasteltaessa yksilöiden terveyttä suhteessa yhteiskunnalliseen, kulttuuriseen ja ympäristölliseen yhteyteensä. (esim. Greenberg 1992; Ewles & Simnett 1995; Naidoo & Wills 1998; Perttilä 1999)

Terveyttä on määritelty myös ekologisesta näkökulmasta, jolloin ihmisten fyysisen ja sosiaalisen ympäristön ja niihin vaikuttavien taloudellisten tekijöiden välinen yhteys on tullut yhä tärkeämmäksi edistettäessä ihmisten terveyttä (esim. Hancock 1993). Tärkeä terveystieteitä määrittävä seikka on käsitteen henkilökohtaisuus. Jokaisella on omakohtainen, jatkuvasti elämän kokemusten myötä muuttuva käsityksensä terveydestä ja siihen liittyvästä arvoperustasta (Newman 1986; Åsted-Kurki 1992; Mackintosh 1996). Käsitys tukee myös ajatusta, ettei terveys ole muusta elämäntilasta irrotettu saareke vaan voimavara, joka mahdollistaa ihmisen jatkuvan kehityksen (Lepola 1992).

Tässä tutkimuksessa terveyden edistämisen lähtökohtana on laaja-alainen, positiivinen näkemys terveydestä. Terveys nähdään yksilöiden ja yhteisöjen voimavarana, hyvinvointina sekä tasapainona sosiaalisen ja fyysisen ympäristön kanssa. Terveysvoimavara on dynaaminen ja kontekstuaalinen. Terveys syntyy ja heikkenee arjen olosuhteiden, vuorovaikutuksen, elintapojen, valintojen sekä arkiympäristöjen biologisten, kemiallisten, fysikaalisten ja sosiaalisten tekijöiden tuloksena. Terveyden edistämisen avulla terveyttä voidaan turvata ja vahvistaa. (Nutbeam 1998; Pietilä ym. 1999; Raeburn & Rootman 1999; Rootman ym. 2001; STM 2001)

3.2 Terveyden edistäminen hoitotyössä

Terveyden edistämisen preventiivisellä, kasvatuksellisella ja voimavarakeskeisellä lähestymistavalla on toiminnalliset vastineensa terveyden edistämisen käytännöissä (Tones & Tillford 2001, 29). Mackintosh (1996) on jäsentänyt terveyden edistämisen asiantuntijan osaamisalueiden kehittymistä hoitotyössä soveltaen Bennerin (1984) aloittelijasta asiantuntijaksi vaihemallia. Terveyden

edistämisen taito- ja tietoperustan alueet liittyvät käytännön taitoihin, kykyyn soveltaa terveyden edistämisen erilaisia lähestymistapoja terveyden edistämisen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, eettisesti kestävä toiminnan hallintaan, yhteiskunnalliseen päätöksentekoon ja politiikkaan vaikuttamistaitoihin sekä tutkimuksellisiin taitoihin. Opetusministeriön kuvaamisessa sairaanhoitajan ydinosamisalueissa (liite 1) on osin samoja sisältöjä kuin Mackintoshin (1996) luokittelussa. Olen taulukossa 3 yhdistänyt Tonesin ja Tillfordin (2001) teoreettisina esittämät terveyden edistämisen lähestymistavat Mackintoshin (1996) kuvaamaan terveyden edistämisen toimintaan hoitotyössä. Taulukossa konkretisoituu näkemys siitä, miten terveyden edistämisen teoreettisen käsityksen monipuolistumisen ja syvenemisen kautta terveyden edistämisen ammatilliset toiminta-alueet laajenevat hoitotyössä. Terveyden edistämisen osaamisen kehittyminen on prosessi, jonka eteneminen voi vaihdella yksilöllisesti terveyden edistämisen eri toiminta-alueilla. Modernissa terveyden edistämässä tarvitaan sekä preventiiviseen, kasvatukselliseen että voimavarakeskeiseen terveyden edistämisen lähestymistapaan pohjautuvaa toimintaa (taulukko 2). Kuitenkin ulkomaisten tutkimusten mukaan preventiivinen ja kasvatuksellinen lähestymistapa hallitsee edelleen hoitotyön koulutusta ja käytäntöä (Latter 1993; Smith ym. 1995; Rush 1997; Latter 1998a, 2000; Whitehead 2001). Voimavarakeskeinen terveyden edistäminen edellyttää uudenlaisia taitoja ja menetelmiä asiakkaan voimavarojen esiin saamiseksi, terveyden edistämisen prosessin käynnistämiseksi ja ohjaamiseksi (Kettunen 2001; Pietilä ym. 2002).

Voimavarakeskeisen terveyden edistämisen toteuttamisessa vuorovaikutus sinällään on todettu tärkeäksi tekijäksi (van Ryn & Heaney 1997; Piper ja Brown 1998; Kettunen 2001; Poskiparta ym. 2001a). Latterin (1998a) mukaan minimiosaaminen terveyden edistämässä tarkoittaa sitä, että terveyden edistäjä ymmärtää eettisen ja tehokkaan terveyttä edistävän vuorovaikutuksen periaatteet ja pystyy soveltamaan niitä käytäntöön. Konkreettisten vuorovaikutuksellisten strategioiden, esimerkiksi Kettusen (2001) tunnistamien vastavuoroisen osallistumisen puhekäytäntöjen avulla on mahdollista edistää asiakkaiden voimavarojen tunnistamista ja käyttöönottoa (myös Gibson 1991; Macleod Clark 1993; Lindsey & Hartrick 1996; van Ryn & Heaney 1997; Poskiparta ym. 2001a).

Terveyden ja terveyden edistämisen tutkimuksessa ihmisten voimavaroja on jäsennetty mm. Antonovskyn (1987) elämänhallintakäsitteen ja erityisesti koherenssin tunteen avulla (esim. Pietilä 1998; Pietilä ym. 1998; Bengel ym. 1999; Pietilä 1999). Koherenssin tunne sisältää omien sisäisten voimavarojen tunnistamisen (ymmärrettävyys), kokemuksen käytössä olevista voimavaroista haasteisiin vastattaessa (hallittavuus) ja kokemuksen mobilisoida voimavaroja erilaisiin sitoumuksiin (mielekkyys) (Bengel ym. 1999; Pietilä 1999). Tässä tutkimuksessa voimavarakeskeinen terveyden edistämisprosessi liittyy kokemukselliseen (Kolb 1984) ja uudistavaan oppimiseen (Mezirow 1991), missä kriittisen reflektion avulla on mahdollista tunnistaa ja vapauttaa asiakkaan voimavaroja (esim. Mc William ym. 1997, 1999). Prosessin tavoitteena on kriittinen tietoisuus (Freire 1972; Mezirow 1991), jolloin yksilö tulee tietoiseksi voimavaroistaan, mahdollisuuksistaan ja vaihtoehtoista toimintatavoistaan terveyteensä liittyvissä kysymyksissä (Wallerstein & Bernstein 1988; Wallerstein

1992; Rissel 1994; Mc William ym. 1997; Piper & Brown 1998; Tones 1998; Snehendu ym. 1999). Voimavarakeskeinen terveyden edistämispöessi voi toteutua sekä yksilö- että yhteisötasolla tapahtuvana interaktiivisena pöessina, jossa hoitaja ja asiakas yhdessä luovat hoitavan vuorovaikutussuhteen ja vahvistavat tietoisuuttaan terveydestä (Mc William ym. 1997, 1999; Sheilds & Lindsey 1998). Pöessi rakentuu Freiren (1972) vapauttavan kasvatuksen pöessia myötäälevien vaiheiden pohjalta: a) kuuntelu, b) dialogi, johon liittyy reflektio ja mallien tunnistaminen, c) toiminnan uudelleensuuntaaminen ja myönteinen muutos (Wallerstein & Bernstein 1988; Wallerstein 1992; Williams 1995; Lindsey & Hartrick 1996; Mc William ym. 1997; Sheilds & Lindsey 1998).

Voimavarakeskeisessä terveyden edistämispöessissa terveyden edistäjä toimii voimavarojen mobilisoijana. Hän auttaa asiakasta näkemään ja ottamaan käyttöön henkilökohtaisia ja ympäristöön liittyviä voimavaroja, jotka kasvattavat hallinnan tunnetta, itseluottamusta ja tukevat terveyttä. (Gibson 1991) Terveyden edistämisen lähtökohtana on asiakkaan elämänpiirin, käsitysten, arvojen ja tiluaation tunteminen, sillä terveyden edistämisen pöessissa tieto ei siirry vaan jokainen konstruoi omat käsityksensä ja tulkintansa itse, uuden ymmärryksen ja merkityksen rakentuessa aikaisemman perustalle. Siksi kokemuksellisen oppimisen ja reflektion ymmärtäminen on oleellista autettaessa asiakasta jäsentämään uudelleen kokemuksiaan ja oppimaan kokemuksistaan.

Hoitotyön ammattilaiset osallistuvat vielä vähäisessä määrin yhteisölliseen tai yhteiskunnalliseen terveyden edistämiseen (Delaney 1994; Sihto 1997; Latter 1998a). Yhteisöllisissä terveyden edistämisen käytännöissä tarvitaan enenevässä määrin jaettua asiantuntijuutta. Hakkaraisen ym. (1999) mukaan jaetun asiantuntijuuden käsite pohjautuu kognitiiviseen psykologiaan ja hajautetun kognition teoreettiseen viitekehukseen (esim. Oatley 1991; Salomon 1993). Jaetulla asiantuntijuudella tarkoitetaan terveyden edistämässä asiantuntijoiden ja/tai asiakkaiden välistä uudenlaista yhteistyötä ja laadullisesti erilaisen tiedon ja osaamisen jakamista yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (vrt. Mc William et al. 1997; Poskiparta 1997; Hakkarainen ym. 1999). Jaettuun asiantuntijuuteen perustuvassa terveyden edistämisen pöessissa terveyden edistämisen eri toimijat jakavat tietoon, suunnitelmiin ja tavoitteisiin liittyviä älyllisiä voimavaroja saavuttaakseen jotakin sellaista, mitä yksittäinen ihminen ei pystyisi saavuttamaan (vrt. Oatley 1991; Hakkarainen ym. 1999). Asiantuntijuuden jakamisen arvo perustuu siihen, että yhteisessä ongelmanratkaisupöessissa ihmisten välinen vuorovaikutus tukee heidän ymmärryksensä syvenemistä. Toisen palaute toimii uusien ajatusten testaamisen välineenä ja auttaa tarkastelemaan omia käsityksiä uudesta näkökulmasta. Asiantuntijan tehtävä ei enää olekaan vain jonkin tietyn kokonaisuuden hallitseminen vaan myös toisten osaamisen täydentäminen ongelmanratkaisupöessissa, jonka avulla yhteistyössä saavutetaan yhteinen tavoite. (Hakkarainen ym. 1999)

TAULUKKO 2 Terveyden edistämisen lähestymistavat ja terveyden edistämisen osaamisen kehittyminen hoitotyössä (Benner 1984; Mackintosh 1996; Tones & Tillford 2001)

Terveyden edistämisen osaamisalueet	Terveyden edistämisen lähestymistavat		
	Preventiivinen Kasvatuksellinen Voimavarakeskeinen	Taitava	Asiantuntija
Terveyden edistämisen käytännön taidot	<p>Perustaso</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hallitsee vuorovaikutus- ja viestintätaidot * On tietoinen puolesta puhujan roolista * Toteuttaa kahdenkeskisiä terveyskasvatustilanteita tarjoten informaatiota ja lisäten tietoisuutta terveyteen liittyvistä asioista 	<ul style="list-style-type: none"> * Hallitsee reflektion ja asiakaslähtöisen neuvonnan * Toimii asiakkaan puolesta puhujana, voimavarana ja tukijana * Ohjaa ja tukee ryhmiä ja yhteisöjä edistään heidän terveystavoitteidensa saavuttamista 	<ul style="list-style-type: none"> * Omaa kehittyneet taidot puolesta puhumisesta ja kriittisessä reflektiossa * Hallitsee voimavarakeskeisen terveyden edistämisen prosessin ohjaamisen * Pystyy moniammatilliseen ja monialalaiseen tiimityöhön * Hallitsee muutoksen johtamisen
Terveyden edistämisen teoreettisten lähestymistapojen soveltamistaidot	<ul style="list-style-type: none"> * Tiedostaa terveyden sosiaalisia, eettisiä, psyykkisiä ja kulttuurisia ulottuvuuksia * Ymmärtää erilaisia terveyteen vaikuttavia tekijöitä * Ymmärtää terveyden edistämisen lähestymistapojen tavoitteet, menetelmät ja arvioinnin * Suunnittelee, toteuttaa ja arvioi toimintaa preventiivisen ja kasvatuksellisen lähestymistavan pohjalta 	<ul style="list-style-type: none"> * Toteuttaa terveyden edistämistä tunnistuen asiakkaiden sosiaaliset, eettiset, psyykkiset, kulttuuriset tarpeet. * Suunnittelee, toteuttaa ja arvioi terveyden edistämisen preventiiviseen/kasvatukselliseen/voimavarakeskeiseen ja yhteisön kehittämisen lähestymistapoihin pohjautuvaa terveyden edistämistä 	<ul style="list-style-type: none"> * Kehittää terveyden edistämisen koulutusta * Edesauttaa terveyttä edistävän kulttuurin ja uusien terveyden edistämisen toimintamallien kokeiluja työyhteisössä * Hallitsee proaktiivisen toimintatavan * Suunnittelee, toteuttaa ja arvioi yhteisön kehittämisen ja sosiaalisen muutoksen lähestymistapoihin pohjautuvaa terveyden edistämistä
Eettiset taidot	<ul style="list-style-type: none"> * Tiedostaa terveyden edistämisen lähestymistapojen eettiset näkökohdat 	<ul style="list-style-type: none"> * Ymmärtää syvällisesti terveyden edistämisen lähestymistapojen eettiset kysymykset 	<ul style="list-style-type: none"> * Osallistuu terveyden edistämisen eettisen perustan kehittämiseen koulutuksessa
Yhteiskunnalliseen päätöksen tekoon ja politiikkaan vaikuttamistaidot	<ul style="list-style-type: none"> * Osoittaa tietoisuutta terveyden edistämisen poliittisista linjauksista ja vaikuttamismahdollisuuksista 	<ul style="list-style-type: none"> * Avustaa organisaation terveyttä edistävään strategiaan kehittämiseen 	<ul style="list-style-type: none"> * Vaikuttaa terveyden edistämisen prioriteettialueiden valintaan ja resurssointiin * Luo verkostoja ja vaikuttaa politiikkaan * Kehittää terveyden edistämisen strategioita organisaatiossa
Tutkimustaidot	<ul style="list-style-type: none"> * Ymmärtää terveyden edistämisen tutkimusta ja soveltaa tutkimuksen tuloksia käytäntöön 	<ul style="list-style-type: none"> * Tekee tutkimusta, soveltaa tuloksia käytäntöön käynnistään muutoksia, jotka pohjautuvat tutkittuun tietoon 	<ul style="list-style-type: none"> * Määrittelee terveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämisaikatauluja * Tekee ja tukee muiden tutkimustyötä

Naidoon ja Willsin (1998, 6) mukaan terveyden edistämistä ei pystytä tarkasti määrittelemään yksityiskohtaisina taitoina tai toimintoina. Tärkeintä on se, tehdäänkö työ terveyttä edistävällä tavalla; toteutuvatko terveyden edistämisen periaatteet työprosesseissa (Macleod Clark 1993; Benson & Latter 1998). Terveyden edistämisen periaatteisiin sisältyy näkemys ihmisestä itsenäisenä oman elämänsä hallitsijana (Tones ym. 1990; Ingrosso 1993). Keskeistä on keskittyminen terveyden vahvistamiseen eikä vain sairauden vähentämiseen. Terveyden edistämässä tuetaan ja edistetään asiakkaiden täysivaltaista osallistumista ja voimavarojen käyttöönottoa, ymmärretään terveyden moniulotteisuus ja erilaiset terveyteen vaikuttavat tekijät myös yksilön omien vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolelta. (Naidoo & Wills 1998, 6-7)

4 TERVEYDEN EDISTÄMISEN OPPIMINEN HOITOTYÖN HARJOITTELUSSA

Terveydenhuollon harjoittelupaikat ovat keskeisiä koko hoitotyön koulutusta läpäiseviä terveyden edistämisen oppimisympäristöjä, missä oppiminen on tilannesidonnaista ja tapahtuu työn kautta osallistumalla terveyden edistämisen toimintakäytäntöihin (vrt. Eraut 1994). Harjoittelussa opiskelijat kohtaavat todellisen elämän ongelmia ja heillä on mahdollisuus opiskella teoriaa kytkettynä arkielämän ongelmiin koulutuksen alusta lähtien (Leinhardt ym. 1995; Eteläpelto 1998). Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan opiskelija rakentaa itse oman terveyden edistämisen tietoperustansa kokemuksiinsa pohjautuen luomalla uusia merkityksiä sekä itsenäisesti että sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa (vrt. Eteläpelto 1992; Rauste von Wright & von Wright 1996; Tynjälä ym. 1997; Tynjälä 1999b; Järvinen ym. 2000; Tynjälä 2000).

Terveyden edistämisen oppiminen nähdään tässä tutkimuksessa opiskelijan terveyden edistämistä koskevien henkilökohtaisten käsitysten ja niiden taustalla olevien tietorakenteiden eli skeemojen muutoksena, joka ilmenee myös käytännön osaamisena ja on pohjana asiantuntijuuden kehittymiselle (vrt. Hewson 1985; Tynjälä 2000). Oppiminen voi tapahtua joko uuden informaation lisäämisellä olemassa olevaan tietorakenteeseen (assimilaatio) tai tietorakenteen purkamisena ja laadullisesti uudelleenlaisen tietorakenteen muodostamisena (revisio) (vrt. Vosniadou 1994; Tynjälä 2000). Erityisen vaikeaksi on todettu viitekehysteorioiden tasolla tapahtuva oppiminen, joka tässä tutkimuksessa voi tarkoittaa terveyden edistämisen lähestymistapojen (ks. s. 44) taustalla olevien oletusten, esimerkiksi terveystieteiden muutoksia (vrt. Strike & Posner 1985; Vosniadou 1994; Tynjälä 2000).

Keskeisiksi oppimisen välineiksi harjoittelussa on todettu kokemuksellinen oppiminen, reflektio sekä uudistava oppiminen (Kolb 1984; Mezirow 1981, 1991; Munnukka 1997; Ruohotie 2000; Vesterinen 2002), jotka liittyvät tässä tutkimuksessa terveyden ja terveyden edistämisen usein tiedostamattomien käsitysten tiedostamiseen, niiden pohtimiseen ja ymmärtämiseen. Ammatillisessa harjoittelussa oppimisen keskeisenä tavoitteena voidaan pitää asiantuntijuuden kehittymistä, missä painotetaan teorian ja käytännön yhdistymistä opiskelijan henkilökohtaisen reflektion kautta (Tynjälä & Collin 2000). Oppimisessa

korostuvat tällöin opiskelijan metakognitiiviset taidot (vrt. Mezirow 1981, 1991; Tynjälä 1999; Ruohotie 2000). Tutkimuksessa opiskelijoiden metakognitiiviset taidot tulivat esille esimerkiksi tietoisuutena omista terveyden edistämisen oppimisstrategioista, vahvuuksista ja heikkouksista sekä oppimisen aikaisena toiminnan suunnitteluna, tarkkailuna ja korjaamisena (vrt. Schraw 1998).

4.1 Kokemuksellinen ja uudistava oppiminen

Hoitotyön harjoittelun kokemuksellisessa oppimisessa terveyden edistämisen tiedonmuodostus tapahtuu syklisenä prosessina, jonka vaiheet ovat omakoh- taisten kokemusten pohdiskeleva havainnointi, reflektoinnin kautta tapahtuva käsitteellistäminen ja näiden vaiheiden pohjalta käynnistyvä aktiivinen toiminta. (vrt. Kolb 1984, 42; Järvinen ym. 2000; Ruohotie 2000, 139). Kokemuksellisen oppimisen mallia (Kolb 1984) voidaan soveltaa paitsi opiskelijan terveyden edistämisen ammatillisessa oppimisessa myös terveysneuvontatilanteen oppimisteoreettisena jäsentäjänä (vrt. Nonaka & Takeuchi 1995; Poskiparta 1997; Poikela 1999; Järvinen ym. 2001). Opiskelijan terveyden edistämisen ammatillisessa oppimisessa kokemuksellinen oppiminen auttaa terveyden edistämisen toimintakäytäntöjen tietoisessa ymmärtämisessä ja sisäistämisessä reflektion avulla (vrt. Schön 1983; Kolb 1984; Tynjälä & Collin). Terveysneuvonnan oppimaan oppimisessa kokemuksellinen oppiminen voi toimia hoitajan ja potilaan yhteisen oppimistilanteen jäsentäjänä (Poskiparta 1997). Uudistavaan oppimiseen liittyy vallitsevien toimintakäytäntöjen ymmärtämisen ja sisäistämisen lisäksi niiden kehittäminen, lähtökohtana olevien taustaolettamusten tiedostamisen ja uudelleen määrittelyn kautta. Tällöin voidaan puhua terveyden edistämisen merkitysperspektiivin muuttumisesta kriittisen reflektion kautta, jolloin reflektio ei kohdistu ainoastaan terveyttä edistävän toiminnan sisältöön ja prosessiin vaan myös taustalla vaikuttaviin tietorakenteisiin, olettamuksiin, arvoihin ja uskomuksiin (vrt. Mezirow et al. 1990; Courtenay ym. 1998; Poikela 1999; Ruohotie 2000).

Tässä tutkimuksessa reflektio nähdään yleiskäsitteenä niille älyllisille ja affektiivisille toiminnoille, joissa opiskelija tarkastelee omia terveyden edistämisen kokemuksiaan uuden ymmärtämisen tason saavuttamiseksi sekä uusien näkökulmien ja toimintatapojen luomiseksi (vrt. Boud ym. 1985; Mezirow 1995). Opiskelijan reflektiossa harjoittelukokemus toimii terveyden edistämisen ammatillisen oppimisprosessin käynnistäjänä johtaen opiskelijan tarkoituksenmukaiseen kyselemiseen, tiedostamiseen, epäilyyn, etsimiseen ja toisin toimimisen oivaltamiseen (vrt. Ojanen 1990). Reflektiossa terveyden edistämisen teoreettinen tieto liittyy opiskelijan henkilökohtaiseen tietämykseen tavalla, joka tekee siitä kontekstisidonnaista ja dynaamista tukien teorian ja käytännön yhdistymistä. Uudistavan oppimisen kannalta on merkityksellistä, millä reflektion syvyydellä opiskelija liikkuu (Mezirow 1981, 1995; Ruohotie 2000). Mezirow (1981) on erottanut reflektiivisessä ajattelussa seitsemän eri tasoa, joista neljä alinta muodostavat tietoisuuden tason (ks. taulukko 9, s. 51) ja kolme korkeinta kriittisen tietoisuuden tason (taulukko 10, s. 52). Reflektion tasojen jaottelu sisäl-

tää ajatuksen asteittain syvenevästä tietoisuudesta, jolloin tietoisuuden korkeimpien tasojen saavuttaminen on mahdollista vasta, kun sitä edeltävät alemmat kehitystasot on saavutettu. Vasta kriittisen tietoisuuden tason saavuttaminen mahdollistaa uudistavan oppimisen ja toimintakäytäntöjen muuttamisen. (Mezirow 1995)

Ensimmäisellä reflektiivisyyden tasolla opiskelijan tietoisuus kohdistuu havaintoihin, ajatteluun ja toimintaan sekä niihin liittyviin tapoihin. Toisella, affektiivisen reflektiivisyyden tasolla omat tunteet havainnoista, ajattelusta ja toiminnasta tulevat tietoisuuteen. Kolmas, erottelevan reflektion taso mahdollistaa omien havaintojen, ajattelun, toiminnan ja toimintatapojen arvioinnin sekä syy-seuraus suhteiden tunnistamisen. Neljänteen, arvioivan reflektion tasoon liittyy tietoisuus niistä arvoista, jotka omiin havaintoihin, ajatuksiin, toimintaan ja toimintatapoihin liittyvät. Kolmella korkeimmalla, käsitteellisen, psyykkisen ja teoreettisen reflektiivisyyden tasoilla tietoisuus on kriittistä ja mahdollistaa omasta tietoisuudesta tietoiseksi tulemisen. Viides taso, käsitteellinen reflektiivisyys on tietoisuutta käytetyistä käsitteistä ja niiden toimivuudesta oman ymmärtämisen ja arvioinnin kannalta. Psyykkinen reflektiivisyys liittyy sen tavan tunnistamiseen, jolla tehdään rajalliseen informaatioon pohjavia arviointeja. Viimeisen, teoreettisen reflektiivisyyden tasolla tullaan tietoiseksi siitä, onko valittu toimintatapa pätevä vai ei ja se mahdollistaa merkitysperspektiivin muuttamisen. Taulukoissa 9 ja 10 (s. 51, 52) reflektion seitsemän eri tasoa on kuvattu aineisto esimerkkien avulla sovellettuna terveyden edistämisen oppimiseen tässä tutkimuksessa.

Schönin (1983, 1987) mukaan reflektio voi käynnistyä toiminnan aikana (reflection-in-action) tai toiminnan jälkeen (reflection-on-action). Mezirowin (1995, 30) mielestä kriittinen reflektio ei voi tapahtua toiminnan aikana, se edellyttää pysähtymistä. Harjoittelussa tapahtuvassa kokemuksellisessa oppimisessa etenkin toiminnan jälkeen tapahtuvaa reflektointia voidaan pitää perusteltuna, sillä nopeita ratkaisuja vaativissa tilanteissa tiedon prosessointi ei opiskelijalta onnistu helposti (Eraut 1994). Myös opintojen pirstaleisuus, tiiviys, tiedestruktuuri ja koulutuksen professionaalinen luonne vaikeuttavat reflektiivisen työotteen kehittymistä koulutuksen aikana (Järvinen 1990).

Reflektion avulla terveyden edistäjän on mahdollista oppia tuntemaan omaa toimintaansa ohjaavaa tietoperustaa, periaatteita ja lähestymistapoja (Naidoo & Wills 1998). Reflektiotaitojen avulla terveyden edistämisen tieto ja -taitoperusta voidaan liittää toimivasti yhteen (Williams 1995; Mackintosh 1996; Naidoo & Wills 1998; Rivers ym. 1999) ja se on todettu merkitykselliseksi myös näyttöön perustuvassa terveyden edistämässä (Perkins ym. 1999). Voimavarakeskeisen terveyden edistämisen menetelmiksi tunnistetut kokemuksellinen oppiminen ja kriittinen reflektio (Wallerstein & Bernstein 1988; Williams 1995; Mc William ym. 1997) edellyttävät terveyden edistäjältä syvällistä reflektiotaitoa. Terveyden edistäjä tulkitsee asiakastaan ja hänen tilannettaan omien olettamustensa ja rajoitustensa pohjalta. Siksi itsereflektiiviset taidot ja niiden avulla omien silmälasien tunnistaminen ovat asiakkaan toimivan tulkitsemisen edellytys. (von Wright 1996, 354) Jos terveyden edistäjä haluaa edistää asiakkaansa reflektiivistä oppimista, on hänen kyettävä siihen myös itse (vrt. Smyth 1989).

Reflektiivisiä valmiuksia tulisi harjoitella jo opiskelun aikana (Smyth 1989; Leino-Kilpi 1991, 1993; Jarvis 1992; Atkins & Murphy 1993; Novak & Gowin 1995; Poskiparta ym. 1999), sillä reflektiotaitojen kehittyminen on yksilöllinen kasvu-prosessi vaatien sekä aikaa että tukea (Järvinen 1990; Pultorak 1993). Viime vuosina hoitotyön koulutusta koskevassa teoreettisessa keskustelussa on enenevässä määrin käsitelty reflektion merkitystä sekä oppimisstrategiana että keinona edistää asiantuntijuutta (mm. Burnard 1995; Mackintosh 1996; Munnukka 1997; Platzer ym. 1997; Durgahee 1998). Hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden reflektiota selvittävien tutkimusten tulokset ovat osin ristiriitaisia. Niissä on käytetty erilaisia teoreettisia lähtökohtia ja erilaisia käsitteitä, reflektiota on tutkittu eri hierarkiatasoilla ja eri menetelmillä. Tuloksia onkin vaikea vertailla keskenään. Platzerin ym. (1997) mielestä tarvitaan lisää tutkimusta selvittämään erityisesti opiskelijoiden reflektiotaitojen tasoa ja reflektiivisyyttä edistävien menetelmien tehokkuutta.

Työelämässä toimivien sairaanhoitajien reflektiivisyyden on todettu sijoituvan lähinnä tietoisuuden alemmille tasoille (Nuutinen ym. 1998; Poskiparta ym. 1999). Terveysalan opiskelijoiden reflektion kehittymistä on empiirisesti tutkittu Suomessa vähän. Järvisen (1990) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon opettajakoulutuksessa olevien opiskelijoiden reflektion kohteet ja syvyys muuttuivat koulutuksen aikana yksilöllisesti. Leino-Kilpi (1993) sekä Richardson ja Maltby (1995) ovat tutkineet opiskelijoiden kykyä reflektioon oppimispäiväkirjojen avulla ja tutkimusten mukaan opiskelijoiden reflektiivinen ajattelu yltää harvoin kriittisen ajattelun tasolle. Oman toiminnan arviointi on usein teknistä ja vaihtoehtojen perustelu vähäistä (Leino-Kilpi 1993).

Aikaisemmissa tutkimuksissa oman työn analysointi videolta on osoittautunut hyväksi toimintamuodoksi reflektiotaitojen kehittämisessä (mm. Engeström 1990; Eteläpelto 1992; Poskiparta ym. 1999). Yleensä opiskelijoiden ensimmäiset arvioinnit kohdistuvat pääasiassa omaan ulkoiseen olemukseen ja äänen ominaisuuksiin, vasta harjoittelun myötä he pohtivat vuorovaikutuksensa muita ominaisuuksia (Hays 1990; Poskiparta 1997). Oman työskentelyn arviointi video- tai ääninauhalta voi olla musertavaa opiskelijan itsetunnon ja aiheuttaa ahdistusta sekä stressiä, mutta oikein ohjattuna se myös vahvistaa itsetuntoa. (vrt. Johns 1994, 1995) Tämän tutkimuksen aineiston hankinnassa käytetty stimuloitu haastattelumenetelmä on toiminut opiskelijan metakognitiivisen tiedon kehittämisen, tietoperustan eksplikoimisen ja reflektion kehittymisen tutkimisen välineenä.

4.2 Oppimisen tavoitteena terveyden edistämisen asiantuntijuus

Asiantuntijuutta ja sen kehittymistä on 1980-luvulta lähtien tutkittu runsaasti eri tieteenaloilla (esim. Schön 1983; Benner 1984; Dreyfus & Dreyfus 1986; Engeström 1992; Bereiter & Scardamalia 1993; Launis 1994; Tynjälä ym. 1997; Eteläpelto 1998; Launis & Engeström 1999; Naumanen-Tuomela 2001; Vesterinen 2002). Ammattikorkeakoulun keskeiseksi tehtäväksi on määritelty ammatillisen

asiantuntijuuden tuottaminen työelämään ja työelämän kehittäminen (L 255/1995), joskaan asiantuntijuuden määrittely ammattikorkeakoulupedagogiikassa ei ole ollut yksiselitteistä (Sihvo & Turtiainen 1999). Opistoasteen koulutuksessa puhuttiin ammattitaidosta, jolla tarkoitetaan yksilön valmiutta tai pätevyyttä toimia esimerkiksi sairaanhoitajan ammatissa. Ammattitaitoon liittyy vahvasti tekemisen taito ja toiminta työnjaon edellyttämässä tehtävissä. Hoitotyön koulutuksessa kehittyntä ammattitaitoa on arvioitu mm. hoitotyön toimintojen ja auttamismenetelmien hallintana (Jaroma 2000). Asiantuntijuuden käsite ei ole sidottu tiettyyn ammattiin tai vakanssiin vaan asiaan, aiheeseen tai tehtäväalueeseen liittyvään osaamiseen. Asiantuntijuudessa yhdistyy sekä tiedollinen että taidollinen osaaminen (Benner 1984; Eteläpelto 1992; Bereiter & Scardamalia 1993; Ruohotie 2000). Sairaanhoitajan työhön ja ammattitaitoon liittyy kiinteästi terveyden edistämisen tehtäväalueeseen liittyvä erityisosaaminen (Nightingale 1987; Pender 1987; Peltari 1997; Perälä 1997; STM 2000; OPM 2001).

Ammattikorkeakoulussa tuotettavaa ammatillista asiantuntijuutta on määritelty lähinnä yleisten työelämäkvalifikaatioiden näkökulmasta (Eteläpelto 1992; Helakorpi & Olkinuora 1997; vrt. Ruohotie 2000). Viime vuosina kaikille terveydenhuollon koulutusammateille on myös määritelty sosiaali- ja terveysalalla tarvittava yhteinen osaaminen ja kunkin ammatin spesifi ydinosaaminen (OPM 2001). Laajimmalla tasolla Helakorpi ja Olkinuora (1997) näkevät ammatillisen asiantuntijuuden muodostuvan oman ammattialan taitotiedosta, työelämän näkökulmasta kehittyvästä yrittäjyydestä, opiskelijan persoonallisuuteen ja lahjakkuuteen sisältyvästä innovatiivisuudesta sekä ohjaus- ja visiointitaidoista, jotka liittyvät tulevaisuusorientaatioon ja kansainvälisyyteen. Eteläpelto (1992) määrittelee ammattikorkeakoulussa tuotettavaa asiantuntijan osaamista laaja-alaisuutena, muutosvalmiutena, kehittämisosaamisena sekä vuorovaikutus, viestintä, yhteistyöosaamisena. Asiantuntijan muutosvalmius ilmenee joustavuutena, reflektiivisyytenä, oman työskentelyn kriittisenä arviointina ja analyysinä sekä sitoutumisena jatkuvaan omakohtaiseen kasvuun ja oppimiseen.

Terveyden edistämisen asiantuntijuus (esim. Rivers ym. 1998; Naidoo & Wills 1998; Shilton 2001) on pitkälti nähty ekspertiisi tradition mukaisena, lineaarisesti etenevänä, pitkään työkokemukseen perustuvana ja yksilöön sitoutuneena ominaisuutena (vrt. Benner 1984; Dreyfus & Dreyfus 1986). Terveyden edistämisen asiantuntijaa on myös kuvattu Schönin (1983) reflektiivisen ammatilaisen käsitteen avulla (Mackintosh 1996; Naidoo & Wills 1998). Reflektiivinen terveyden edistäjä rikkoo rutiineja kyseenalaistamalla, tunnistamalla toimintaansa ohjaavaa tietoperustaa ja vallitsevia toimintamalleja vastaamalla näin työelämän muuttuviin tarpeisiin (vrt. Mezirow 1991). Edelliset kuvaukset liittyvät lähinnä terveyden edistämisen asiantuntijuuden tarkasteluun yleisten työelämäkvalifikaatioiden ja yksilöasiantuntijuuden kehittymisen näkökulmista (vrt. Eteläpelto 1992; Tossavainen 1998). Yksilön tietoon ja ominaisuuksiin perustuvaa asiantuntijuutta alettiin kyseenalaistamaan 1990-luvulla. Työelämän yhä nopeutuviin muutoksiin ei enää pystytä vastaamaan huippu ekspertinkään yksilösuorituksilla (Launis 1994; Engeström ym. 1995; Hakkarainen ym. 1999). Myös terveyden edistämässä tarvitaan asiantuntijuutta, joka perustuu yhteisöllisyyteen, moniammatillisten työryhmien, tiimien, verkostojen ja organisa-

tioiden kykyyn ratkaista yhdessä uusia ja muuttuvia ongelmia (vrt. Launis 1994; Tossavainen 1999; Rootman ym. 2001; STM 2001; Pietilä ym. 2002). Tällöin asiantuntijuus ilmenee kontekstuaalisena, yhteisöllisenä, jatkuvaan oppimiseen perustuvana progressiivisena ongelmanratkaisuprosessina (Eteläpelto 1992; Be-reiter & Scardamalia 1993; Tynjälä ym. 1997; Hakkarainen ym. 1999). Asiantun-tijuus ei ole pysyvä, kerran koulutuksen ja työkokemuksen kautta saavutettu ominaisuus vaan ennemminkin reflektiivinen toimintatapa, joka tuottaa jatku-vasti kehittyvää osaamista (Tynjälä ym. 1997).

Terveyden edistämisen asiantuntijuuden voidaankin ajatella kehittyvän vertikaalisesti ja horisontaalisesti. Vertikaalinen kehittyminen alkaa opiskelijan hoitotyön substanssiosaamisen kasvuna. Se alkaa instrumentaalisena, tehtävä-keskeisenä oppimisena, joka kohdistuu terveyden edistämisen teoreettiseen tie-toperustaan, tehtäväorientoituneeseen ongelmanratkaisuun, kausaalisuhteiden määrittelyyn ja tekniseen toimintaan konkreettisissa terveyden edistämis-tilanteissa. Teknisen osaamisen lisääntyä oppiminen laajenee kommunikatiiviseksi, terveyden edistämisen sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyneiden merkitysten ymmärtämiseksi ja jakamiseksi liittyen myös asiantuntijuuden horisontaaliseen kehittymiseen. Oppiminen voi lopulta syventyä emansipatori-seksi, mikä liittyy uudistavaan oppimiseen ja terveyden edistämisen toiminta-tapoja ohjaavien itsestänselvyyksien ja rutiinien tiedostamiseen ja muutta-miseen. (vrt. Mezirow ym. 1990, 1995; Ruohotie & Honka 1997; Ruohotie 2000) Myös Nutbeam (2000) korostaa kriittisen reflektion merkitystä terveyttä koske-van tiedon analysoinnissa, mikä edellyttää terveyden edistäjältä kykyä kom-munikatiiviseen ja emansipatoriseen oppimiseen (vrt. Mezirow 1995).

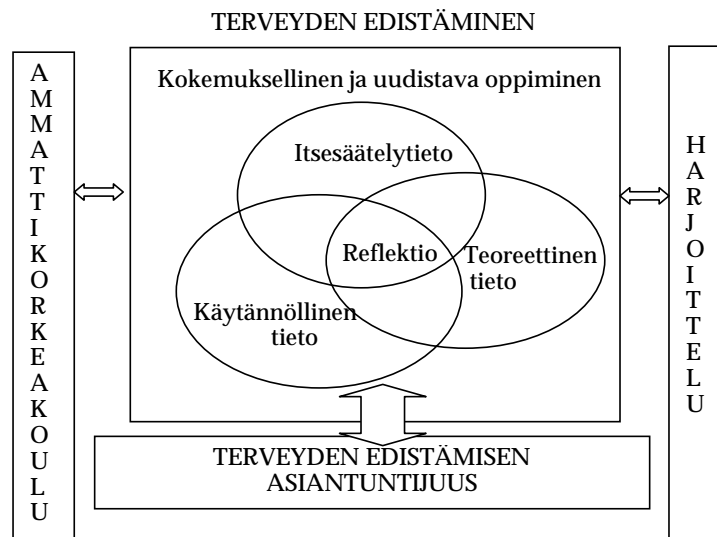
Horisontaalisen asiantuntijuuden alueella ammattikorkeakoulujen hoito-työn koulutusohjelmissa on paljon kehitettävää, sillä tutkimusten mukaan kou-lutuksessa tuotetaan edelleen yksilöasiantuntijoita ja myös hoitotyön urakehi-tysmallit perustuvat yleensä yksilöasiantuntijuuteen (Jaroma 2000; Sihvo & Tur-tiainen 1999). Jaetun asiantuntijuuden kehittämistarpeet liittyvät ensisijaisesti opetusmenetelmällisiin ratkaisuihin, esimerkiksi tutkivaan, ongelmalähtöiseen, ja yhteistoiminnalliseen oppimiseen (Eteläpelto & Tourunen 1999; Hakkarainen ym. 2000; Tynjälä 2000), joita yhdistää konstruktivistinen käsitys oppimisesta ja siihen liittyvä kokemuksellisten ja yhteistoiminnallisten työmuotojen painotus (Tynjälä 1999, 2000).

Tällä hetkellä ammattikorkeakoulun perusopintojen aikana saavutettavaa terveyden edistämisen osaamista ja asiantuntijuutta määrittelevät oppilai-toskohtaiset opetussuunnitelmat tavoitteineen ja sisältöineen sekä opetusmi-nisteriön suositus ammattikorkeakoulusta valmistuvan sairaanhoitajan tervey-den edistämisen minimiosaamisesta (OPM 2001) (liite 1). Hoitotyön koulutuk-sen aikana saavutettua terveyden edistämisen asiantuntijuutta voidaan lisäksi suhteuttaa osittain päällekkäisiin, taulukossa 2 (s. 22) esitettyihin ja Hakulisen ym. (2002, 296) esittämiin terveyden edistämisen asiantuntijan osaamisalueisiin. Hakulisen ym. (2002) mukaan terveyden edistämisen asiantuntija tarvitsee osaamista 1. terveyden edistämisen suunnitteluun ja vaikuttavuuden arvioin-tiin yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla, 2. moniammatilliseen ja monialaiseen yhteistyöhön, 3. terveyttä tukevien projektien, verkostojen ja tiimien luomiseen, 4. taitoon viestiä terveyttä edistävien työmenetelmien vaikuttavuudesta ja hyö-

dyistä, 5. terveyden edistämisen tutkimuksellisiin valmiuksiin ja 6. eettisten ja kulttuuristen tekijöiden tunnistamiseen terveyden edistämässä.

Opetusministeriön (OPM 2001) esittämässä terveyden edistämisen osaamiskuvauksessa (liite 1) terveyden edistämisen osaamista on sijoitettu useiden eri hoitotyön osaamisalueiden sisälle. Tämä voi vaikeuttaa terveyden edistämisen tieto- ja taitoperustan kokonaisuuden hahmottamista esimerkiksi opetussuunnitelmissa. Tarve terveyden edistämisen tieto- ja taitoperustan systemaattiseen jäsentämiseen koulutusta ohjaavaksi viitekehykseksi kasvaa uusien osaamisvaatimusten ja tutkintovaatimusten myötä (esim. L 645/2001). Tarpeen on myös jäsentää asiantuntijaksi oppimisen koulutusprosessia. Terveyden edistämisen asiantuntijuuden edellytysten kehittäminen tulisi alkaa jo ammatillisen peruskoulutuksen aikana (WHO 1999; OPM 2001). Myös eri koulutustasoilla terveyden edistämisen asiantuntijuuden tulisi syventyä ja jäsentyä suunnitellusti (WHO 1999).

Tässä tutkimuksessa terveyden edistämisen asiantuntijuuteen oppimista on jäsenetty Bereiterin ja Scardamalian (1993), Eteläpellon ja Lightin (1999), Tynjälän ym. (1997) ja Vesterisen (2002) pohjalta. Terveyden edistämisen asiantuntijuuden oppimisen kontekstin muodostavat ammattikorkeakoulun ja hoitotyön harjoittelun oppimisympäristöt. Terveyden edistämisen asiantuntijuus kehittyy harjoittelussa kokemuksellisen ja uudistavan oppimisen kautta teoreettisen tiedon (know what), käytännöllisen tiedon (know how) ja itsesäätelytiedon (metakognitiiviset tiedot ja taidot) vuorovaikutuksen tuloksena. Terveyden edistämisen teoreettista tietoa on kuvattu kappaleessa 3.1 ja käytännöllistä tietoa kappaleessa 3.2. Terveyden edistämisen ammatillisessa asiantuntijuudessa painottuu käytännöllinen tieto. Käytännöllisen tiedon syntyminen edellyttää teoreettisen tiedon kytkeytymistä toimintaan metakognitiivisten itsesäätelytietojen- ja taitojen, esimerkiksi reflektion avulla (kuvio 1). Terveyden edistämisen ammatillisen asiantuntijuuden kehittymisessä hoitotyön harjoittelussa tietoperustan eri osa-alueiden tulisi rakentua suunnitelmallisesti ja vähitellen integroitua toimivasti yhteen. (vrt. Bereiter & Scardamalia 1993; Leinhardt ym. 1995; Tynjälä 1996, 1999b; Barnett ym. 2001)



KUVIO 1 Terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittyminen hoitotyön harjoittelussa (vrt. Bereiter & Scardamalia 1993; Tynjälä ym. 1997; Eteläpelto & Light 1999; Vesterinen 2002)

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida hoitotyönopiskelijoiden terveyden edistämisen oppimista ja asiantuntijuuden kehittymistä n. 3,5 vuotta kestävästä hoitotyön ammattikorkeakoulutuksen aikana tapahtuneesta harjoittelusta. Tutkimuksen rajaamista 140 opintoviikon laajuiseen hoitotyön koulutukseen (sairaanhoitaja AMK) perustellaan sillä, että koulutuksessa hankittu osaaminen on opetusministeriön edellyttämää hoitotyön ydinosaa, jonka pohjalle rakentuvat laajemmat, esimerkiksi terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksessa sekä ammattikorkeakoulujen jatkotutkintokokeiluissa esitetyt terveyden edistämisen valmiudet (vrt. OPM 2001; L 645/2001). Terveyden edistämisen oppimista tutkittiin opiskelijoiden opetussuunnitelmien mukaisesti toteutuvien ohjattujen harjoittelujen aikana terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä (ks. liitteet 2-4). Oppimisen tarkastelu kohdentui aineiston suuntaamana terveysneuvontatilanteisiin, sillä koulutuksen edetessä opiskelijat valitsivat videoita terveyden edistämistilanteiksi ja itsearviointin kohteiksi pääasiassa erilaisia terveysneuvontatilanteita (liitteet 2-4).

Yhteenvetoon sisältyvien viiden osatutkimuksen ydinsisällöt, aineistot, raportointi ja kytkentä asiantuntijan tietoperustaan on kuvattu tiivistetysti taulukossa 3. Terveyden edistämisen oppimisen lähtökohtia ammattikorkeakoulussa on analysoitu kirjallisuuden pohjalta I osatutkimuksessa. Terveyden edistämisen oppimista tutkimukseen osallistuneiden ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien näkökulmista on tarkasteltu II osatutkimuksessa. Opiskelijoiden terveyden edistämiskäsitysten muutoksia ensimmäisen opiskeluvuoden aikana on arvioitu III osatutkimuksessa. Opiskelijoiden metakognitiivisen – ja itesesätelytiedon tiedon kannalta keskeisen reflektiotaidon kehittymistä koulutuksen aikana on selvitetty IV osatutkimuksessa. Viidennessä osatutkimuksessa (V) on arvioitu yhden opiskelijan tapaustutkimuksessa jaettuun asiantuntijuuteen kehittymisen mahdollisuuksia terveysneuvonnan kokemuksellisissa oppimisprosesseissa. Terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymistä on

tarkasteltu V osatutkimuksen tulosten ja hoitotyön koulutuksessa kehittyvän terveyden edistämisen tietoperustan integroitumisen kautta.

TAULUKKO 3 Yhteenvedon osatutkimusten (I-V) ydinsisällöt, aineistot, raportointi ja yhteys asiantuntijan tietoperustan osa-alueisiin

Osatutkimuksen ydinsisältö	Tutkimusaineistot ja aineistonkeruun ajan-kohta	Raportointi	Asiantuntijan tietoperustan osa-alue
1. Terveyden edistämisen oppimista ja opetusta ohjaavat tekijät ammattikorkeakoulussa	Ajankohtainen terveyden edistämisen kirjallisuus ja tutkimukset 1998, 1999	I osatutkimus 1999 Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti	teoreettinen tieto käytännöllinen tieto itsesäätelytieto
2. Terveyden edistämisen oppimisen opetus-suunnitelmalliset ratkaisut ammattikorkeakouluissa	* ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmat 1997-1998 * opettajien ja * opiskelijoiden haastattelut keväällä 1998	II osatutkimus 2000 Nurse Education Today	teoreettinen tieto
3. Opiskelijoiden terveyden edistämiskäsitusten muuttuminen ensimmäisen opiskeluvuoden aikana	* opiskelijoiden esseet 1997 * opiskelijoiden stimuloitua haastattelua 1998	III osatutkimus 2001 Health Education Research	teoreettinen tieto käytännöllinen tieto
4. Opiskelijoiden reflektiotaitojen kehittyminen terveysneuvonnan itsearviointeissa	* opiskelijoiden stimuloitua haastattelua 1998, 1999, 2000	IV osatutkimus 2001 Journal of Advanced Nursing	itsesäätelytieto teoreettinen tieto käytännöllinen tieto
5. Jaetun asiantuntijuuden kehittyminen terveysneuvonnan kokemuksellisessa oppimisessä	* yhden opiskelijan stimuloitua haastattelua ja videoitua terveysneuvontatilanteita 1998, 1999, 2000	2002 (submitted)	itsesäätelytieto käytännöllinen tieto teoreettinen tieto

Tutkimustehtävät:

- Minkälaiset tekijät ohjasivat terveyden edistämisen oppimista ammattikorkeakoulussa aikaisemman kirjallisuuden ja tutkimusten pohjalta? (I osatutkimus)
- Millaisena hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisen tietoperustan oppiminen ilmeni hoitotyön ammattikorkeakoulutuksessa?
 - Teoreettinen tieto
 - * Miten terveyden edistäminen ilmeni hoitotyön koulutusohjelmien kirjoitetuissa opetussuunnitelmissa ja millaisia käsityksiä opettajilla ja opiskelijoilla oli terveyden edistämisen sisällyttämisestä opetussuunnitelmiin? (II osatutkimus)
 - * Miten opiskelijoiden terveyden edistämisen käsitykset kehittyivät ensimmäisen opiskeluvuoden aikana? (III osatutkimus)
 - Käytännöllinen tieto
 - * Miten terveyden edistämisen käytännöllinen tieto ilmeni opiskelijoiden käsityksissä ja toiminnassa koulutuksen eri vaiheissa? (III, IV, V osatutkimus)

2.3 Itsesäätelytieto

* Miten opiskelijoiden reflektiotaidot kehittyivät koulutuksen aikana?
(IV osatutkimus)

3. Miten ja millaiseksi terveyden edistämisen asiantuntijuus kehittyi terveysneuvonnan kontekstissa hoitotyön harjoittelussa?
(V osatutkimus)

5.2 Tutkimuksen eteneminen ja aineiston muodostuminen

Tutkimuksen kohteina oli kaksi ammattikorkeakoulua (AMK A, AMK B), joissa tutkimuksen empiirinen osuus toteutettiin vuosina 1997-2001. Ammattikorkeakoulut osallistuivat tutkimusprojektiin vapaaehtoisina tutkijoiden ehdottaessa tutkimus- ja kehittämissyhteistyötä terveyden edistämisen opetuksen alueella kesällä 1997. Molempien ammattikorkeakoulujen tavoitteena oli hyödyntää tutkimusprojektia opetussuunnitelmiansa kehittämistyössä. Tutkimuksen päävaiheet ja aineiston keruu etenivät taulukon 4 mukaisesti. Tutkimuksen alussa hankittiin tutkimusluvut ammattikorkeakouluista ja kouluissa järjestettiin tiedotustilaisuudet tutkimusprojektista sekä opettajille että opiskelijoille. Stimuloitua haastattelumenetelmää aineistonkeruumenetelmänä testattiin syksyllä 1997 ammattikorkeakoulussa A. Testausvaiheessa videoitiin kahden opiskelijan toteuttamat terveysneuvontatilanteet ja suoritettiin stimuloitua haastattelua. Haastattelun toteuttamista ja haastattelurunkoa (liite 6) kehitettiin testauksen pohjalta. Tiedotustilaisuuksia, joissa kerrottiin projektin etenemisestä opettajille ja opiskelijoille pidettiin säännöllisesti projektin edetessä.

Tutkimukseen osallistuneet opiskelijat olivat kaikki naisia ja tutkimuksen alkaessa iältään 18-23 vuotta. Suurimmalla osalla opiskelijoista oli pohjakoulutuksena ylioppilastutkinto tai lähihoitajatutkinto, muutamalla sekä ylioppilastutkinto tai muu toisen asteen ammatillinen tutkinto (liite 2). Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu aikaisempien koulutusten merkitystä terveyden edistämisen oppimisessa, sillä konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan opiskelijoiden oppimistulokset eroavat yksilöittäin. Kunkin opiskelijan terveyden edistämistä koskevien havaintojen ja merkitysten rakentuminen perustui hänen aikaisempiin, toisistaan poikkeaviin tietoihin ja kokemuksiin ei vain esimerkiksi samanlaiseen pohjakoulutukseen (vrt. Rauste von Wright & von Wright 1996).

Toisessa ammattikorkeakoulussa opiskelijoiden vaihtoehtoisten ammattiopintojen valinnat tehtiin toisen opiskeluvuoden kuluessa kun taas toisessa koulussa opiskelijat hakeutuivat suoraan haluamalleen opintosuunnalle, esimerkiksi sairaanhoitaja, terveydenhoitaja. Tutkimusprojektin alkuvaiheessa eivät kaikki opiskelijat tienneet, minkälaiset vaihtoehtoiset ammattiopinnot he koulutuksensa kuluessa tulevat valitsemaan. Tutkimusryhmän 19 opiskelijasta 11 valmistui terveydenhoitajaksi, kaksi kätilöksi, kuusi sairaanhoitajaksi. Sairaanhoitajista neljä suuntautui vaihtoehtoisissa ammattiopinnoissa akuutisti sairastuneen aikuisen hoitotyöhön, yksi perioperatiiviseen hoitotyöhön ja yksi

gerontologiseen hoitotyöhön. Videointeihin osallistuneet asiakkaat olivat miehiä ja naisia, iältään 12-90- vuotta (ks. liitteet 2-4).

TAULUKKO 4 Tutkimuksen etenemisen päävaiheet - ja aineistot (n)

TUTKIMUKSEN ETENEMINEN					
Päävaiheet ja aineistot vuosina 1997-2002					
Vuosi 1997	Vuosi 1998	Vuosi 1999	Vuosi 2000	Vuosi 2001	Vuosi 2002
Tutkimuksen suunnittelu ja tutkimusluvut ammattikorkeakouluista	Tiedotustilaisuudet kouluissa Opiskelijoiden (n=20) valinta projektiin	Tiedotustilaisuudet kouluissa	Tiedotustilaisuudet kouluissa		
Stimuloidun haastattelumenetelmän esitestaus	Tutkimusluvut ja yhteydenotot harjoittelupaikkoihin	Tutkimusluvut ja yhteydenotot harjoittelupaikkoihin	Tutkimusluvut ja yhteydenotot harjoittelupaikkoihin		
Opetussuunnitelma-analyysi (n=2) Opiskelijoiden (n=82) esseet terveyden edistämisestä	Opiskelijoiden (n=20) terveyden edistämistilanteiden videoinnit harjoittelupaikoissa	Opiskelijoiden (n=18) terveyden edistämistilanteiden videoinnit harjoittelupaikoissa	Opiskelijoiden (n= 17) terveyden edistämistilanteiden videoinnit harjoittelupaikoissa		
Tiedotustilaisuudet opettajille ja opiskelijoille	Opiskelijoiden (n=20) stimuloidut haastattelut ja Esseet Opettajien (n=20) teema-haastattelut	Opiskelijoiden (n=18) stimuloidut haastattelut	Opiskelijoiden (n=19) stimuloidut haastattelut		
	Terveyden edistämisen oppimiseen liittyvä kirjallisuus ja tutkimukset (n=72)	Tulosten raportointi: I osatutkimus	Tulosten raportointi: II osatutkimus	Tulosten raportointi: III ja IV osatutkimus	Tulosten raportointi: Vosatutkimus, Yhteen-veto

Kokonaisuudessaan osatutkimusten aineistot muodostuivat terveyden edistämisen oppimista ja asiantuntijuutta koskevista artikkeleista ja kirjallisuudesta (n=72) (I osatutkimus), tutkimukseen osallistuneiden hoitotyönopiskelijoiden opetusta ja oppimista ohjanneista opetussuunnitelmista (1997-1998) (n=2), opiskelijoiden vuonna 1997 kirjoittamista esseistä (n=20), terveyden edistämistilanteiden videoinneista (n=55) ja stimuloiduista haastatteluista (n=57) vuosina 1998, 1999 ja 2000. Toisessa osatutkimuksessa käytettiin aineistona myös tutkimusryhmän opiskelijoita ensimmäisen opiskeluvuoden aikana opettaneiden 20 opettajan (kymmenen molemmista ammattikorkeakouluista) teema-haastatteluja. (ks. taulukko 4). Haastattelut suoritettiin kevätlukukaudella 1998 kaksi tutki-

musryhmän tutkijaa. Opettajien haastatteluaineisto liittyy THM Auli Sjögrenin viimeistelyvaiheessa olevaan lisensiaattitutkimukseen, jossa selvitetään ammattikorkeakoulujen terveyden edistämisen opetusta opettajien näkökulmasta (Sjögren 2002). Osatutkimuksessa (II) opettajien haastatteluaineistosta on käytetty haastattelukysymysten: ”missä opintojaksoissa olet itse opettanut terveyden edistämistä” ja ”onko mielestäsi muissa opetussuunnitelmaan sisältyvissä opintojaksoissa terveyden edistämiseen liittyviä sisältöjä” tuottamaa aineistoa. Opettaja-aineistoa on trianguloitu opiskelijoiden haastatteluaineiston ja opetussuunnitelmadokumenttien kanssa. Kaikki tutkimusaineistot ovat olleet sekä aikaan ja paikkaan että kieleen sidottuja. Alasuutarin (1995, 74) ja Raunion (1999, 279) mukaan kielellinen aineisto ilmaisee numeerista aineistoa herkemmin subjektiivisen kokemuksen monet merkitykset.

Aineiston keruu aloitettiin kesällä 1997 lähettämällä molempien ammattikorkeakoulujen hoitotyön koulutusohjelmaan valituille uusille opiskelijoille (n=100) kirje, jossa heitä pyydettiin kirjoittamaan essee käsityksistään terveydestä ja terveyden edistämisestä (ks. liite 5). Esseetehtävä oli vapaaehtoinen ja 82 opiskelijaa palautti esseen syyskuussa 1997 opiskelun alkaessa. Seurantatutkimukseen valittiin 82 esseen pohjalta 20 vapaaehtoista opiskelijaa (10 kummatkin ammattikorkeakoulusta) keväällä 1998. Opiskelijoiden vapaaehtoisuuden lisäksi valinnan perusteena oli, että valittujen opiskelijoiden esseissä oli mukana sekä kapeahkoja vain yksilöön kohdistuvia että laajoja yhteisöä, ympäristöä ja yhteiskuntaa koskevia käsityksiä terveyden edistämisestä Ottawa Charterin (WHO 1986) ajatusten mukaisesti. Tutkimuksessa haluttiin seurata opiskelijoiden yksilöllisten terveyden edistämiskäsitysten pohjalta tapahtuvaa terveyden edistämisen oppimista, jolloin opiskelijoiden erilaisia koulutustaustoja ei koettu ongelmaksi tutkimushenkilöiden valinnassa. Yksi tutkimusryhmässä mukana olleista opiskelijoista keskeytti ammattikorkeakouluopintonsa keväällä 1998, joten tutkimusryhmään jäi 19 opiskelijaa.

Stimuloidut haastattelut aineiston hankinnassa

Opiskelijoiden terveyden edistämistä seurattiin lukuvuosittain videoimalla käytännön harjoittelun aikana opiskelijan toteuttama asiakkaiden hoitoon liittyvä terveyden edistämistilanne (ks. liitteet 2-4) ja videoinnin jälkeen tapahtuvilla stimuloiduilla haastatteluilla. Stimuloidun haastattelun tarkoituksena oli palauttaa opiskelijan mieleen omakohtainen, harjoittelun aikana toteutettu terveyden edistämistilanne mahdollisimman elävänä ja todellisena. (vrt. Eskelinen 1993; Cleary & Groer 1994; Jokinen & Pelkonen 1996). Stimuloidussa haastattelussa oli sisäänrakennettuna kehittävän arvioinnin näkökulma.

Videointien määrät vaihtelivat seurannan aikana kolmen opiskelijan kohdalla. Vuonna 1999 yksi opiskelija suoritti käytännön harjoittelunsa ulkomailla ja vuonna 2000 (ks. liitteet 2 ja 4) kahden opiskelijan kohdalla videointia ei voitu toteuttaa leikkaussali harjoittelussa. Tilanteissa, joissa videointi ei ollut mahdollinen käytettiin haastattelun stimulanttina ja mieleen palauttamisen välineenä opiskelijan oppimispäiväkirjakuvausta. Yleensä asiakas ja opiskelija olivat videoinnin aikana kahdestaan automaattikameran tallentaessa tilanteen. Joissakin tapauksissa videointi jouduttiin tekemään sairaalahuoneessa, jossa oli läsnä

myös muita asiakkaita. Tällöin videointitila eristettiin sermeillä. Videoinnit kestivät 5-37 minuuttia. Opiskelijat valitsivat videoitavat terveyden edistämistilanteet itse harjoittelun ohjaajan ja asiakkaiden suostumuksella. Videoitujen tilanteiden luonteet vaihtelivat sisällöltään suuresti; ensimmäisenä opiskeluvuotena opiskelijat halusivat videoitaviksi enimmäkseen erilaisia toimenpiteitä, kun taas toisen ja kolmannen vuoden videoinnit painottuvat terveysneuvontaan. (ks. liitteet 2-4)

Stimuloidut haastattelut pyrittiin tekemään heti videoinnin jälkeen erillisessä ja rauhallisessa tilassa. Vuoden 1998 stimuloitujen haastatteluiden stimulantteina käytettiin videonauhan lisäksi opiskelijoiden syksyllä 1997 kirjoittamia esseitä terveyden edistämisen käsityksistään. Haastattelu jakautui neljään osaan: 1. opiskelijan tuntemusten ja videoituun tilanteeseen liittyvien tekijöiden kuvailu, 2. opiskelijan spontaanit kommentit videon katselun aikana, 3. Johnsin (1994) strukturoidun reflektion malliin pohjautuvat ja 4. koettuun opetussuunnitelmaan liittyvät kysymykset (liite 6). Haastattelukysymysten laadinnassa käytetty Johnsin (1994) strukturoidun reflektion malli on kehitetty erityisesti hoitotyön kahdenkeskisten vuorovaikutustilanteiden analysointiin. Mallin kautta voidaan jäsennellysti tarkastella omaan työhön liittyvää kokemusta (Johns 1995). Malli rakentuu kysymyksistä, joiden avulla kuvaillaan ensin kokemus, pohditaan toiminnan tavoitteita ja seurauksia sekä muita tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä. Johnsin (1994) mallin pohjalta laadittu haastattelurunko (ks. liite 6, kohdat I-III) antoi rakenteen opiskelijoiden hyvin erilaisten terveyden edistämistilanteiden itsearviointiin ja mahdollisti opiskelijoiden kehittyvän terveyden edistämisen tietoperustan näkyväksi tekemisen.

Videointeihin ja haastatteluihin osallistuneet opiskelijat, opettajat ja asiakkaat olivat vapaaehtoisia. Videoinnin tarkoitus, videon käyttö ja säilytys selvitettiin asiakkaille ja opiskelijoille ennen jokaista videointia, jolloin he myös antoivat kirjallisen suostumuksensa aineiston tutkimuskäyttöön (ks. liite 7). Kirjalliset tutkimusluvut hankittiin myös ammattikorkeakouluista ja kahdeksasta eri terveydenhuollon organisaatiosta, joissa videoaineiston keruu tapahtui. Videoaineiston keruusta sovittiin erikseen niiden 34 terveydenhuollon työyksikön kanssa, joissa opiskelijoiden terveyden edistämistoimintaa videoitiin.

5.3 Aineiston analyysi ja käsittelytavat

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan erottaa lukuisia tutkimustyyppisiä tai strategioita (Patton 1990; Dentzin & Lincoln 1994; Kvale 1996; Eskola & Suoranta 1998; Hirsjärvi & Hurme 2000). Tutkimustyyppi määrittää tutkimuksen tarkastelun kohdetta, kuitenkin konkreettisten aineiston käsittelytapojen määrä on rajallinen ja usealle tutkimustyyppille yhteinen. Kvalen (1996, 192-193) mukaan haastatteluaineistosta voidaan analysoida merkityksiä tiivistämällä, luokittelemalla, etsimällä narratiiveja, tulkitsemalla merkityksiä tai ad hoc-menetellyllä. Hirsjärvi ja Hurme (2001, 154) esittelevät aineiston käsittelytapoina laskemisen, asteikoinnin, teemoittelun, yhteyksien ja kehityskulun tarkastelun sekä metaforien käytön. Tutkija valitsee tutkimusongelman ratkaisemiseen parhaiten sovel-

tuvan käsittelytavan tai yhdistelee ja soveltaa tarvittaessa useampia menetelmiä. (Pyörälä 1994; Kvale 1996; Eskola & Suoranta 1998, 124-125; Hirsjärvi & Hurme 2000). Perimmältään laadullisen aineiston käsittelyn tarkoituksena on rakentaa systemaattisesti työstetystä aineistosta uusi tiiviimpi ja teoreettisempi aineiston taso, jota tutkimuksessa käytetään aineistosta tehtävien erilaisten tulkintojen pohjana. (Pyörälä 1994)

Tässä tutkimuksessa aineistot on analysoitu sisällön analyysin periaattein. Sisällön analyysi mahdollistaa laadullisten aineistojen systemaattisen järjestyksen, kuvailun ja määrällistämisen sekä induktiivisesti että deduktiivisesti. (Pietilä 1976; Patton 1990; Polit & Hungler 1995, Kyngäs & Vanhanen 1999) Erilaisten aineistojen käsittelyssä on käytetty laskemista, luokittelua, teemoittelua, tulkintaa ja kehityskulkujen tarkastelua (vrt. Patton 1990; Polit & Hungler 1995, Hirsjärvi & Hurme 2001). Aineistojen analyysi ja tulkinta on tapahtunut prosessuaalisesti hyödyntäen abduktiivista ja induktiivista päättelyä (Grönfors 1985; Patton 1990; Hirsjärvi & Hurme 2000, 136). Abduktiivinen ja induktiivinen päättely on tutkimuksessa tarkoittanut sitä, että tutkimuksen alussa tutkijalla oli kirjallisuuteen ja kokemukseen pohjautuen etukäteen omaksuttuja teoreettisia johtajatuksia terveyden edistämisen oppimisprosesseista, joita tutkimusprosessin aikana on aineistolähtöisesti reflektion kautta täydennetty ja korjattu. Abduktiivista päättelyä ohjanneet johtajatuksukset on esitetty tutkimuksen teoreettisessa osassa. Tutkimusaineiston kautta induktiivisen päättelyn avulla syntynyt uusi tieto ja näkökulmat ovat ohjanneet tutkimusprosessin aikana tutkimustehtävien muotoilua, tutkimuksen suunnan linjausta ja terveyden edistämisen oppimisessa merkittävien tekijöiden tunnistamista. Abduktiivinen päättely tulee esille esimerkiksi IV osatutkimuksessa, jossa teoreettisena johtajatuksena käytettyjä Mezirowin (1981) reflektiivisen oppimisen tasoja on tarkasteltu opiskelija-aineistosta. Induktiivista, aineistolähtöistä päättelyä on käytetty esimerkiksi III osatutkimuksessa opiskelijoiden terveyden edistämiskäsitysten näkyväksi tekemisessä ja käsitteellistämässä.

Tutkimuksessa terveyden edistämisen oppimista ja asiantuntijuuden kehittymistä on käsitteellistetty vähitellen aineiston keruun ja analyysin edetessä. Kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi terveyden edistämisen oppimisesta tutkimuksessa on hyödynnetty aineisto - ja tutkijatriangulaatiota (Polit & Hungler 1995; Dentzin & Lincoln 1997; Tones & Tillford 2001, 166). Aineistotriangulaatiossa on osatutkimuksittain yhdistetty erilaisia ja eri menetelmin kerättyjä aineistoja: esseet, opiskelijoiden ja opettajien haastattelut, videoinnit, kirjalliset dokumentit. Aineistotriangulaation avulla terveyden edistämisen oppimisprosesseja on ollut mahdollista tutkia eri näkökulmista. Tutkijatriangulaatiossa tutkimusaineistoja ja analyyseja on käsitelty säännöllisesti tutkimusprojektin tutkijoiden yhteisissä palavereissa, joissa on pohdittu analyysitapoja, syntyneitä tulkintoja ja varmistettu tulkintojen yhtäläisyydestä. Opetussuunnitelmanalyysin tulkintoja on myös tarkistettu ammattikorkeakoulujen opettajien kanssa pidetyissä yhteisissä palavereissa.

Jokaisen aineistonkeruuvaiheen (ks. taulukko 4) jälkeen aineistot litteroitiin ja tallennettiin tiedostoiksi. Systemaattisen aineiston tallennuksen ja luokittelun avulla oli mahdollista tutkimuksen loppuvaiheessa trianguloida eri aineistoja uusien näkökulmien esiin saamiseksi (esimerkiksi V osatutkimus). Ai-

neistot luokiteltiin ja koodattiin osatutkimusten tutkimusongelmien mukaisesti. Kunkin osatutkimuksen analyysin kohdalla tutkija luki aineistoja useaan kertaan kysyen niiltä tutkimuksen teemoitteluun tai luokitteluun liittyviä kysymyksiä. Tulkinna, synteessin sekä abduktiivisen ja induktiivisen päättelyn avulla analyysien tulokset on osatutkimuksissa ja yhteenvedossa yhdistetty uudelleen kokonaisuuksiksi ja tieteellisiksi johtopäätöksiksi (vrt. Grönfors 1985, 145; Hirsjärvi & Hurme 2000, 143-144).

Ensimmäisessä osatutkimuksessa (I) luokiteltiin terveyden edistämisen oppimiseen ja toteuttamiseen liittyvää teoreettista kirjallisuutta ja empiirisiä tutkimuksia niiden terveystieteiden, terveyden edistämisen toiminnan ja asiantuntijuuskäsityksen perusteella. Luokittelun pohjalta teemoiteltiin induktiivisesti hoitotyön ammattikorkeakoulutuksen taustalla olevat, oppimista ohjaavat lähestymistavat.

Toisessa osatutkimuksessa (II) analyysi alkoi virallisten opetussuunnitelmien deduktiivisella analyysillä. Kaksi tutkijaa luokitteli ammattikorkeakoulujen kirjalliset opetussuunnitelmat käyttäen luokittelurunkona Ottawa Charterissa (WHO 1986) esitettyjä terveyden edistämisen tasoja ja Terveystä kaikille vuoteen 2000 (STM 1993) asiakirjan periaatteita, jotka olivat olleet ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien laadinnan tausta-ajatteluna. Opiskelijoiden haastatteluaineiston luokittelun perusteena olivat opiskelijoiden käsitykset siitä, millä opintojaksoilla, mitä ja miten terveyden edistämiseen liittyviä asioita opintojaksoissa on opetettu. Opettajien haastatteluaineistossa ilmenneet käsitykset luokiteltiin sen mukaan, missä opintojaksoissa he olivat mielestään opettaneet ja missä muissa opetussuunnitelman opintojaksoissa heidän mielestään esiintyi terveyden edistämiseen liittyviä aineksia. Analyysiyksikkönä toimi opiskelijan ja opettajan käsitystä kuvaava merkityskokonaisuus. Luokittelun lisäksi analyysissä laskettiin kuinka monta käsitystä sijoittui kuhunkin luokkaan. Kirjallisten opetussuunnitelmien, opiskelijoiden ja opettajien aineistojen analyysien tulokset yhdistettiin ammattikorkeakouluittain omiksi taulukoikseen (ks. taulukot 6, 7) tulkintojen ja johtopäätösten tekemiseksi, jolloin eri aineistoja trianguloimalla saatiin kokonaisvaltaista tietoa ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmallisista tekijöistä.

Kolmannessa osatutkimuksessa (III) opiskelijoiden terveyden edistämiskäsitysten muutosten tutkiminen aloitettiin luokittelemalla induktiivisesti opiskelijoiden ennen koulutuksen alkua kirjoittamissa esseissä ilmenneet terveyden edistämisen käsitykset kolmeen luokkaan: terveyden edistämisen ilmeneminen, tavoite ja seuraukset. Analyysin seuraavassa vaiheessa luokiteltiin samoihin luokkiin keväällä 1998 kerätty stimuloitu haastatteluaineisto. Erillisten analyysien tuloksena ja eri ajankohtina syntyneiden terveyden edistämiskäsitysten kategorioiden sisältöjä vertailtiin. Terveyden edistämisen käsitysten sisältöjen vertailun ja tulkinna avulla etsittiin kategorioiden sisäisiä rakenteita ja tunnistettiin opiskelijoiden terveyden edistämiskäsityksissä tapahtuneet muutokset. (vrt. Kvale 1996; Kyngäs & Vanhanen 1999; Raunio 1999, 317-318).

Neljännän osatutkimuksen (IV) analyysia varten luotiin aikaisemman tutkimuksen ja teorian (Mezirow 1981) pohjalta reflektion eri tasoja erotteleva, deduktiiviseen sisältöön analyysiin perustuva koodausrunko (ks. s. 51, 52 taulukot 9 ja 10). Vuosien 1998-2000 välisenä aikana kaikkiin stimuloituihin haastattelui-

hin osallistuneiden (n=16) opiskelijoiden haastatteluaineisto luokiteltiin koodausrunгон mukaisesti opiskelijakohtaisesti. Tämän jälkeen analyysia jatkettiin tarkastelemalla jokaisen opiskelijan reflektion kehityskulkua ajallisena seuranta. Analyysin tulokset antoivat tietoa opiskelijoiden itsesääteilytiedon ja reflektion kehittymisestä koulutuksen aikana. Lisäksi tulosten pohjalta oli mahdollista tehdä kontekstuaalisia tulkintoja siitä, miten opiskelijoiden reflektiotaidon syventyminen koulutuksen aikana näkyi terveysneuvonnan toteuttamisen tasolla videoituissa harjoittelutilanteissa.

Viidennessä osatutkimuksessa (V) on sovellettu laadullisen tapaustutkimuksen periaatteita (single- embedded case) (Yin 1994; Stake 1995) tutkittaessa opiskelijan terveyden edistämisen asiantuntijuuden ja erityisesti jaetun asiantuntijuuden kehittymistä hoitotyön harjoittelussa. Tutkimuksen kontekstina oli terveysneuvontatilanteet ja aineisto muodostui yhden opiskelijan stimuloitusta haastattelu- ja videoaineistosta vuosilta 1998-2000. Kyseisen opiskelijan valinnan perusteena tapaustutkimukseen oli se, että hän kykeni reflektioon kriittisen tietoisuuden tasolla ja että erityisesti toisen opiskeluvuoden (1999) aineistossa esiintyi runsaasti kappaleessa kolme kuvattuja voimavarakeskeisen terveyden edistämisen ja kappaleessa neljä kuvattuja jaetun asiantuntijuuden piirteitä. Aineistot luokiteltiin deduktiivisesti Kolbin (1984) kokemuksellisen oppimisen vaiheiden mukaisesti. Luokitellusta aineistosta etsittiin vertailemalla ja tulkitsemalla sekä yksilölliseen että yhdessä oppimiseen ja jaettuun asiantuntijuuteen (Hakkarainen ym. 2000, Oatley 1983, Salomon 1984) liittyviä piirteitä. Tavoitteena oli saada esille merkityksiä, jotka loivat kokonaiskuvaa terveysneuvonnan kokemuksellisen oppimisen ja jaetun asiantuntijuuden laadullisista piirteistä.

Yhteenvedon lopussa on koottu eri osatutkimusten tulokset ja abduktion avulla rakennettu ehdotus terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisestä hoitotyön ammattikorkeakoulutuksen ammatillisen harjoittelun aikana.

6 TULOKSET

Tässä luvussa on kuvattu viiden osatutkimuksen ydintulokset. Ensimmäinen osatutkimus (I) toimii yhteenvedon empiiristen osatutkimusten tulkinnan lähtökohtana syntetisoimalla yhteen kirjallisuudessa esitettyjä terveyden edistämisen oppimista ohjaavia tekijöitä ammattikorkeakoulussa. Empiiristen tutkimusten (II-V) tulokset esitetään terveyden edistämisen asiantuntijan tietoperustan: teoreettisen, käytännöllisen ja itsesäätelytiedon osa-alueiden kautta suhteuttaen näin tuloksia terveyden edistämisen tietoperustan oppimiseen ja asiantuntijuuden kehittämiseen hoitotyön harjoittelussa. Tulososio sisältää myös uutta aikaisemmin julkaisematonta materiaalia, esimerkiksi taulukot 6 ja 7, jotka täydentävät osajulkaisujen tuloksia.

6.1 Terveyden edistämisen oppimista ohjaavat tekijät ammattikorkeakoulussa (I osatutkimus)

Kirjallisuuden pohjalta on hahmotettu kaksi vastakkaista terveyden edistämisen lähestymistapaa, jotka ovat koulutuksessa yleensä näkymättömiä, tiedostamattomia, niitä ei ole eksplikoitu. Ne heijastuvat kuitenkin terveyden edistämisen opetukseen, opetussuunnitelmiin, opetusmenetelmiin ja ohjattuun harjoitteluun, sillä tietyn lähestymistavan omaksuminen perustuu jokaisen henkilökohtaiseen näkemykseen terveydestä ja terveyden edistämisestä. Erilaisista näkemyksistä riippuen terveyden edistämisessä pidetään pätevänä erilaista tietoa, toimintaa ja tuloksellisuuden indikaattoreita. (ks. taulukko 5) Terveyden edistämisen lähestymistapoja voidaan pitää terveyden edistämisen toimintaa ohjaavina perusolettamuksina, jotka alkavat muodostua jo hoitotyön peruskoulutuksen aikana. Alkuperäisessä osatutkimuksessa (I) olen nimennyt lähestymistavat terveyden edistämisen asiantuntijakeskeiseksi ja ihmis- ja voimavarakeskeiseksi lähestymistavaksi. Jatkossa käytän ihmis- ja voimavarakeskeisestä lähestymistavasta termiä voimavarakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa.

Taulukossa 5 terveyden edistämisen opetukseen heijastuvia lähestymistapoja on kuvattu lähinnä vastakohtiensa kautta. Kumpikin lähestymistapa yksinään on riittämätön viitekehys terveyden edistämisen toimintaan ja asiantuntijakoulutukselle. Täydentämällä toisiaan, lisäämällä yksilön terveyskäyttäytymismuutoksia painottavaan malliin voimavarakeskeisen terveyden edistämisen prosessin, huomioimalla kulloisenkin toimintaympäristön sekä yhteiskunnallisen tarpeen voidaan lähestyä nykyisen terveystieteiden terveyden edistämiseksi asetettavia tavoitteita (STM 2001). Toiminta voi silloin sisältää oireiden, riskien, sairauksien, yksilöiden lisäksi niiden taustalla vaikuttavat tekijät ja voimavarat yksilön, ryhmän, väestön ja ympäristön tasoilla.

TAULUKKO 5 Terveyden edistämisen lähestymistapojen ominaispiirteet (I osatutkimus, s.105)

ASiantuntijakeskeinen lähestymistapa	Voimavarakeskeinen lähestymistapa
* Terveyskäsitteiden staattinen, fyysistä terveyttä korostava (Ingrosso 1993)	* Terveyskäsitteiden dynaaminen, holistista terveyttä korostava (Ingrosso 1993)
* Keskeistä yksilön vastuu terveydestään: tiedot, asenteet, käyttäytyminen	* Keskeistä osallistumista edistävä sosiaalinen toimintaprosessi: yksilöön, yhteisöön ja ympäristöön liittyvät tekijät
* Terveyden edistäjä opettaa, informoi ja kontrolloi. Tavoitteena käyttäytymismuutos, joka ehkäisee sairauksia ja komplikaatioita (Tones ym. 1990)	* Terveyden edistäjä täysivaltaisen osallistumisen mahdollistaja. Tavoitteena ihmisten, organisaatioiden ja yhteisöjen mahdollisuus hallita omaan terveyteensä liittyviä tekijöitä (Tones ym. 1990)
* Ylhäältä-alas toimintatapa	* Tasa-arvoinen alhaalta-ylös ja horisontaalinen toimintatapa
* Terveyden edistäjä yksilöasiantuntija	* Terveyden edistäjä reflektiivinen yhteisöasiantuntija
* Terveyskasvatuksen traditionaalinen lähestymistapa (Downie ym. 1997)	* Terveyskasvatuksen moderni lähestymistapa (Downie ym. 1997)

6.2 Terveyden edistämisen tietoperustan oppiminen ammattikorkeakoulussa

6.2.1 Teoreettinen tieto

6.2.1.1 Terveyden edistämisen opetussuunnitelmat (II osatutkimus)

Tärkeitä opetussuunnitelmien arviointikohteita terveyden edistämisen oppimisen kannalta olivat koulutusohjelma ja opintojaksokuvaukset tavoitteineen ja sisältöineen. Molempien ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmakuvauksissa ilmeni hoitotyön asiantuntijuus, mutta asiantuntijuuteen liittyvää terveyden

edistämisen osaamista tuli esille lähinnä AMK B:n koulutusohjelmakuvauksessa. Koulutusohjelmassa hankittiin muun muassa valmiudet eri-ikäisten ja eri elämäntilanteissa olevien ihmisten, perheiden ja yhteisöjen terveyden, toimintakyvyn, hyvän olon, inhimillisen kasvun, ihmissuhteiden kehittymisen, itseenäisen elämänhallinnan ja terveyttä tukevien ympäristöjen luomisen edistämiseen (opinto-opas 1997-1998, AMK B). Toisaalta AMK A:n koulutusohjelmakuvauksessa ilmeni sitoutuminen Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelmaan (STM 1986, 1993), jonka yhteisöllisinä tavoitteina mainittiin terveyden edistäminen, terveysongelmien ehkäiseminen ja vähentäminen sekä palvelujärjestelmän taroituksenmukainen kehittäminen. Terveyden edistäminen tuli esille molempien ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmien kuvauksissa joko eksplikoitusti tai implisiittisesti, viittaamalla opetussuunnitelmatekstissä esimerkiksi siihen, että koulutuksessa ollaan sitouduttu ajankohtaisiin terveyspoliittisiin ohjelmiin.

Ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien rakenteet poikkesivat huomattavasti toisistaan. AMK A:n opetussuunnitelma rakentui pääosin 1-2 opintoviikon laajuisista opintojaksoista kun taas AMK B:n opetussuunnitelma sisälsi laajempia 2-10 ov opintokokonaisuuksia. Terveyden edistämisen tavoitteita löytyi lähes puolesta opetussuunnitelmissa esitettyjen teoriaopintojaksojen tavoitekuvauksista, mutta kummassakaan koulussa terveyden edistäminen ei näkynyt selkeästi ohjatun harjoittelun tavoitteissa. AMK A:n perusopinnoissa oli kaksi erillistä terveyden edistämisen ja terveystieteiden opintopakettia, lisäksi terveyden edistäminen tuli esille ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvissä opintopaketeissa. AMK B:n opetussuunnitelmassa ei ollut erillisiä terveyden edistämisen nimellä olevia opintopaketteja, mutta opintopakettien sisältökuvauksissa painotettiin kansallisten ja yleisten terveyspoliittisten periaatteiden sisäistämistä. Terveyden edistäminen sisältyi molempien ammattikorkeakoulujen ammattiopintojen tavoitteisiin laajoina ja abstrakteina osaamiseen liittyvinä kuvauksina. Esimerkiksi ammattikorkeakoulu B:n ammattiopinnoissa "*opiskelijat saavat valmiuksia eri-ikäisten terveyttä edistävään ja ylläpitävään, sairauksia ehkäisevään, parantavaan ja kuntouttavaan hoitotyöhön*". Kummankaan koulun opetussuunnitelmasta ei sairaanhoitajan vaihtoehtoisten ammattiopintojen kohdalta löytynyt selkeästi terveyden edistämiseen liittyviä tavoitteita.

Taulukoissa 6 ja 7 on kuvattu ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien pohjalta syntyneitä terveyden edistämisen erilaisia tulkintoja ja merkityksiä tutkijoille, opettajille ja opiskelijoille ensimmäisenä opiskeluvuotena 1997-1998. Kolmen tutkijan deduktiivisen sisällönanalyysin kohteena ja tulkintojen pohjana olivat ainoastaan ammattikorkeakoulujen viralliset, kirjoitetut opetussuunnitelmat. Opiskelijoiden ja opettajien tulkinnot pohjautuivat kirjoitettujen opetussuunnitelmien lisäksi omakohtaisesti koettuun ja elettyyn opetussuunnitelmaan. Mielenkiintoista tuloksissa oli se, että opiskelijoiden käsitysten mukaan opintopaketeissa oli ollut paljonkin terveyden edistämisen oppimista tukevaa aineesta, vaikka se ei näkynyt tutkijoiden tulkitsemisessa virallisissa opetussuunnitelmateksteissä tai opettajien opetusta koskevissa käsityksissä. Opettajista poiketen opiskelijat kokivat oppineensa terveyden edistämiseen liittyviä asioita esimerkiksi kieliopinnoissa, filosofiassa, kansanterveystieteessä ja epidemiologiassa, anatomiassa ja fysiologiassa, mikrobiologiassa sekä ensiavussa. Opiske-

lijoiden mukaan terveyden edistäminen sisältyi myös hoitotyön harjoitteluun, vaikka vain harva opettaja ilmaisi vastaavan käsityksen (ks. taulukot 6 ja 7).

TAULUKKO 6 Terveyden edistämisen ilmeneminen ammattikorkeakoulu A:n opetus-suunnitelmassa ensimmäisen opiskeluvuoden aikana (1997-1998) tutkijoiden, opettajien ja opiskelijoiden näkökulmista.

Opintokokonaisuudet	Tutkijat n=3	Opettajat n=10	Opiskelijat n=10
Yleis- ja Perusopinnot	29 ov		
Viestintä ja kielet	8 ov		
Ruotsi	1 ov		5
Englanti	2 ov		5
Ammatillinen kasvu	11ov		
Johdatus filosofiaan	1 ov		1
Ammatillinen kehittyminen	2 ov		2
Ammattiopinnot			
Terveyttä edistävä ja tukeva hoitotyö	28 ov		
Psykologia	2 ov	1	7
Kansanterveystiede ja epidemiologia	1 ov		7
Terveyden edistäminen ja terveyskasvatus I	2 ov	+	4
Liikunta terveyden edistämässä	2 ov	+	2
Aikuisen seksuaalisuus	1 ov	+	1
Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet	1ov		
Eri ikäisten terveyttä edistävä, hoitava ja kuntouttava hoitotyö	53 ov		
Anatomia ja fysiologia	2 ov		7
Mikrobiologian perusteet	1 ov		5
Ensiapu	1 ov		3
Hoitotyön ammattietiikka	1 ov		1
Hoitotyön perusteet	8 ov	+	8
Seksuaalisuus elämän eri tilanteissa	2 ov		2
Harjoittelu	50 ov	+/-	
Vapaasti valittavat opinnot	10 ov		3
Musiikki	1 ov		4

Opettajilla ja opiskelijoilla oli myös erilaiset käsitykset siitä, miten terveyden edistämisen opetus tulisi toteuttaa (ks. taulukko 8). Suurin osa opettajista suosi terveyden edistämisen integroimista eri opintojaksojen sisälle koko koulutuksen ajalle, kun taas opiskelijat toivoivat myös erillisiä opintojaksoja ja opiskelun integrointia erityisesti hoitotyön harjoitteluun. Suurin osa opiskelijoista toivoi terveyden edistämisen peruskäsitteiden opetuksen tapahtuvan opintojen alussa erillisissä opintojaksoissa, jonka jälkeen terveyden edistäminen integroitaisiin muihin opintoihin. Opiskelijat arvioivat haastatteluissa kriittisesti myös luentoihin ja kalvoihin perustuvia opetusmenetelmiä. He toivoivat enemmän opetusta, mikä kehittäisi kriittistä ajattelua ja terveyttä edistävän toiminnan itsearviointia. Opiskelijoiden arvioidessa omaa terveyden edistämisen oppimisprosessiaan opetussuunnitelman pohjalta, merkittäväksi oppimisen paikaksi ja terveyden edistämisen käsitteen reflektoinnin käynnistäjäksi osoittautui hoitotyön harjoittelu.

TAULUKKO 7 Terveyden edistämisen ilmeneminen ammattikorkeakoulu B:n opetus-suunnitelmassa ensimmäisen opiskeluvuoden aikana (1997-1998) tutkijoiden, opettajien ja opiskelijoiden näkökulmista.

Opintokokonaisuudet		Tutkijat n=3	Opettajat n=10	Opiskelijat n=10
Yleisopinnot	20ov			
Johdatus ammattikorkeakouluopintoihin	1ov		6	3
Filosofia	1 ov			3
Ympäristö opinnot	2 ov			5
Monikulttuuriset opinnot + kieliopinnot	4 ov		1	4
Perusopinnot	10 ov			
Ihminen toimijana	4 ov	+	1	9
Asiakaslähtöinen toiminta sosiaali- ja terveysalalla	2 ov		4	8
Hoitotyö ammattina	3,5 ov	+	4	9
Ensiapu	0,5 ov			2
Ammattiopinnot	80 ov			
Ammatillinen kasvu	3 ov			1
Hoitotieteen perusteet	2 ov		1	1
Hoitotyön menetelmät	5 ov	+	1	7
Harjoittelu	50 ov		2	5

TAULUKKO 8 Opiskelijoiden ja opettajien käsitykset terveyden edistämisen opetuksen toteutuksesta (II osatutkimus, s.634)

Terveyden edistämisen opetuksen toteutus	AMK A opettajien käsitykset n=10		AMK B opettajien käsitykset n=10	
	opiskelijoiden käsitykset n=10	opiskelijoiden käsitykset n=10	opiskelijoiden käsitykset n=10	opiskelijoiden käsitykset n=10
Erilliset opintojaksot	5	9	1	8
Integroitu muihin opintoihin	4	1	9	2

6.2.1.2 Opiskelijoiden terveyden edistämisen käsitysten kehittyminen ensimmäisen opiskeluvuoden aikana (III osatutkimus)

Kolmannessa osatutkimuksessa on selvitetty, miten opiskelijoiden terveyden edistämisen käsitteeseen liittämät merkitykset muuttuivat ja rakentuivat ensimmäisen opiskeluvuoden aikana. Oletuksena oli, että hoitotyön harjoittelussa terveyden edistämisen tietoperustan ajateltiin sitoutuneen opiskelijan toimintaan ja terveyden edistämisen tietorakenteissa ja merkityksissä tapahtuneiden muutosten heijastuvan opiskelijoiden käytännön toiminnasta.

Ennen koulutuksen alkamista kirjoittamissaan esseissä opiskelijat kuvasivat terveyden edistämistä nuoren aikuisen elämismailman ja omakohtaisten kokemusten kautta. Aineiston abstrahoinnin tasolla terveyden edistäminen ilmeni kahdesta eri näkökulmasta: yksilöiden vastuuna omasta terveydestään ja yhteiskunnan vastuuna huolehtia kansalaisistaan. Terveyden edistämisen toimintaa kuvattiin erilaisina 1. terveyttä edistävinä palveluina, 2. terveellisinä elämäntapoina, 3. terveystietoisuutena ja voimavarojen hyödyntämisenä sekä 4. moninaisina vuorovaikutussuhteina. Palveluissa korostui terveyteen liittyvän

tiedon välittämisen eri muodot, erilaiset sosiaali- ja terveystalvet, vaihtoehtoisen lääketieteen talvet sekä terveellisen yhteiskunnan ylläpitämistä tukevat esimerkiksi ympäristöhoitoon, vapaa-aikaan ja asumiseen liittyvät palvelujärjestelmät. Terveiden edistämisen eri alueiden kuvausten lisäksi opiskelijat kertoivat, miten terveydenhuollon ammattilaiset tekevät konkreettista terveyden edistämistyötä havainnoimalla, rokottamalla, kontrolloimalla, ohjaamalla, tukemalla ja auttamalla yksilöitä. Terveiden edistämisen tavoitteina kuvattiin sekä positiiviseen että negatiiviseen terveyteen liittyviä tavoitteita, esimerkiksi hyvinvointia, hyvää oloa ja sairauksien ehkäisyä. Terveiden edistämisen seuraukseksi tai toiminnan tulokseksi hahmottui hyvä elämä, joka ilmeni parantuneena elämänlaatuna ja pidempänä elämä. Opiskelijoiden käsityksistä heijastui laaja-alainen terveystalvet sekä terveyden edistämisen käsittäminen moniulotteisena ja -tasoisena arkielämään liittyvänä toimintana.

Ensimmäisen opiskeluvuoden aikana 13 opiskelijan terveyden edistämiskäsityksissä oli tapahtunut muutoksia. Kuudella opiskelijalla jo alunperin laaja käsitys terveyden edistämisestä oli vahvistunut koulutuksen aikana. Muutokset liittyivät opiskelijoiden terveystalvetsten laajenemiseen, terveyden subjektiivisuuden ja suhteellisuuden syvempään ymmärtämiseen sekä terveyden edistämisen toiminnan merkitysten konkretisoitumiseen harjoittelussa. Käsityksissä havaittiin neljänlaisia muutoksia: 1. muutos fyysisen terveyden edistämistä kohti moniulotteisemman terveyden edistämistä, 2. täydellisen terveyden tavoittelemisesta kohti suhteellisempaa terveystalvetstä, 3. terveyden edistämisen konkretisoitumisena hoitotyön eri toimintaympäristöissä, 4. terveyden edistäminen ymmärtämisenä paitsi tekemisenä myös läsnäolona ja vuorovaikutuksena potilaan kanssa. Edellä kuvatut muutokset käsityksissä ilmenivät myös opiskelijoiden reflektoidessa harjoittelupaikoissa videoita toimintaansa.

Hoitotyön harjoittelussa syntyneet henkilökohtaiset kokemukset osoittautuivat merkittäviksi tekijöiksi terveyden edistämisen käsitysten muutoksille ja konkretisoitumiselle toiminnaksi. Erilaiset terveydenhuollon toimintaympäristöt ja ammatilliset roolikuvat muokkasivat myös voimakkaasti opiskelijoiden käsityksiä siitä, millaista on terveyden edistämisen toiminta hoitotyössä. Vaikeinta terveyden edistämisen käsitteen merkityksen liittäminen konkreettiseen hoitotyön toimintaan koulutuksen alussa oli opiskelijoilla, jotka harjoittelivat akuuttisairaalan toimenpidekeskeisillä osastoilla, kuten seuraavasta esimerkistä ilmenee:

”Loppujen lopuksi kun me ollaan mietitty niin kuin tyttöjenkin kanssa sitä, että onko tällä osastolla sit loppujen lopuksi niin kuin hirveästi jollain tavalla terveyden edistämistä, kun tämä on toisaalta niin sellanen tehtäväkeskeinen osasto, ja kun potilaat on usein niin vähän aikaa täällä. Mutta sitten taas toisaalta tuntuu, että kyllähän melkein kaikki taas liittyy jossain mielessä terveyden edistämiseen, että niin kuin tuossa, että sais sen haavan mahdollisimman hyvin paranemaan, ettei siitä tulisi mitään jälkiseurauksia, että pääsee sitten jumppaileen sitä jalkaa hyvin, kun on vähän kevyemmät siteet ”. (opiskelija 13, 1998)

Opiskelijan käsitys terveyden edistämisestä heijasteli sairaus- ja yksilökeskeistä, lääketieteellistä ja fyysiseen terveyteen painottuvaa näkemystä hoitotyön terveyden edistämisestä. Kuitenkin suurin osa opiskelijoista kuvasi ensimmäisen opiskeluvuoden haastatteluissa käsitystään terveyden edistämisestä, joka sisälsi voimavarakeskeisen terveyden edistämisen piirteitä. Alla terveyskeskussairaalan osastolla harjoitelleen opiskelijan käsitys terveyden edistämisestä.

"Terveyden edistäminen koostuu niin monesta eri osatekijästä. Ympäristö ja yksilö ja tällaiset asiat vaikuttaa siihen. Henkinen vireys ja nämä voimavarat ja tällaiset, että koostuu niin monen näköisestä asiasta. Tavallaan se, et pystyy elämään semmosta kokonaisvaltasta elämää. Ja osallistumaan ja kohtaamaan ihmisiä ja nauttimaan siitä ympäristöstä ja asioista ylipäättään, niin ne on niinku korostu. Ne on aika semmosia, jos nyt aattelee ni semmosia elämän perusasioita, mitkä mää nyt vielä tällä hetkellä liitän tähän terveyden edistämiseen. Et sitte jos on jotaki tällöisiä ongelma alueita terveyttä ajatellen. Niin potilaan kanssa tavallaan mieltii yhdessä ne ja sitte tavallaan löytää sitä kautta ne keinot ja tällöiset et mitkä mahdollistaa hälle niinku näitä asioita taikka et kun saa tällöisiä terveyttä edistäviä tekijöitä siihen mukaan. Tavallaan niinkun faktatieto ja sitte tällöinen inhimillisyyys niin ne niinku menee rinnakkain". (opiskelija 4, 1998)

6.2.2 Käytännöllisen tiedon ilmeneminen koulutuksen eri vaiheissa (III, IV, V osatutkimus)

Opiskelijoiden käytännöllisen tiedon arviointi on kohdistunut osatutkimuksissa opiskelijoiden käsityksiin siitä, miten ja millaisin menetelmin terveyden edistämistä toteutettiin ja tulisi toteuttaa.

Ensimmäisen opiskeluvuoden lopussa opiskelijoiden terveyden edistämisen käytännöllinen tieto konkretisoitui erilaisina hoitotoimenpiteinä ja niihin liittyvänä neuvontana ja vuorovaikutuksena potilaan kanssa (ks. aineistokuvaus 1998, liite 2). Harjoittelujakso sisältyi hoitotyön menetelmät opintojaksoon, mikä aloitti molemmissa ammattikorkeakouluissa ammattiopintojen opiskelun. Molempien koulujen ammattiopintojen tavoitteissa tuli esille valmiuksien hankkiminen terveyttä edistävään hoitotyöhön. Opiskelijat olivat valinneet videoitavat terveyden edistämistilanteet yleensä harjoittelua ohjaavan hoitajan kanssa, jolloin oli myös käyty keskustelua siitä, minkälainen toiminta harjoittelupaikoissa käsitetään terveyden edistämiseksi. Näin opiskelijoiden videoitaviksi valitsemat tilanteet heijastivat myös harjoittelupaikkojen arvolähtökohtia ja terveyden edistämisen lähestymistapoja. Opiskelijoiden terveyden edistäminen määrittyi kontekstuaalisena saaden erilaisia merkityksiä ja toimintamalleja eri harjoittelupaikoissa (ks. opiskelijoiden haastattelusitaatit s. 48-49).

Toisena ja kolmantena opiskeluvuotena terveyden edistämisen käytännöllinen tieto tuli esille erilaisissa hoitotyön ympäristöissä tapahtuvana terveysneuvontana (ks. aineiston kuvaus, liitteet 3-4). Neljännessä osatutkimuksessa tarkasteltiin opiskelijoiden terveysneuvonnan laadullisia piirteitä Mezirowin (1990, 1991) uudistavan oppimisen näkökulmasta. Koulutuksen loppuvaiheessa

opiskelijat, jotka olivat päässeet reflektiossaan tietoisuuden tasolle (ks. taulukko 9, s. 51) ilmaisivat haastatteluissaan terveyden edistämisen asiantuntijakeskeisen lähestymistavan piirteitä. Opiskelijoiden neuvonta näyttäytyi teknisenä, yleistävänä, sairauteen tai sen ehkäisyyn suunnattuna toimenpiteenä. Opiskelijat arvioivat neuvontansa onnistumista vertaamalla sitä harjoittelupaikassa nähtyihin neuvontoihin, ei suhteessa asiakkaan oppimiseen tai ymmärtämiseen. Tärkeinä neuvonnan onnistumisen kriteereinä pidettiin mm. mitä asiasisältöjä neuvonnassa käsiteltiin ja missä järjestyksessä. Nämä opiskelijat näyttivät omaksuneen viimeisten opiskeluvuosien aikana asiantuntijakeskeiseen terveyden edistämiseen perustuvan neuvonnan perusskeeman, jota harjoiteltiin ja toistettiin samantyyppisenä eri harjoittelujaksoilla.

Puolet opiskelijoista pääsi koulutuksen aikana reflektiossaan kriittisen tietoisuuden tasolle (ks. taulukko 10, s. 52). Nämä opiskelijat kyseenalaistivat omassa toiminnassaan havaitsemiaan asiantuntijakeskeisen terveyden edistämisen lähestymistavan piirteitä ja heidän toimintansa heijasti enemmän terveyden edistämisen voimavarakeskeistä lähestymistapaa. Nämä opiskelijat kiinnittivät huomiota neuvonnan ilmapiiriin, vuorovaikutukseen ja neuvonnassa luotujen merkitysten ymmärtämiseen. Neuvonnan onnistumista arvioidessaan opiskelijat painottivat asiakkaan tuntemista, asiakkaiden vihjeiden huomioimista ja asiakkaan kokemuksellisen tiedon hyödyntämistä neuvonnassa. He rakensivat asiakaslähtöistä, aktiivista osallistumista ja laajaa terveystietoisuutta heijastavaa neuvontaskeemaa. Neuvontaa ei rajattu sairaalan tai neuvolan sisälle, vaan asiakkaan terveyttä ja sen edistämistä yritettiin suhteuttaa myös arjen eri toimintaympäristöihin ja ihmissuhteisiin.

Viidennessä osatutkimuksessa esitetyn, yhden opiskelijan oppimista tarkastelevan tapaustutkimuksen tulosten pohjalta näyttää siltä, että koulutuksen loppuvaiheessa on joidenkin opiskelijoiden mahdollista toteuttaa vastavuoroista, voimavarakeskeistä ja jaetun asiantuntijuuden piirteitä sisältävää terveysneuvontaa (ks. kuvio 2, s. 53).

6.2.3 Itsesäätelytiedon ja reflektiotaitojen kehittyminen koulutuksen aikana (IV osatutkimus)

Itsesäätelytiedon kehittyminen koulutuksen aikana osoittautui merkittäväksi tekijäksi voimavarakeskeisen terveyden edistämisen ja siihen pohjautuvan neuvonnan oppimisessa. Itsesäätelytiedon osalta IV osatutkimuksessa tarkasteltiin niiden 16 opiskelijan reflektiotaitojen kehittymistä, jotka olivat mukana kaikissa vuonna 1998, 1999 ja 2000 tapahtuneissa videoinneissa ja stimuloituissa haastatteluissa. Reflektion tasojen analysointia varten muodostettiin koodausrunko, joka pohjautui Mezirowin (1981) luokitteluun. Taulukoissa 9 ja 10 on tiivistetty opiskelijoiden reflektion tasojen luokitusmalli eri reflektion tasoja kuvaavine aineistoesimerkkeineen.

Puolet opiskelijoista saavutti hoitotyönkoulutuksen aikana terveysneuvontaansa koskevissa itsearvioinneissa kriittisen tietoisuuden tason. Sekä tietoisuuden että kriittisen tietoisuuden tasolla reflektioijien ryhmät jakautuivat tasaisesti eri koulujen kesken.

TAULUKKO 9 Opiskelijoiden reflektion tasojen luokittelu: tietoisuuden taso
(pohjana Mezirow 1981; Richardson & Maltby 1985; Powell 1989; Astor et al. 1998; Poskiparta et al. 1999)

A TIETOISUUS: Havaintoihin, ajatteluun ja toimintaprosessiin sekä toiminnan sisältöön kohdistuvia MITEN - kysymyksiä
<p>Taso 0. Ei- reflektiivinen toiminta: Opiskelija kuvaa kokemuksensa persoonattomasti analysoimatta tai arvioimatta kokemusta.</p>
<p><i>“No terveyttä edisti henkiseltä puolelta ensinnäkin keskustelu ja fyysiseltä puolelta, että ne kynnet ja kädet on hoijettu. Eipä siinä oikeastaan muuta sillei.”</i> (opiskelija 6, 1998).</p>
<p>Taso 1. Reflektiivisyys: Opiskelija tulee tietoiseksi havainnoistaan, merkityksistään, käyttäytymisestään ja pystyy kuvaamaan kokemuksensa ja havaintonsa.</p>
<p><i>“No, enimmäkseen tottakai minä niinku toin sitä viestiä sille potilaalle tai annoin informaatiota. Mut kyllä hänkin niinku kommenttia otti siihen ja oli niinku myöntäväinen tähän mun neuvontaan.”</i> (opiskelija 2, 1999)</p>
<p>Taso 2. Affektiivinen reflektio: Opiskelija on tietoinen tunteistaan jotka liittyvät hänen tapansa havaita, ajatella ja toimia tilanteessa. Opiskelija on tietoinen asiakkaan tunteista.</p>
<p><i>“Tässä huomaa kun juttelee, et nyt mennään vähän niinku semmosille aroille vesille. Kun tuntee potilaan, niin sitte näkee, että rupee häntäkin itkettämään ja tulee se paha mieli. Että siellä on se sairaus koko ajan kuitenkin taustalla, et toivottavasti ei oo minun nimee kuolinilmoituksessa. Että tuntu niinku vähän pahalta joskus.”</i> (opiskelija 12, 1999)</p>
<p>Taso 3. Erotteleva reflektio: Opiskelija arvioi kuinka hän onnistui toiminnassaan. Havaintojen, ajattelun, toimintatavan tehokkuuden ja syy-seuraussuhteiden arviointia. Opiskelija tunnistaa epäsuhdan suunnitellun ja toteutuneen toiminnan välillä.</p>
<p><i>“No varmaan ihan hyvin onnistu. Että tää äiti sai tavallaan sitä tarkistusta. Sydänäännet kuuluu, verenpaine on hyvä, ne haluaa sitä tietoo, että onko se normaalia, yleinen kysymys, että: onko normaalia, onko tämä normaalia. Et puhutaan riskiraskaudesta hänelläkin, mutta hirmu hyvin on mennä ainakin tähän asti. Itselle mulle henkilökohtasesti, että hei, että mää pystyn tähän.”</i> (opiskelija 12, 2000)</p>
<p>Taso 4. Arvioiva reflektio: Opiskelija tulee tietoiseksi omista ja muiden arvoista ja arvo asetelmista ja tiedostaa tämän vaikutukset toiminnassa.</p>
<p><i>“Ja sitte ku hän tuossa niinku suuttu siitä, että mitä sää tommosia kyselet ja niitä päivämääriä, että niinku aattelee, että mun pitäis niinku jutella kuitenkin arvostavasti ja hän on paljon vanhempi, neljä kertaa vanhempi ku minä.”</i> (opiskelija 12, 1999)</p>

Opiskelijoiden kyetessä laadullisesti syvällisempään reflektioon myös terveyden edistämistä koskevat skeemat ja merkitysperspektiivit näyttivät muuttuvan ja saavan uusia merkityksiä. Kriittisen tietoisuuden tasolle päässeet opiskelijat toivat haastatteluissaan esille myös metakognition ja oppimaan oppimiseen liittyviä asioita, havaiten esimerkiksi oman tietoperustansa puutteita ja terveyden edistämistilanteessa syntyneitä uusia oppimistarpeita ja tavoitteita (ks. taulukko 10, taso 5). Viimeisen vuoden haastatteluissa jotkut opiskelijat alkoivat myös kyseenalaistaa harjoittelupaikoissaan vallitsevaa tapaa toteuttaa terveysneuvontaa ja siihen liittyviä taustaoletuksia (ks. taulukko 10, tasot 6 ja 7).

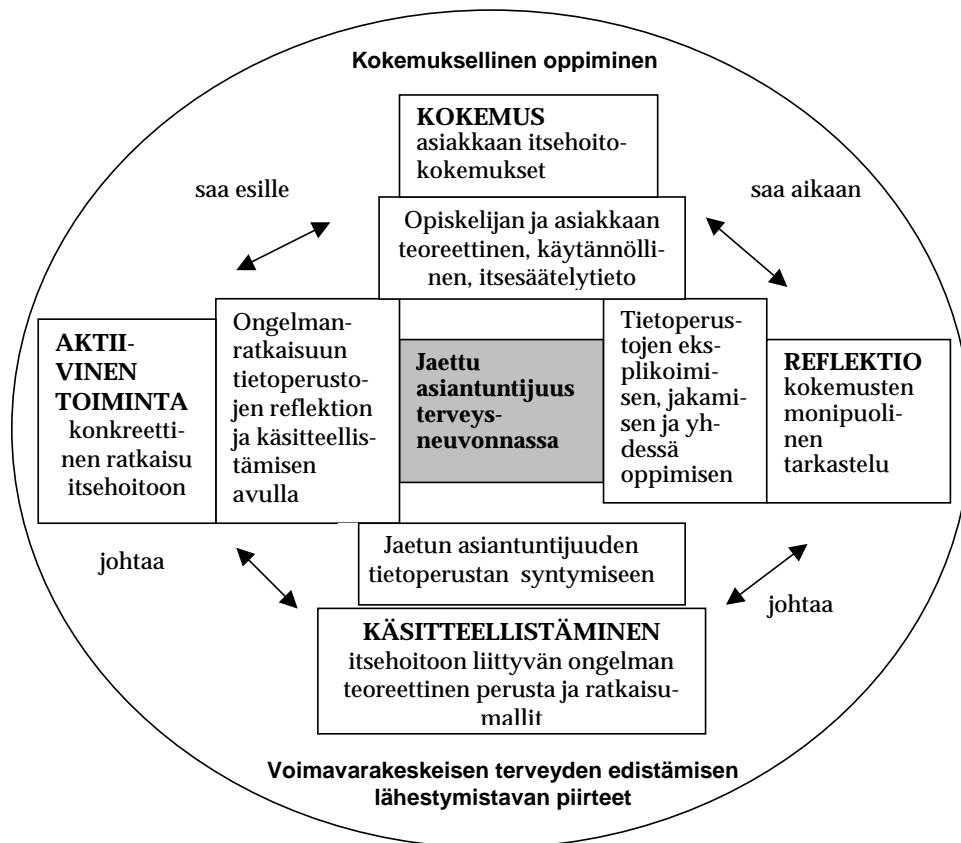
TAULUKKO 10 Opiskelijoiden reflektion tasojen luokittelu: kriittisen tietoisuuden taso (pohjana Mezirow 1981; Richardson & Maltby 1985; Powell 1989; Astor et al. 1998; Poskiparta et al. 1999)

B KRIITTINEN TIETOISUUS: Havaintojen, ajattelun ja toiminnan syitä ja seuraamuksia etsiviä MIKSI -kysymyksiä	
Taso 5. Käsitteellinen reflektio: Opiskelija arvioi käyttämiensä käsitteiden soveltuvuutta ja ymmärrettävyyttä suhteessa asiakkaidensa käsitysmaailmaan. Kyseenalaistaa käyttämiensä käsitteiden merkityksen. Huomaa mitä muuta tietoa, ymmärrystä pitäisi hankkia lisää, jotta voisi paremmin ymmärtää tilanteen. Havaitsee uusia oppimistarpeita ja -tavoitteita.	<i>“mutta kyllä tässä huomas sen, että tarttee vielä lisää tietoo siihen, että pystyy kertomaan, sitä ravitsemusneuvontaa. Että tällä tiedolla ei vielä niinku ihan kaikkee lähetä kertomaan sille asiakkaalle”.</i> (opiskelija 13, 1999)
Taso 6. Psykkinen reflektio: Opiskelija tunnistaa tavan tehdä rajalliseen informaatioon perustuvia arvioita esimerkiksi asiakkaista.	<i>”Tommosia asioita kun mää kyselen tossa, nii mulla välillä on sillai, että en mää tiä itekkään et miks mää niinku kysyn. On niinku ohjaajalta periaatteessa oppinu, ett minkalaisia asioita siinä periaatteessa käydään läpi. Mut ei kuitenkaan välttämättä ite ymmärrä sitä, et miten mää vaikka perustelisin vaikka jonku asian sitte, jos hällä nyt vaikka ois häpyliitos ollu kipeänä ja mitä mää nyt sitte sanoisin sille.”</i> (opiskelija 2, 2000)
Taso 7. Teoreettinen reflektio: Opiskelija tulee tietoiseksi siitä, että rutiinotoiminta tai vallitseva käytäntö ei ole ainoa mahdollinen tapa toimia. Edellyttää ajattelun, havaintojen ja toiminnan taustalla vaikuttavien olettamusten kyseenalaistamista.	<i>“Että tuntu, että siinä oli jotakin, et ois ihan jostain muusta pitäny hänen kanssaan keskustella kuin sydämen vajaatoiminnasta. Tietysti nyt on sydänasioista liikkeellä tuolla sairaa lassa käymässä. Tietysti niistä mutta sitten että ihan joku uus tilanne ja sitten vaan jutella ja jutella niinku. Ihan jostain muusta mikä hällä nyt sais jotain hyvää mieltä nyt itelleen tai motivois. Kun se on se mieli maassa. Et ihan vaan jutella.”</i> (opiskelija 4, 2000)

6.3 Jaetun asiantuntijuuden ja terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittyminen terveysneuvonnan kokemuksellisessa oppimisessa (V osatutkimus)

Osatutkimuksen tulosten mukaan keskeiseksi jaetun asiantuntijuuden toteutumisen edellytykseksi terveysneuvonnassa muodostui kokemuksellisen oppimisen kehän neljän eri vaiheen (Kolb 1994; Järvinen ym. 2000) yhteinen ja vastavuoroinen läpikäyminen asiakkaan kanssa kuviossa 2 kuvattujen vaiheiden mukaisesti. Neuvonnan lähtökohtana olivat asiakkaan itsehoitokokemukset. Terveysneuvonnassa asiakkaan tieto oman terveytensä hoitamiseen liittyvistä toimintamalleista oli intuitiivista, kokemukseen ja toimintaan sidottua. Yhteinen oppimisprosessi alkoi asiakkaan toiminnan tietoisten mallien esille saamisesta ja jatkui sanattoman tiedon muuntamisena kielelliseen muotoon. Prosessissa korostui opiskelijan rooli asiakkaan kokemuksellisen tiedon esille saajana. Neuvontatilanteen alussa asiakas ja opiskelija eksplikoivat henkilökohtaista teoreettista, käytännöllistä ja itsesätelytietoa tarkentaessaan potilaan terveyden

edistämiseen liittyviä ongelmia. Sekä potilaan että opiskelijan tiedon osaluista muodostui keskustelun aikana yhteisessä ongelmanratkaisussa tarvittava jaetun asiantuntijuuden tietoperusta. Yhteinen kieli ja yhteinen tulkinta teki kokemuksesta ja intuitiosta johdetun tiedon neuvonnassa molempien osapuolien omaisuudeksi, mikä puolestaan auttoi tiedon rakentelussa eteenpäin ja siirtymisessä reflektion tasolle. Toiseksi opiskelijan ja asiakkaan yksilöllinen reflektiivinen havainnointi yhdistyi yhteiseen reflektointiin. Kolmanneksi abstraktin käsitteellistämisen vaiheessa itsehoito-ongelmaan ja sen ratkaisuun haettiin teoreettisia perusteluita ja johtopäätöksiä ja neljänneksi aktiivisen soveltamisen vaiheessa ongelmaan luotiin yhdessä konkreettinen ratkaisumalli. Kokemuksellisen oppimisen vaiheiden kautta edennyt yhteinen ongelmanratkaisu sai aikaan yhdessä oppimista, voimavarojen lisääntymistä ja jaetun asiantuntijuuden kehittymistä. Koko prosessi heijasti terveyden edistämisen voimavara- ja lähestymistavan piirteitä. (ks. kuvio 2)



KUVIO 2 Jaetun asiantuntijuuden kehittyminen terveysneuvonnan kokemuksellisessa oppimisessa (vrt. Kolb 1984)

Opiskelijan henkilökohtaisen terveyden edistämisen asiantuntijuuden rakentumista seurattiin vuosittain stimuloituissa haastatteluisa. Ensimmäisenä vuo-

tena korostui opiskelijan oman oppimisen ja tietoperustan riittävyden arviointi suhteessa videossa nähtyyn toimintaan. Opiskelija tunnisti teoreettisen, erityisesti lääketieteellisen tietonsa rajallisuuden. Hän toi esille neuvontaa koskevassa julkiteoriassaan asiakas- ja voimavarakeskeisyyden periaatteita sekä asiakkaan kokemuksellisen tiedon merkityksen mutta videossa ilmenevässä käytöteoriassa ne eivät todentuneet. Neuvonnassa tarvittavan teoreettisen ja käytännöllisen tiedon yhdistymisen ja oppimisen välineenä opiskelijan mielestä toimi parhaiten harjoittelusta tutun asiakkaan hoitoon liittyvä konkreettinen ”tapaus”.

Toisen vuoden (1999) haastattelu liittyi kuviossa 2 kuvattuun neuvontaan, missä kokemuksellinen oppiminen toimi opiskelijan ei-tietoisena skeemana tai käyttöteorianä. Videon pohjalta tehdyssä stimuloidussa haastattelussa opiskelija ei puhunut tilanteesta kokemuksellisen oppimisen tai jaetun asiantuntijuuden käsitteillä. Silti opiskelija tunnisti jaetun asiantuntijuuden piirteitä runsaasti sisältävän neuvonnan poikkeuksellisen verrattuna muihin toteutamiinsa neuvontoihin. Hän myös tunnisti reflektiossaan potilaan oppimisen neuvonnassa. Onnistuneesta neuvonnasta muodostui ikään kuin ihanneskeema, jonka pohjalta hän arvioi muita toteuttamia neuvontatilanteita. Tilanteen pohjalta opiskelija loi myös mallin ihanne asiantuntijuudesta, jota hän yritti toteuttaa viimeisen vuoden videoinnissa. Muodostetussa ihanneasiantuntijuudessa sekä opiskelija että asiakas toimivat yhdessä vastavuoroisesti asiantuntijoina onnistuneessa terveysneuvontatilanteessa. Stimuloidussa haastattelussa opiskelija keskittyi tilanteessa syntyneiden yhteisten merkitysten reflektioon videon pohjalta ymmärtäen samalla potilaan kokemuksellisen tiedon merkityksen neuvonnan onnistumisessa. Oman asiantuntijuutensa kehittymisessä hän korosti edelleenkin teoreettisen tietopohjan merkitystä, joka ilmeni neuvonnan sisältöjen hallintana. Opiskelija tunnisti myös terveysneuvontataitoihin liittyviä käytännöllisen tiedon puutteitaan, mihin hän ei ollut saanut ohjausta harjoittelussa.

Kolmannen vuoden haastattelussa opiskelija toi esille oman ihanneasiantuntijan mukaisen käsityksensä asiantuntijan roolista ja toiminnasta terveysneuvonnassa. Videoidussa neuvonnassa ihanne rooli ei toteutunutkaan, vaan opiskelija joutui kuuntelijan ja konsultin rooliin asiakkaan toimiessa tilanteen pääasiallisena asiantuntijana. Opiskelija ei kokenut tätä oikeana terveysneuvontana, sillä hän ei varsinaisesti voinut ”antaa” ohjausta eikä hänen asiantuntijuuttaan hyödynnetty riittävästi. Haastattelun aikana opiskelija kuitenkin yritti muovata uudelleen käsitystään asiantuntijuudesta, mikä sallisi tarvittaessa monimuotoisemmat asiantuntijaroolit asiakkaan tarpeiden mukaisesti.

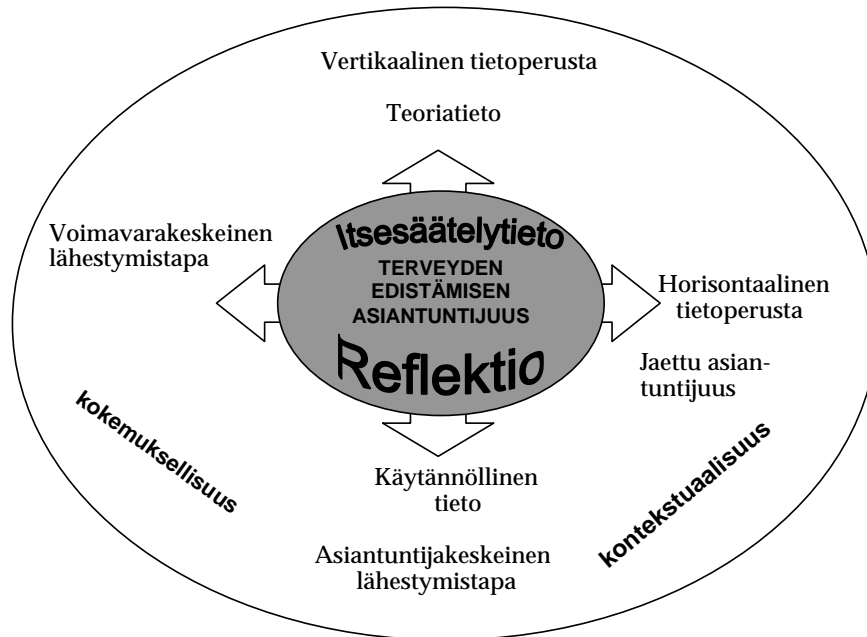
Kokemuksellisen oppimisen ja reflektion kautta syntyneen asiantuntijuuden rakennusaineiksina nousi esille tarve vankkaan teoreettiseen tietoperustaan, teoreettisen tiedon sitominen omakohtaisen kokemuksen kautta konkreettisiin työtilanteisiin, sitä kautta syntyvä itsetuntemus ja vähitellen muodostuva omakohtainen näkemys terveyden edistämiseksi tarvittavasta asiantuntijuudesta.

6.4 Tulosten yhteenveto ja ehdotus terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisestä hoitotyön harjoittelussa

Osatutkimusten tulosten ydinsisällöt ja tulosten tulkinnan pohjalta rakennettu ehdotus terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisestä hoitotyön harjoittelussa on kuvattu tiivistetysti taulukossa 11. Ensimmäisessä osatutkimuksessa kuvattujen asiantuntija- ja voimavarakeskeisen terveyden edistämisen lähestymistapojen piirteet yhdessä luovat lähtökohdat terveyden edistämisen asiantuntijuuden vertikaaliselle ja horisontaaliselle rakentumiselle. Asiantuntijakeskeisen lähestymistavan omaksuminen (ks. taulukko 5, s. 44) antaa pohjan terveyden edistämisen vertikaalisen tietoperustan kehittymiselle. Terveyden edistämisen oppiminen alkaa hoitotyön perustaitojen harjoittelusta. Opiskelun alussa keskitytään fyysisen terveyden edistämiseen liittyvään tieto- ja taitoperustaan. Terveyden edistämisen preventiivinen ja kasvatuksellinen lähestymistapa (Mackintosh 1996; Tones & Tillford 2001) korostuvat (ks. taulukko 2, s. 24) Opiskelun edetessä asiantuntijakeskeinen lähestymistapa saa rinnalleen voimavarakeskeisen lähestymistavan piirteitä, mikä mahdollistaa jaetun asiantuntijuuden ja terveyden edistämisen asiantuntijuuden horisontaalisen ulottuvuuden kehittymisen (ks. kuvio 2, s. 53). Toisen osatutkimuksen tulokset tukevat konstruktivistisen oppimiskäsityksen soveltumista terveyden edistämisen asiantuntijakoulutuksen oppimiskäsitykseksi. Kuitenkaan tulosten mukaan terveyden edistämisen tietoperusta ei näyttäydy opiskelijoille eikä opettajille selkeänä. Erityisesti opiskelijoiden hoitotyön harjoittelussa tapahtuva aktiivinen terveyden edistämisen käsitteen opiskelu vaatii kehittämistä ja opettajien ja harjoittelun ohjaajien tukea. Kolmannen osatutkimuksen tulosten pohjalta terveyden edistämisen teoreettinen tietoperusta rakentui harjoittelussa opiskelijoiden omakohtaisten terveystieteiden jäsentymisen kautta. Terveystieteiden rakentuminen tapahtui teoreettisen tiedon ja harjoittelun välisessä vuorovaikutuksessa kontekstuaalisesti. Neljännen osatutkimuksen tulokset viittaavat reflektion keskeiseen rooliin terveyden edistämisen tietoperustan jäsentymisessä. Kriittisen tietoisuuden tasolle reflektiossaan päässeet opiskelijat pyrkivät toteuttamaan toiminnassaan voimavarakeskeistä terveyden edistämisen lähestymistapaa ja ohjaamaan tavoitteellisesti omaa oppimistaan. Viidennen osatutkimuksen pohjalta voidaan todeta kokemuksellisen oppimisen kaikkien vaiheiden yhteinen läpikäyminen oleelliseksi terveysneuvonnassa rakentuvassa jaetussa asiantuntijuudessa. Opiskelijan oman terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisessä tärkeänä ilmeni teoreettinen tieto, joka sitoutui harjoittelussa asiakastapausten reflektion kautta omakohtaiseksi kokemustiedoksi, elävän elämän opetussuunnitelmaksi. (ks. kuvat 2 ja 3)

Terveyden edistämisen asiantuntijuuden sisällöt muodostuvat terveyden edistämisen asiantuntija- ja voimavarakeskeisen lähestymistavan ominaispiirteiden pohjalta. Terveyden edistämisen asiantuntijuuden vertikaalisen rakenteen kehittymistä ohjaa asiantuntijakeskeisen lähestymistavan perinne. Asiantuntijuuden horisontaalinen rakenne ja jaettu asiantuntijuus saavat aineksia terveyden edistämisen voimavarakeskeisestä lähestymistavasta. Asiantuntijuuteen kehittymistä ohjaa konstruktivistinen oppimiskäsitys ja reflektiivisyyttä edistä-

vät oppimismenetelmät. Itsesäätelytiedon, reflektion ja kriittisen reflektion avulla asiantuntijuuden ulottuvuudet ja tietoperustan osa-alueet painottuvat ja integroituvat terveyden edistämisen kontekstuaalisen toimintaympäristön mukaisesti. Terveyden edistämisen asiantuntijuus on jatkuvasti kehittyvää, persoonallista ja sidoksissa erilaisiin toimintaympäristöihin. (ks. kuvio 3)



KUVIO 3 Ehdotus terveyden edistämisen asiantuntijuuden rakentumiseksi ammattikorkeakoulun hoitotyön harjoittelussa

Terveyden edistämisen tietoperustan merkittävimäksi osa-alueeksi tämän tutkimuksen tulosten pohjalta nousee itsesäätelytieto ja opiskelijan kehittyminen oman terveyden edistämisen toimintansa itsearvioinneissa kriittisen tietoisuuden tasolle. Kriittisen tietoisuuden tason saavuttaneet opiskelijat sitoutuivat muita enemmän voimavarakeskeisen terveyden edistämisen lähestymistapaan käsityksissään ja toiminnassaan. Opiskelijan sitoutuminen terveyden edistämisen voimavarakeskeiseen lähestymistavan piirteitä sisältävään terveysneuvontaan, mahdollisti myös kuviossa kaksi (s. 53) kuvatun jaetun asiantuntijuuden kehittämisen terveysneuvonnan kokemuksellisessa oppimisessa.

TAULUKKO 11 Osajulkaisujen ydinsisältö terveyden edistämisen oppimisesta ammattikorkeakoulussa ja näkemys terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisestä hoitotyön harjoittelussa

Osajulkaisut	Terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisen hoitotyön harjoittelussa
<p>I osajulkaisu Teoreettinen kuvaus terveyden oppimista ohjaavista lähestymistavoista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiantuntijakeskeinen lähestymistapa → • Voimavarakeskeinen lähestymistapa 	<p>Terveyden edistämisen asiantuntijuuden vertikaalinen ja horisontaalinen rakenne</p>
<p>II osajulkaisu Ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmalliset ratkaisut terveyden edistämisen oppimisessa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveyden edistämisen laajat periaatteet ja tavoitteet löytyivät kirjoitetuista opetussuunnitelmista, niitä oli harvoin konkretisoitu opintojaksoissa opetettavina sisältöinä ja taitoina → • Opiskelijoilla ja opettajilla oli erilaiset käsitykset siitä, missä opintojaksoissa oli opetettu terveyden edistämistä • Opiskelijoiden oppimista tukivat erilliset terveyden edistämisen kurssit, minkä lisäksi terveyden edistämisen tulisi integroida myös muuhun opetukseen, erityisesti hoitotyön harjoitteluun koko koulutuksen ajalle • Terveyden edistämisen käsitteen oppimisessa tarvitaan reflektiivisiä ja aktiivista oppimista tukevia menetelmiä 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Konstruktivistinen oppimiskäsitys terveyden edistämisen oppimisenäkömyksenä</p> <p style="text-align: center;">↓</p>
<p>III osajulkaisu Opiskelijoiden terveyden edistämisen käsitysten muutokset ensimmäisen opiskeluvuoden aikana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fyysisestä kohti moniulotteisen terveyden edistämistä • Abstrakti käsitys terveyden edistämisestä konkretisoitui harjoittelussa • Käsitys täydellisestä ja absoluuttisesta terveydestä muuttui sallivammaksi ja suhteellisemmaksi → • Käsitys terveyden edistämisestä tekemisenä muuttui myös läsnäoloksi asiakkaan kanssa • Oppimisen kontekstuaalisuus korostui 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terveyden edistämisen asiantuntijuuden tietoperusta: teoreettinen ja käytännöllinen tieto</p>
<p>IV osajulkaisu Opiskelijoiden reflektion kehittyminen koulutuksen aikana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puolet opiskelijoista saavutti reflektiossaan kriittisen tietoisuuden tason ja puolet tietoisuuden tason → • Voimavarakeskeisen terveyden edistämisen piirteitä ilmenei kriittisen tietoisuuden tason saavuttaneiden opiskelijoiden itsearvioinneissa 	<p>itsesätelytieto</p> <p style="text-align: center;">↓</p>
<p>V osajulkaisu Jaetun asiantuntijuuden ja terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittyminen terveysneuvonnan kokemuksellisessa oppimisessa →</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jaetun asiantuntijuuden kehittämisessä on oleellista kokemuksellisen oppimisen kaikkien vaiheiden toteuttaminen terveysneuvonnassa • Terveyden edistämisen asiantuntijuus kehittyy reflektion yhdistäessä teorian tiedon omakohtaisen kokemuksen kautta kontekstuaaliseen toimintaan 	<p>Kokemuksellinen oppiminen Jaettu asiantuntijuus</p>

7 POHDINTA JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

7.1 Terveyden edistämisen tietoperustan ja asiantuntijuuden kehittyminen ammattikorkeakoulussa

Tutkimus tuo ajankohtaista ja tarpeellista tietoa sekä herättää uusia kysymyksiä siitä, miten terveyden edistämisen oppimista ja asiantuntijuuden kehittymistä voitaisiin tehokkaasti tukea hoitotyön koulutuksessa. Terveyden edistämisen oppimisesta ja asiantuntijuuden kehittymisestä hoitotyön ammatillisessa peruskoulutuksessa Suomessa ei juurikaan ole aikaisempaa tutkimusta. Tutkimustietoa alueelta tarvitaan, sillä terveyden edistämisen osaamista ja asiantuntijuutta tarvitaan lisääntyvästi tulevaisuudessa (Pelttari 1997; Leskinen ym. 2002; STM 2001). Esimerkiksi ammattikorkeakouluissa suunnitellaan ja toteutetaan parhaillaan terveyden edistämisen jatkotutkintoja, joiden tarkoituksena on ammattikorkeakoulututkinnon ja työelämän kehittämisen asettamien vaatimusten pohjalta antaa riittävä tieto- ja taitoperusta sekä valmiudet erityistä asiantuntemusta vaativiin työelämän kehittämis- ja muihin tehtäviin (L 645/2001).

Teoreettinen tieto

Teoreettisen tietoperustan osalta tutkittujen ammattikorkeakoulujen kirjoitettuja opetussuunnitelmia ohjasivat kansallisten terveystieteiden ohjelmien sisällöt ja tavoitteet (STM 1986; STM 1993). Opetussuunnitelmat sisälsivät kohtuullisesti terveyden edistämisen tietoperustan sisältöjä ja tavoitteita, vaikka niitä ei oltu määritelty kuin muutamissa opintojaksoissa. Kuitenkin opiskelijoiden ja opettajien käsitykset terveyden edistämisestä koetun ja toteutuneen opetussuunnitelman alueilla erosivat. Opiskelijoiden mukaan terveyden edistämistä oli opetettu huomattavasti useammilla opintojaksoilla kuin opettajat kertoivat sitä opettaneensa. Perinteisesti terveyden edistäminen onkin liitetty lähinnä terveydenhoitajien koulutukseen ja ennaltaehkäisevään työhön. Englantilaisen tutkimusten mukaan terveyden edistäminen näyttäytyy sairaanhoitajan työssä usein erillisenä lisänä, jota toteutetaan mikäli siihen jää ylimääräistä aikaa tai kiinnostusta (vrt. Macleod Clark 1993, Benson & Latter 1998). Terveyden edis-

tämiseen liittyviä tavoitteita tai osaamista ei tunnustettu myöskään suomalaisten ammattikorkeakoulujen sairaanhoitajan vaihtoehtoisten ammattiopintojen kuvauksista (Sjögren ym. 2000). Terveyden edistämisen oppimisen perusedellytys on, että opiskelijat tiedostavat oman terveyden edistämisen tieto- ja taitoperustansa. Tukeakseen opiskelijoiden oppimisprosessia myös opettajien olisi tunnettava sekä oma, opetussuunnitelman että opiskelijoidensa tietoperusta, mikä muodostaa pohjan terveyden edistämisen opetukselle ja oppimiselle. (vrt. Leino-Kilpi 1991).

Toisaalta tutkimustulos voi vahvistaa myös käsitystä terveyden edistämisen konstruktivistisesta tiedonmuodostuksesta ja oppimisesta, missä opiskelijat rakensivat valikoiden omaa, henkilökohtaista käsitystään terveyden edistämisestä opetussuunnitelman ja opetuksen toimiessa yleisenä oppimisen mahdollistajana (vrt. Steffe & Gale 1995; Rauste von Wright & von Wright 1996; Tynjälä 2000). Edellistä tukee myös opiskelijoiden terveyden edistämiskäsitysten rikastuminen, uudelleen muokkautuminen ja konkretisoituminen ensimmäisen opiskeluvuoden aikana (vrt. Vosniadou 1994; Tynjälä 1999). Harjoittelussa opiskelijoiden terveyden edistämisen käsitys konkretisoitui suhteessa toimintaympäristöön ja siellä syntyneisiin omakohtaisiin kokemuksiin. Muutos näkyi muun muassa siten, että opiskelijat kuvasivat harjoittelussa terveyden edistämistä aikaisempaa tarkempien käsitteiden avulla, esimerkiksi osallistuminen, neuvottelu, kannustaminen, riippumattomuuden ja itsenäisyyden tukeminen.

Konstruktivistisen oppimisenäkemyksen mukaan erilliset terveyden edistämisen kurssit eivät välttämättä takaa parasta oppimistulosta ja siirtovaikutusta käytännön työhön, joten ihanteellista olisikin yhdistää terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön koulutuksen sisälle (vrt. Rauste von Wright & von Wright 1996). Toisaalta ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu hoitotyön opiskelijoilla olleen vaikeuksia terveyden edistämisen käsitteen ymmärtämisessä, jolloin erillinen kurssi voisi tehostaa käsitteiden oppimista (vrt. Smith ym. 1995; Latter 1998a; Macleod Clark & Maben 1998). Tässä tutkimuksessa opiskelijoiden käsitykset tukevat Wassin ja Backhousen (1996) näkemystä myös erillisten terveyden edistämisen opintojaksojen tarpeellisuudesta käsitteellisen ymmärryksen saavuttamiseksi. Silti tässä tutkimuksessa erityisen merkityksellisenä opiskelijoiden käsitysten muutosten kannalta näyttäytyi hoitotyön harjoittelu. Terveyden edistämisen oppimisen näkökulmasta hoitotyön harjoittelua ei ole aikaisemmin juurikaan tutkittu eikä sen merkitystä opiskelijoiden terveyden edistämisen oppimisessa tuotu riittävästi esille. Terveyden edistämisen tehokas oppiminen harjoittelussa vaatiikin tietoisempaa harjoittelun suunnittelua, uusia reflektiivisyyttä tukevia oppimismenetelmiä sekä ohjaajien ja harjoittelupaikkojen terveyden edistämisen tietoperustan ja lähestymistapojen tiedostamista ja tarvittaessa lisäkoulutusta.

Aikaisempien ulkomaisten tutkimusten mukaan terveystieteiden koulutus uusia kapea-alaista näkemystä terveyden edistämisestä (Rush 1997; Macleod Clark & Maben 1998). Kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten mukaan opiskelijoilla oli jo koulutuksen alkaessa laaja näkemys terveydestä sisältäen myös yhteiskunnallisen ja ekologisen terveyden ulottuvuuksia (vrt. Greenberg 1992; Hancock 1993). Vaikka 12 opiskelijalla oli aikaisempi toisen asteen ammatillinen tutkinto, ei heidän käsityksensä terveydestä tai terveyden edistämisestä ol-

leet koulutuksen alussa säännönmukaisesti laajempia kuin ylioppilaspohjaisten opiskelijoiden. Joissakin tapauksissa ylioppilaiden käsitykset terveyden edistämisestä sisälsivät jopa laajemman ekologisen ja yhteiskunnallisen näkemyksen kuin aikaisemman ammatillisen koulutuksen omaavat opiskelijat. Tämä viittaa kehittämistarpeisiin myös lähihoitajakoulutuksen terveyden edistämisen opetuksessa. Koulutuksen alkuvaiheessa suurin osa opiskelijoista rakensi käsitystään terveyden edistämisestä voimavarakeskeisen lähestymistavan suuntaisesti. Kuitenkin koulutuksen lopussa vain puolet tutkimusryhmän opiskelijoista ilmaisi käsityksen voimavarakeskeiseen terveyden edistämisen lähestymistapaan sitoutumisesta. Näyttääkin siltä, että osalla opiskelijoista käsitys terveyden edistämisestä kaventui hoitotyön koulutuksen aikana. Tämä tukee ulkomaisten tutkimusten näkemystä siitä, että terveystieteen koulutus voi myös uusintaa ja keskittyä tuottamaan asiantuntijakeskeisen terveyden edistämisen lähestymistavan mukaista toimintaa hoitotyöhön (Rush 1997; Macleod Clark & Maben 1998). Toisaalta tämän tutkimuksen tulosten perusteella merkittäviä opiskelijoiden terveyden edistämisen käsitysten muovaajia olivat hoitotyön harjoitteluympäristöt. Terveyden edistämisen voimavarakeskeisen lähestymistavan periaatteiden tulisikin kuulua myös jo ammatissa toimivien terveystieteen ammattilaisten täydennyskoulutukseen, jotta terveyden edistämisen laaja-alaisen tietoperustan oppiminen toteutuisi myös hoitotyön harjoittelussa. Viidennen osatutkimuksen tulokset tukevat myös käsitystä, että joillakin opiskelijoilla on jo koulutuksen loppuvaiheessa kyky toteuttaa jaettuun asiantuntijuuteen pohjautuvaa neuvontaa. Tähän liittyy opiskelijan oma motivaatio ja sitoutuminen terveyden edistämiseen sekä oman asiantuntijuutensa kehittämiseen. Lisäksi tarvitaan terveyden edistämisen voimavarakeskeisen lähestymistavan sisäistämistä ja kykyä kriittiseen reflektioon sekä aktiivinen, oman terveystietensä edistämisestä kiinnostunut potilas ja terveyden edistämistä arvostava oppimisympäristö.

Käytännöllinen tieto ja kokemuksellinen oppiminen

Terveyden edistämisen oppimista on aikaisemmissa tutkimuksissa tarkasteltu lähinnä käsitteen omaksumisena, harvemmin käytännön toiminnan näkökulmasta (Smith ym. 1995; Latter 1998a; Macleod Clark & Maben 1998). Silti suuri osa hoitotyön opiskelijan terveyden edistämisen tietoperustasta muodostuu käytännön kautta ammatin harjoittamisen tilanteissa. Opiskelijan integroidessa teoriaa ja käytäntöä omassa toiminnassaan reflektion avulla, tuloksena syntyy pysyvää kokemustietoa (vrt. Järvinen ym. 2001). Tässä tutkimuksessa opiskelijan taito reflektoida ja yhdistää teoreettisen opetussuunnitelman aines hoitotyön harjoittelun kliniseen opetussuunnitelmaan toimi asiantuntijuuden kehittymisen välineenä. Myös lääketieteen alueella on korostettu klinisiin tapauskertomuksiin sisältyvän kontekstuaalisen tiedon merkitystä asiantuntijuuden kehittymisessä (Labonte ym. 1999; Cox 2001). Coxin (2001) mukaan harjoittelussa omakohtaisesti koetuista tapauksista voi muodostua opiskelijalle elävän elämän kokemuksellinen opetussuunnitelma. Asiakastapaus voi tarjota viitekehysten opiskelijan skeemalle, joka yhdistää objektiivisen ja subjektiivisen tiedon sekä yksityiskohdat, jotka liittyvät omakohtaiseen kokemukseen monimut-

kaisen terveyden edistämistilanteen hallinnasta. Harjoittelussa tapahtuva terveyden edistämisen mallintaminen, jäsentäminen ja käsitteellistäminen antaa mahdollisuuden siirtyä terveyden edistämisen valmiiden määritelmien opettelimesta käsitteiden aktiiviseen rakentamiseen niiden tietoperustan etsimisen kautta. Hoito- ja kasvatustieteessä onkin keskusteltu paljon, millä menetelmillä reflektiota voitaisiin parhaiten tukea opiskelun aikana (esim. Atkins & Murphy 1993; Plazer ym. 1997; Eteläpelto & Tourunen 1999; Tynjälä & Collin 2000; Yost 2000). Kriittisen reflektion edistämiseksi on ehdotettu esimerkiksi konstruktivistien ja yhteistoiminnallisten oppimismenetelmien käyttöä (Tynjälä 1999), dialogioppimista, tutkivaa oppimista, ongelmalähtöistä oppimista, toimintatutkimuksellista lähestymistapaa oppimiseen ja kirjoittamalla oppimista (Hakkarainen ym. 1999; Yost ym. 2000). Reflektiota tukevilla oppimismenetelmillä on pyritty myös yhdistämään koulutuksen ja käytännön väliin jäävää kuilua (Leino-Kilpi 1991; Robinson & Hill 1995; Wong ym. 1995; Rush 1997). Ammattikorkeakoulupedagogiikassa edellä mainitut menetelmät ovat tuttuja. Ongelmana voi olla harjoittelun ohjaajien pedagogisen osaamisen puute. Ratkaisuna voisi olla harjoittelun ohjaajien pedagoginen täydennyskoulutus, empiirisen ja vertailevan tutkimuksen lisääminen reflektiota edistävien menetelmien tehokkuudesta ja opiskelijoiden ottaminen mukaan reflektiivisen oppimisprosessin ja terveyden edistämisen pohtimiseen opintojen alusta asti. Kehittämistä ja uusia pedagogisia innovaatioita edellyttää myös voimavarakeskeisen terveyden edistämisen oppimiseen tähtäävä pedagogiikka.

Suomalaisten tutkimusten mukaan terveydenhuollon työelämässä vallitsee kapea-alainen käsitys terveyden edistämisestä (Poskiparta 1997; Sihto 1997). Tässä tutkimuksessa harjoittelupaikat etenkin koulutuksen alkuvaiheessa muovasivat opiskelijoiden käsityksiä siitä, millaista toimintaa terveyden edistäminen on hoitotyössä. Ammattikorkeakoulussa tapahtuvan asiantuntijakoulutuksen tulisi auttaa opiskelijaa irrottautumaan totunnaisuuksista, rohkais- ta kyseenalaistamaan vanhat mallit ja antaa valmiuksia ammatillisesti laaja- alaiseen, vastuulliseen, itsenäiseen ja persoonalliseen terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen opetuksen painopisteet muuttuvat yhteiskunnallisten tarpeiden mukaisesti. Tällä hetkellä opetuksen painopistealueita suuntaavat Terveys 2015- kansanterveysohjelman tavoitteet ja suositukset (STM 2001). Koska terveyden edistäminen on dynaaminen ja muuntuva prosessi ja sen työ- menetelmät kehittyvät jatkuvasti (esim. Kettunen 2001; Poskiparta ym. 2001b; Pietilä ym. 2002) myöskään sen opetukseen ei ole olemassa yhtä valmista mal- lia. Tämä edellyttää opiskelijoiden mutta myös opettajien ja työelämän asian- tuntijoiden yhteistä terveyden edistämisen menetelmien kehittämistä. Opiskeli- jan kriittisen reflektion taito mahdollistaa rutiinien kyseenalaistamisen, oma- kohtaisen ja dynaamisen terveyden edistämiskäsityksen ja uusien toimintamal- lien kehittymisen (vrt. Eteläpelto 1992, 1993; Johns 1995; Naidoo & Wills 1998; Tossavainen 1998).

Tässä tutkimuksessa opiskelija, joka pystyi toteuttamaan voimavarakes- keistä ja jaettuun asiantuntijuuteen viittaavaa terveyden edistämistä harjoitte- lussa, ei kuitenkaan onnistunut kokemustaan stimuloitua haastattelussa kä- sitteellistämään (osatutkimus V). Kokemuksellisessa oppimisessa tapahtuva kä- sitteellistäminen jäi liian pinnalliseksi, jotta opiskelijalle olisi muodostunut

omakohtainen ymmärrys siitä, mitkä asiat neuvontatilanteessa saivat aikaan asiakkaan oppimista, vastavuoroisuutta ja voimavarakeskeisyyttä ja miksi asiakkaan oppiminen onnistui. Opiskelija pystyi käyttöteoriaansa mukaiseen toimintaan tietyssä suotuisassa tilanteessa, mutta siirtovaikutus toisiin tilanteisiin ilman toimintaa ohjaavan tietoperustan ymmärtämistä ja käsitteellistämistä oli kyseenalaista. Toisaalta käsitteellistämisen epäonnistuminen voi johtua myös opiskelijan teoreettisen tietoperustan hataruudesta. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat Burnardin (1995) ja Munnukan (1997) havaintoja siitä, että vaikka kokemuksellisen oppimisen malli on paljon käytetty oppimismenetelmä hoitotyön harjoittelussa, kokemusten pohtiminen ei ole aina oppimisen kannalta riittävää (myös Eteläpelto 1992). Tulokset tukevat myös Eteläpellon (1992) käsitystä siitä, että erityisesti siirtyminen oman kokemuksen reflektiosta ilmiön abstraktiin käsitteellistämiseen on kokemuksellisen oppimisen heikoin lenkki ja vaikein vaihe. Tähän tarvitaan tehokkaita pedagogisia menetelmiä erityisesti harjoittelussa sovellettaviksi. Tutkimuksessa käytetty stimuloitu haastattelu Johnsin (1994) strukturoidun reflektion mallin pohjalta tarjoaa yhden pedagogisen menetelmän esimerkiksi opiskelijan terveyden edistämisen itsearviointiin tai harjoittelun ohjaajan arvioinnin tueksi. Myös opiskelijoiden reflektion tason analyysissä käytettyä luokittelurunkoa voidaan soveltaa harjoittelujen itsearvioinnin tai vertaisarvioinnin apuvälineenä.

Itsesäätelytieto

Terveyden edistämisen asiantuntijan tietoperustan osa-alueista hoitotyön ammattikorkeakoulutuksen aikana kehittyi erityisesti itsesäätelytieto, jota tässä tutkimuksessa arvioitiin opiskelijoiden reflektiotaidon kehittymisenä. Reflektiotaitoa tarvitaan terveyden edistämisen kokemuksellisessa oppimisessa (vrt. Kolb 1984; Poskiparta 1997; Naidoo & Wills 1998; Järvinen ym. 2000), käsitteiden sisäistämisessä (Strike & Posner; Tynjälä 1999a), näyttöön perustuvassa toiminnassa (Perkins ym. 1999), uudistavassa oppimisessä (Mezirow 1981, 1991) ja terveyden edistämisen voimavarakeskeisen lähestymistavan toteutuksessa (Williams 1995; Wallerstein & Bernstein 1998; Mc William ym. 1997, 2000). Reflektiotaito on myös olennainen terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisessä. Koulutuksen lopussa puolet opiskelijoista saavutti kriittisen tietoisuuden tason toteuttamansa terveyden edistämisen itsearvioinneissa toisen puolen pysyessä tietoisuuden tasolla. Reflektiotaidon kehittymiseen on positiivisesti voinut vaikuttaa tutkimusmenetelmänä käytetty stimuloitu haastattelu, joka tosin toteutui vain kerran vuodessa tutkimusprojektin aikana. Toisaalta ammattikorkeakoulujen voimakas pedagoginen kehitystyö 1990-luvulla voi heijastua aikaisempaa reflektiivisempinä opiskelijoina (vrt. Leino- Kilpi 1991, 1993; Richardson & Maltby 1995) erityisesti terveystalalla, jossa harjoittelulla ja sen kehittämisellä on vahvat perinteet (esim. Leino-Kilpi ym. 1995; Munnukka 1997; Karttunen 1999). Mitä syvällisemmin opiskelijat kykenivät omaa terveystuontaan refleктоimaan, sitä monipuolisemmin terveyden edistämistä ohjaavat skeemat rikastuivat ja täydentyivät koulutuksen edetessä ja niissä tunnistettiin myös voimavarakeskeisen terveyden edistämisen lähestymistavan piirteitä (Tones ym. 1990; Tones & Tillford 2001). Reflektion syventyessä opiskelijat siir-

tyivät terveyden edistämisen menetelmiin ja sisältöön suuntautuneesta instrumentaaliseen oppimisesta kohti vuorovaikutuksessa tuotettujen yhteisten merkitysten kommunikatiivista oppimista (vrt. Mezirow 1981, 1991, 1998; Nutbeam 2000). Reflektion tason syventyessä opiskelijoiden oppimaan oppimiseen liittyvät metakognitiiviset taidot kehittyivät. Toisaalta voidaan pohtia, voiko yhdellä alueella, esimerkiksi terveysneuvonnan itsearviointissa syntynyt reflektiotaito transferoitua muulle terveyden edistämisen alueelle (vrt. Leinhardt ym. 1995). Tämä on mahdollista, jos koulutuksessa ja erityisesti harjoittelussa tuetaan reflektiivisten taitojen kehittymistä koko opiskelun ajan.

Terveyden edistämisen ammatillisilta asiantuntijoilta odotetaan kykyä oman ammattialansa kehittämiseen tieteelliseen perusteltuuteen nojautuen. Terveyden edistämisen ammatillisen asiantuntijan tulisi osata arvioida ja analysoida terveyden edistämisen monitasoisia ja kompleksisia ongelmia, suunnitella toimiva ratkaisu ja olla myös toteutuksen ammattilainen. (vrt. Eteläpelto 1992) Tähän tarvitaan ensisijaisesti omaan substanssiosaamiseen ja terveyden edistämisen teoriaan ja käytäntöön liittyvää vertikaalista tietoperustaa. Toiseksi terveyden edistämisen horisontaalinen tietoperusta mahdollistaa voimavarakeskeisen lähestymistavan periaatteiden mukaisen toiminnan ja jaetun asiantuntijuuden toteutumisen monialaisessa ja asiakaslähtöisessä terveyden edistämisessä. Terveyden edistämisen tietoperustan osa-alueiden yhdistäjänä toimii reflektio. Asiantuntijuuden kehittäminen on aloitettava konkreettisten sisältöalueiden ja laadullisten ulottuvuuksien tunnistamisesta (Eteläpelto 1992). Toteutuakseen voimavarakeskeisen terveyden edistämisen on todettu tarvitsevan muutosta myös toimintaa ohjaavalla filosofisella tasolla (Gibson 1991; Macleod Clark 1993; Lindsey & Hartrick 1996; Benson & Latter 1998), tavassa ymmärtää terveyden edistämiseen liittyvät keskeiset käsitteet (Latter 1998a; Macleod Clark & Maben 1998; Rivers ym. 1998) sekä uusia terveyden edistämisen menetelmiä ja taitoja (Mackintosh 1996; Mac William ym. 1997; Naidoo & Wills 1998; Kettunen 2001; Poskiparta ym. 2001a; Pietilä ym. 2002). Nämä kehittämishaasteet edellyttävät ammatillisilta kykyä reflektoida kriittisesti työ- ja toimintakäytäntöjä, teorian ja käytännön entistä tiiviimpää integrointia käyttäen koulutuksessa ja ammatillisessa kehittämisessä työelämälähtöisiä oppimismenetelmiä. Tämän tutkimuksen tuloksena esitetty ehdotus terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittämisestä ammattikorkeakoulun hoitotyön harjoittelussa on osaltaan käynnistämässä terveyden edistämisen asiantuntijuuden ominaispiirteiden tarkempaa määrittelyä ammatillisten oppimisprosessien arvioinnin kautta.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulisi pohtia tutkimuksen uskottavuutta, tulosten siirrettävyyttä ja vahvistettavuutta (Aaltonen 1989; Patton 1990; Tynjälä 1991; Cuba & Lincoln 1994).

1. Miten voidaan varmistua yksittäisen, tietyissä olosuhteissa tehdyn tutkimuksen tulosten uskottavuudesta?

Tämän tutkimuksen uskottavuutta ja tutkittavan ilmiön ymmärtämistä lisää pitkä seurantatutkimusprosessi. Tutkimus kenttävaiheineen kesti yli kolme vuotta, mikä mahdollisti luottamuksen rakentamisen opiskelijoiden, opettajien ja harjoittelupaikkojen ihmisten välille. Videoaineiston keruumatkat antoivat konkreettisen käsityksen opiskelijoiden terveyden edistämisen harjoittelupaikoista. Tutkimuksen uskottavuutta on varmistettu käyttämällä aineisto- ja tutkija triangulaatiota (Patton 1990; Eskola & Suoranta 1998). Aineistotriangulaatiolla tutkimuksen luotettavuutta on vahvistettu keräämällä tutkimusilmiötä kuvaavaa aineistoa eri menetelmin ja eri näkökulmista: videoimalla, haastatteleamalla ja kirjallisten dokumenttien avulla. Aineistoja on myös kerätty sekä opiskelijoilta että opettajilta. Esimerkiksi terveyden edistämisen ilmenemistä opetussuunnitelmissa tutkittiin kirjallisista dokumenteista, opiskelijoiden ja opettajien haastatteluista. Tutkijatriangulaatio toteutui siten, että seurantatutkimusprojektissa on ollut mukana tiivis tutkijaryhmä, jonka kanssa tulkinnoista on ollut prosessin kuluessa mahdollista keskustella. Tutkijatriangulaatiossa on aineistojen luokittelussa ja analyysien tulkinnessa käytetty useampaa tutkijaa terveyden edistämistä koskevien käsitysten ja tulkintojen tarkistamiseksi, jolloin tulkintojen yksimielisyyttä on voitu arvioida.

Ennen varsinaisen aineiston keräämistä tehtiin kaksi pilottitutkimusta, joilla haluttiin varmistaa ja testata stimuloitujen haastattelujen sopivuus aineistonkeruumenetelmänä. Lisäksi tutkija keräsi itse kolmen vuoden ajan stimuloitujen haastatteluaineiston, mikä toi kokonaisvaltaista näkemystä aineiston analyysiin. Onnistuneella, luottamuksellisella ja myötäelävällä vuorovaikutuksella on myös todettu olevan positiivinen merkitys tutkimusaineiston laatuun (vrt. Raunio 1999, 313). Tutkimusaineiston keruuaikana tutkija työskenteli yliopistossa, eräänlaisena puolueettomana asiantuntijana. Tutkijalla on myös omakohtainen kokemus hoitotyön opiskelijana, sairaanhoitajana ja hoitotyön opettajana olemisesta. Tutkimusaineisto on tuotettu pääasiassa tutkijan ja tutkittavien välisessä vuoropuhelussa ja vuorovaikutuksessa. Kolmen vuoden aikana kerättyä aineistoa on runsaasti ja aineiston rikkaus on opiskelijoiden yksilöllisten terveyden edistämisen oppimisprosessien ajallisessa kuvaamisessa ja videolle pysäytetyissä terveyden edistämisen oppimistilanteissa. (vrt. Syrjälä ym. 1995).

Uskottavuuden lisäämiseksi kaikki tutkimusaineistot on arkistoitu sähköiseen muotoon mahdollisimman pian keruun jälkeen. Tallennettujen tiedostojen pohjalta on ollut mahdollista tarvittaessa tarkistaa havaintojen ja tulkintojen kelpoisuutta. Tutkimukseen osallistuvien ammattikorkeakoulujen opettajat arvioivat kirjallisten opetussuunnitelmien analyysien tulkinnot. Lisäksi tutkimusprosessin aikana kouluissa järjestetyissä tiedotustilanteissa on opettajien ja opiskelijoiden kanssa varmistettu tutkimustulosten tulkintoja.

2. Miten voidaan varmistua laadullisen tutkimuksen tulosten siirrettävyydestä?

Osatutkimuksissa on kuvattu tutkimuskohdetta niin seikkaperäisesti kuin se kunkin tieteellisen julkaisun puitteissa on ollut mahdollista. Lisäksi yhteenvedoissa on täydennetty tutkimuksen kontekstuaalista tietoa, esimerkiksi ammattikorkeakoulua oppimisympäristönä ja tutkimukseen osallistuvien opiskelijoiden taustatietoja. Terveiden edistämisen oppimisen arvioinnissa otettiin huomioon ammattikorkeakoulujen terveyden edistämisen opetuksen erilaiset opetussuunnitelmalliset ratkaisut ja opetussuunnitelmien jatkuva kehittäminen, minkä vuoksi oppimista arvioitiin hoitotyön harjoittelun terveyden edistämislanteissa. Kuitenkin tutkimuksen kohteena oleva todellisuus muuttuu jatkuvasti. Myös tutkimustulokset ovat sidottuja tiettyyn aikaan ja paikkaan. Tutkimusprojektin aikana terveyden edistämisen opetusta uudistettiin vuosittain opetussuunnitelmien uudistusten yhteydessä tutkimustuloksia hyödyntäen; myös tutkimukseen osallistuneet kehittyivät koko ajan. Toisessa ammattikorkeakoulussa koko opetus ja opetussuunnitelma muuttui ongelmakeskeiseksi tutkimuksen aikana. Laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää suoraan aineiston pohjalta muihin kouluihin. Tutkimustulosten teoreettinen siirrettävyys on mahdollista. Esimerkiksi ehdotus terveyden edistämisen asiantuntijuuden rakentumisesta aineistosta tehtyjen tulkintojen pohjalta on mahdollista hyödyntää myös muissa ammattikorkeakouluissa. (vrt. Yin 1994, Eskola & Suoranta 1998, 67-68)

3. Miten voidaan varmistua tutkimuksen vahvistettavuudesta ja siitä, että tutkimustulokset ovat tutkimuskohteen mukaisia?

Laadullisessa arvioinnissa tutkimuksen vahvistettavuus tarkoittaa arviointitiedon esittämistä siten, että sen todenperäisyys voidaan ainakin periaatteessa tarkistaa (Åhlberg 1992, 36). Tässä tutkimuksessa triangulaation periaatteet ja edellisissä kohdissa esitetyt tutkimuksen uskottavuuteen liittyvät näkökohdat lisäävät myös tutkimuksen vahvistettavuutta. (Cuba & Lincoln 1994; Tynjälä 1991) Laadullisen tutkimuksen merkittävin luotettavuustekijä on tutkimusprosessin julkisuus (Patton 1990; Tynjälä 1991, 395; Kvale 1995; Eskola & Suoranta 1998). Luvussa viisi on kuvattu mahdollisimman seikkaperäisesti tutkimusprosessin eteneminen, aineiston keruu, käsittely ja analyysi sekä luvussa kuusi niiden pohjalta syntyneet keskeisimmät tulokset ja luvussa seitsemän tulosten pohdinta. Erillisissä osatutkimuksissa on edellä mainitut asiat on kuvattu vielä yksityiskohtaisemmin kuin yhteenvedossa. Toisaalta tutkimuksen tekeminen on myös kirjallinen ja tutkijan tulkintojen pohjalta muodostunut tuotos. Aineiston analyysiä, tulkintaa ja tutkimusraporttia voidaan myös tässä mielessä tarkastella tutkijan henkilökohtaisena konstruktiona tutkittavana olleesta ilmiöstä. (vrt. Eskola & Suoranta 1998)

Tarkastelen vielä konstruktivistisen tiedonkäsityksen seurauksia tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa opiskelijoiden reflektiota tutkittiin ja stimuloitiin videon ja reflektiivisten haastattelukysymysten avulla. Tutkimusmenetelmänä stimuloitu haastattelu mahdollisti opiskelijalle

palaamisen kokemaansa tilanteeseen, jolloin tutkija pääsi osalliseksi opiskelijan käsityksistä ja tulkinnoista. Menetelmän avulla päästiin lähemmäksi konstruktivistisen tutkimuksen ihanteena olevaa luonnollista aineistoa (vrt. Raunio 1999, 287-288). Videotallenteen käyttäminen haastattelun lähtökohtana varmisti myös sen, että tutkija ja tutkittava ymmärsivät haastattelun kohteena olevan todellisuuden jokseenkin samalla tavalla. Haastattelussa voitiin häiritsemättä tarkastella analysoitavaa tilannetta, sanallista ja sanatonta viestintää, kuuntelemista ja toimintamalleja. Menetelmän joustavuus antoi mahdollisuuden opiskelijan itsearviointiin ja spontaaneihin ilmaisiin. Menetelmä oli myös paljastava, koska toiminta oli nähtävissä antaen hyvän pohjan reflektiiviseen arviointiin, kokemukselliseen oppimiseen ja niiden tutkimiseen. (vrt. Eskelinen 1992; Jokinen & Pelkonen 1999)

Tutkimusmenetelmänä käytetty stimuloitu haastattelu mahdollisti terveyden edistämisen oppimisen arvioinnin konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaisesti tiedon rakentamisprosessina. Opiskelijoiden aikaisempaa koulutusta ei tutkimuksessa erityisemmin otettu huomioon, sillä tutkimuksessa seurattiin opiskelijoiden yksilöllistä terveyden edistämisen oppimista. Stimuloitujen haastattelujen toteuttaminen seurantatutkimuksessa antoi välineen terveyden edistämisen kehittyvän tietoperustan tutkimiseen erityisesti itsesäätelytiedon ja reflektiotaitojen osalta. Menetelmä tuki myös opiskelijan metakognitiivisten tietojen ja taitojen kehittymistä. Menetelmä oli työläs. Aineistonkeruun aikana tutustuin noin kolmeenkymmeneen erilaiseen terveyden edistämisen harjoittelupaikkaan. Koska videoinnit tapahtuivat aidoissa asiakastilanteissa ja stimuloitujen haastattelut heti videointien jälkeen harjoittelupaikoissa, tyypillistä aineistonkeruussa oli eri vaiheissa tapahtuva odottelu ja sopivien videointi ja haastattelupaikkojen etsiminen osastoilla ja neuvoloissa.

Pragmaattisen totuusteorian mukaisesti, terveyden edistämisen oppimista arvioitiin harjoittelun aidoissa terveyden edistämistilanteissa, sillä pragmaattisen näkökulman mukaan teot puhuvat voimakkaammin kuin sanat (Kvale 1996). Totta on se, mikä näkyy ja toimii käytännössä. Mezirowin ym. (1990) mukaan reflektiivisessä oppimisessä raja oppimisen, opettamisen ja tutkimisen välillä on hämärä. Reflektio voidaan nähdä myös tutkimusmenetelmänä, kun sen keskeisenä tehtävänä nähdään "validating what is known" (Mezirow ym. 1990, xix, 18).

Tutkijana saamani tieto terveyden edistämisen oppimisesta on ollut subjektiivista ja arvoihin sitoutunutta, oma persoonallisuuteni ja kokemukseni ovat myös suunnanneet tutkimuksen valintoja ja toteutusta. Seurantatutkimuksen toteuttaminen dynaamisissa koulu- ja hoitoyhteisöissä oli monimutkaista, työlästä ja ajoittain sekavaa, mutta erittäin mielenkiintoista. Uudistuksia, muutoksia ja henkilövaihdoksia tapahtui vuosittain ja tutkimussuunnitelmaa tuli sopeuttaa aina jollakin tavalla muutoksiin. Toisaalta muutoksessa eläminen on työelämän todellisuutta, johon niin tutkijan, opiskelijan, opettajan ja hoitotyöntekijän tulee sopeutua. Tutkimuksen eri vaiheissa koin usein riittämättömyyttä, kun ymmärsin oppimisen monimutkaisuuden, dynaamisuuden ja kokonaisvaltaisuuden, jota oli mahdotonta vangita mihinkään tutkimusasetelmaan. Tämäkin tutkimus on sijoitettava omaan aikaansa ja niihin reunaehtoihin, jotka tut-

kimusprojektia, ammattikorkeakouluja ja harjoittelupaikkoina toimineita terveydenhuollon työyhteisöjä vuosina 1997-2000 ohjasivat.

Olen myös tiedostanut oman roolini tutkimuksessa, aineiston kerääjänä, analysoijana ja aineiston tulkitsijana edellä kuvatuissa kompleksisissa prosesseissa (vrt. Cuba & Lincoln 1994), sillä kvalitatiivisessa ja konstruktivistisessa tutkimuksessa oletetaan, että totuus riippuu tarkastelijan perspektiivistä (Tynjälä 1991; Kvale 1996). Tämä mahdollisti tutkittavien käsitysten ymmärtämisen, mutta ohjasi myös omia tulkintojani näistä käsityksistä. (vrt. Eskola & Suoranta 1998). Kolmen vuoden tutkimusprosessin aikana olen opiskelijoiden kanssa yhdessä stimuloituissa haastatteluissa rakentanut terveyden edistämisen merkityksiä eri toimintaympäristöissä ollen prosessissa osallistujan ja fasilitoijan roolissa. Oma aikaisempi koulutukseni ja työkokemukseni terveydenhuollossa on lisännyt ymmärrystäni opiskelijoiden tulkintojen ja merkitysten etsimisessä, toisaalta tiedostan oman esiyymmärrykseni voineen myös rajoittaa uusien näkökulmien havaitsemista.

Tätä tutkimusprojektiä pyrittiin toteuttamaan terveyden edistämisen arvojen (WHO 1986; Raeburn & Rootman 1998) ohjaamana. Eettisiä kysymyksiä on pohdittu tutkimuksen alusta asti, sillä videoidut aineiston keruutilanteet olivat asiakkaiden hoitoon liittyviä tilanteita ja samalla myös opiskelijoiden terveyden edistämisen oppimistilanteita. Tutkimuksen eettiset kysymykset ovat liittyneet aineiston hankintaan, videoidun aineiston säilytykseen ja tutkimuksessa mukana olleiden yksityisyyden ja tunnistamattomuuden säilyttämiseen tutkimuksen raportoinnissa. Tämän vuoksi ammattikorkeakoulujen ja harjoittelupaikkojen nimet sekä puheessa esiintyvät paikkakuntien nimet on poistettu ja opiskelijoista käytetään numerokoodia. Kaikilta terveydenhuollon organisaatioilta, joissa aineistoa on kerätty on erikseen saatu kirjallinen tutkimuslupa. Olen myös tavannut henkilökohtaisesti kaikki tutkimukseen osallistuneet asiakkaat ja kertonut heille tutkimuksen peruspiirteet ja saanut heiltä kirjallisen luvan videoiden käyttämisestä tutkimustarkoitukseen. Myös opiskelijat ovat antaneet suostumuksensa video- ja haastatteluaineiston käyttämisestä tutkimustarkoitukseen.

Onko tutkimuksesta ollut haittaa osallistujille? Tutkimuksen toteuttaminen on vaatinut aikaa ja järjestelyjä sekä opiskelijoilta, opettajilta että muutenkin kuormitetuilta terveydenhuollon ammattilaisilta. Videointien ajankohdat sovittiin työyksiköiden, opiskelijoiden ja asiakkaiden kanssa ja pyrittiin valitsemaan työyksiköiden toiminnan kannalta hiljaisin aika, jolloin aineistonkeruu häiritsisi mahdollisimman vähän kaikkia osapuolia. Asiakkaat eivät tuoneet esille videoinnista aiheutuvia haittoja; se toi useille osallistujille ylimääräistä ohjelmaa tutuksi käyneeseen päivärutiiniin. Useimmille opiskelijoille oman toiminnan katsominen videolta oli jännittävää. Joidenkin opiskelijoiden kanssa jatkoin tilanteen purkamista ja keskustelua vielä varsinaisen haastattelun jälkeen. Varasin tähän tietoisesti aikaa, sillä Johnsin (1994) mukaan oman työskentelyn arviointi video- tai ääninauhalta voi olla musertavaa opiskelijan itsetunnonle aiheuttaen stressiä ja ahdistusta mutta oikein toteutettuna se myös vahvistaa itsetuntoa. (vrt. Åhlberg 1992)

Eettisiksi ongelmiksi voidaan ajatella myös tutkimuksen vastavuoroisuuden liittyvät asiat. Opiskelijat saivat tutkimusprojektiin osallistumisesta yhden opintoviikon suorituksen vapaavalintaisiin opintoihin. Ammattikorkeakoulut

ovat saaneet tutkimuksesta tietoa terveyden edistämisen opetuksensa kehittämiseen.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tulosten ja johtopäätösten pohjalta voidaan ehdottaa seuraavia jatkotutkimusalueita ja kehittämistoimenpiteitä.

Terveyden edistämisen opetus ja oppiminen

Kokemuksellisen oppimisen mallia tulisi esimerkiksi toimintatutkimuksen avulla soveltaa sekä terveyden edistämisen asiantuntijakoulutuksessa, koulutuksen ja työelämän yhteisissä terveyden edistämisen toimintamallien kehittämiprojekteissa että terveyden edistämisen asiakaskäytännöissä. Harjoittelussa tapahtuvassa kokemuksellisessa oppimisessa erityisesti käsitteellistämisen vaihe tarvitsee tuekseen uusia pedagogisia menetelmiä. Stimuloitua haastattelua esimerkiksi Johnsin (1994) ohjatun reflektion mallin avulla ja tässä tutkimuksessa laadittua reflektion eri tasoja erottelevaa koodausrunkoa on mahdollista hyödyntää erityisesti kehitettäessä terveyden edistämisen harjoittelua ammattikorkeakoulussa.

Ammattikorkeakoulujen opetuskäytäntöjen rakentaminen terveyttä edistäviksi edellyttää terveyden edistämisen opetuksen ja oppimisen laajempaa selvittämistä Suomessa. Tarvitaan analyysia, jolla selvitetään eri ammattikorkeakoulujen terveyden edistämisen opetuksen erilaiset opetussuunnitelmalliset ja menetelmälliset ratkaisut. Tähän sopisi esimerkiksi Benchmarking -tyyppinen tutkimus, jonka pohjalta olisi mahdollista tunnistaa ja vertailla terveyden edistämisen opetussuunnitelmien, opetusmenetelmien ja harjoittelun onnistuneita toteuttamistapoja eri ammattikorkeakouluissa. Tarvitaan myös tutkimusta selvittämään, miten terveyden edistämisen oppimista voidaan harjoittelussa tehokkaasti tukea ja arvioida.

Terveydenhuollon toimintaympäristöissä tapahtuvan hoitotyön harjoittelun osoittautuessa merkitykselliseksi opiskelijoiden terveyden edistämisen käsityksen rakentamisessa tarvitaan lisää tutkimusta, jonka pohjalta voidaan suunnitella ammattikorkeakoulujen ja harjoittelupaikkojen uusia yhteistoiminnallisia oppimisympäristöjä. Ammattikorkeakoulupedagogiikassa painotetaan opetuksen, tutkimuksen ja työelämän kehittämisen yhdistämistä (Ekola 1992; Helakorpi & Olkinuora 1997). Jatkossa tulisikin käynnistää koulutuksen ja työelämän yhteisiä kehittämiprojekteja, joissa terveyden edistämisen jaettuun asiantuntijuuteen perustuvat uudet toimintamallit otetaan yhteisen tutkimus- ja kehittämistyön kohteeksi. Opettajien, opiskelijoiden ja harjoittelun ohjaajien yhteiset, kokemukselliseen oppimiseen perustuvat terveyden edistämisen koulutukset tapausesimerkkien pohjalta kehittäisivät yhteistä näkemystä terveyden edistämisen koulutuksessa ja käytännössä.

Terveyden edistämisen tietoperusta

Terveyden edistämisen tietoperustaa tulisi vahvistaa jäsentämällä sekä teoreettisen että empiirisen tutkimuksen keinoin, mikä on terveyden edistämisen teoreettisen ja käytännöllisen tiedon ydinsisältö. Tutkimusta tarvitaan uusien voimavarakeskeisen terveyden edistämisen työmenetelmien kehittämiseksi asiakastyöhön. Itsesäätelytiedon osalta on tarpeen selvittää, mitkä muut osa-alueet reflektion lisäksi ovat merkityksellisiä terveyden edistämisen teoreettisen ja käytännöllisen tiedon yhdistymisessä. Tietoperustaa tulisi jäsentää sekä monialaista - ja moniammatillista terveyden edistämistyötä että erikseen eri ammattiryhmiä koskevaksi. Yhteisen tietoperustan omaksumisen ja jaetun asiantuntijuuden toteutumiseksi tulisi toteuttaa moniammatillista terveyden edistämisen koulutusta esimerkiksi ammattikorkeakoulujen – ja yliopistojen täydennyskoulutuksena.

Terveyden edistämisen asiantuntijuus

Terveyden edistämisen asiantuntijuus ja ammatillinen asiantuntijuus hoitotyön alueella edellyttävät lisää monitieteistä teoreettista ja empiiristä tutkimusta. Mielenkiintoista olisi jatkaa terveyden edistämisen ammatillisen asiantuntijuuden kehittymisen seuraamista tässä tutkimuksessa mukana olleiden opiskelijoiden kanssa heidän toimiessaan työelämässä. Opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittämisprosessin seuranta työyhteisössä tarjoaisi mahdollisuuden seurata esimerkiksi jaetun asiantuntijuuden kehittymistä myös laajemmin työyhteisössä ja monialaisessa terveyden edistämistyössä Terveys 2015-kansanterveysohjelman tavoitteiden pohjalta.

Yhdistettäessä terveyden edistämistyön voimavaroja olisi jatkossa tarpeen määritellä selkeämmin eri ammattiryhmien keskeisin rooli ja ydintehtävät terveyden edistämisessä. Hoitotyön terveyden edistämisen ydintehtävinä voidaan esimerkiksi pitää asiakkaiden terveyden edistämiseen liittyvää ohjausta, neuvontaa ja opetusta erilaisissa hoitoketjuissa ja verkostoissa. Tässä tutkimuksessa esitettyä terveyden edistämisen tietoperustan ja terveyden edistämisen asiantuntijuuden alustavaa luonnehdintaa voidaan käyttää kehittämistyön pohjana.

SUMMARY

Background

In the last few years, health promotion has become recognised as a legitimate and important role of nurses in Finland. Their role in health promotion has been confirmed by the Ministry of Education (OPM 2001, L 645/2001), Ministry of Social Affairs and Health (STM 2000) and by the Health for All and Health21 programmes of the WHO (WHO 1980, 1999) and the Government Resolution on the Finnish National Health 2015 public health programme (STM 2001). Effective health promotion presupposes a broad and internalised conception of health promotion by health professionals. Earlier international research has explored nursing students' understanding and learning of health promotion in the context of project 2000 education, but these results of the studies are contradictory (Elkan & Robinson 1993; Robinson & Hill 1995; Smith et al. 1995; Macleod Clark & Maben 1998; McDonald 1998). In Finland, very little research has been conducted in the area of health promotion learning (Sjögren et al. 2000; Poskiparta et al. 2001b) or the development of expertise in health promotion (Naumanen-Tuomela 2001).

In order to develop broad health promotion conceptions for student nurses, the challenge is to make the students aware of their interpretations of health promotion and of how they apply them in caring situations (Machintosh 1998). The change of students' conceptions can be seen as transformation of conceptions in the process of health promotion learning during nursing education, where understanding the idea of health promotion implies knowing what it means in practice (Strike & Posner 1985). This view of learning is consistent with the constructivistic idea of knowledge building. The student is assumed to actively build her knowledge by constructing and re-constructing her concepts of the topic to be learned and to interpret new information on the basis of existing knowledge (Vosniadou 1994; von Glaserfeld 1995; Tynjälä 1999b).

In nursing education, various clinical placements constitute a major part of the health promotion learning context. The clinical training comprised 1/3 of the students' total nursing education and could be also seen as a pathway to health promotion expertise through acquisition of expert knowledge domains (theoretical, practical and self-regulative knowledge) (Bereiter & Scardamalia 1993) and as engagement in particular social practices that were constructed as health promotion (Leino-Kilpi et al. 1995). During clinical practice, health promotion learning is context based, situation specific and occurs in complex circumstances. Clinical practice offers an opportunity to learn from experience via reflection, which can help to clarify and integrate the concept of health promotion in real working contexts. Reflective practice (Schön 1983) and experiential learning (Kolb 1984) are considered to be crucial elements for effective learning of health promotion and development of expertise in health promotion (Williams 1995; Macleod & Maben 1998; Naidoo & Wills 1998; Rivers et al. 1998). In

this study, understanding of reflective learning and reflection is based on Kolb's (1984), Mezirow's (1981, 1991) and Schön's (1983) theoretical underpinnings.

Purpose of the study

This study was based on a larger follow-up research project, which investigated health promotion learning and teaching in two Finnish polytechnics of health and social care (Sjögren et al. 2000). The purpose of this study was to describe and evaluate the health promotion learning and the development of health promotion expertise of 19 student nurses during their clinical training of a 3.5-year nursing education programme in two Finnish polytechnics. The following research questions were addressed: 1. What factors influenced and shaped health promotion learning in the polytechnics, in the light of earlier research and health promotion literature? 2. How was nursing students' learning of health promotion knowledge base expressed during nursing education? 3. How was health promotion expertise developing during clinical practice in the context of health counselling?

Research methods and data collection

The present study was a qualitative evaluation study (Patton 1990, Rootman et al. 2001). The research data were collected in 1997–2000. In this study, data and investigator triangulation was used. The data consisted of literature and scientific articles (n=72) concerning health promotion learning and expertise, the curricula of two polytechnics of health care (1997–1998) (n=2), essays written by the student nurses (n=20), videotaped health promotion situations conducted by the student nurses (n=55), stimulated recall interviews with the student nurses (n=57) and interviews with their teachers (n=20). The data were analysed using content analysis and triangulation.

At the beginning of the research project, the theoretical framework in the area of health promotion learning was constructed on the basis of earlier research (I sub research). Also, the analysis of health promotion in the curricula of the polytechnics was completed (II sub research). In the spring of 1998, 20 volunteer student nurses were invited to participate in this research. In 1997, newly enrolled volunteer student nurses in the two polytechnics were asked to write an essay on health and health promotion. Eighty-two essays were submitted, and ten students from each polytechnic, who represented highly heterogeneous conceptions of health promotion, were subsequently invited to participate in this follow-up research project. The student volunteers gave their informed consent for participation in the study. The stimulated recall interview (Timpka & Arborelius 1990; Cleary & Groer 1994) data, with videotaped health promotion situations, were collected over a 3-year period during the students' clinical training in 1998, 1999 and 2000. The interviews took between 1.5–2 hours each. All interview sessions and videotaped health promotion situations were audiotaped and transcribed verbatim into computer text files. The stimulus for the interviews was provided by a videotaped health promotion situation involving clients and student nurses. The clients and student nurses partici-

pated in the videotaping on a voluntary basis and gave their consent to the researcher. The student nurses selected the health promotion settings where videotaping took place. These situations included various nursing interventions, conversations and health counselling situations. Stimulated recall interviews were conducted in private after the videotaped sessions. The interview questions were open-ended and were based on Johns's (1994) model of structured reflection.

Results

On the basis of health promotion literature, two opposite health promotion approaches were identified: expert-centred and empowerment-centred approaches. Existing approaches in working life and polytechnics influence and shape health promotion teaching and the conceptions of future health promoters. In the curricula of the polytechnics, health promotion was expressed mostly as abstract concepts, aims and contents, not as concrete competencies and skills needed in nursing. Health promotion was not clearly present in the aims of clinical practice. The critical issues in health promotion learning during nursing education turned out to be the development of the students' self-regulative knowledge and critical reflection skills. Secondly, the importance of the clinical practice placements and role models were crucial for shaping the student nurses' constructions of health promotion. The abstract concepts of health promotion taught in the polytechnics were applied by the students in accordance with the existing role models and health promotion approaches in clinical placements. In the beginning of their education, the majority of the students attempted to adopt an empowerment approach of health promotion. In the end of their education, there were features of an empowerment approach to health promotion only in the constructions of critical reflectors (n=8).

On the basis of the results, a suggestion for the development of health promotion expertise during clinical practice in nursing education was created. The health promotion expertise constructed during practising was experiential and contextual. The students who adopted an expert-centred health promotion approach enhanced the development of the vertical dimension of health promotion expertise while those who adopted an empowerment-centred approach enhanced the horizontal dimension and shared expertise in health promotion expertise. Both dimensions of health promotion expertise are needed and were found to integrate gradually during education and working experience through reflection.

Conclusion

The challenge for future nursing education is to support students to construct their conceptions of health promotion towards empowerment health promotion and the broad roles that will be expected of health promoters in the 21st century (WHO 1999; OPM 2001; STM 2001). The results of this study may indicate that the empowerment approach to health promotion within the modern health promoting role of nurses (Macleod Clark 1993; Tones 1996; Latter 1998b;

McDonald 1998) requires critical reflection. This requires that student nurses receive education in the skills needed for health promotion, using reflective methods because these enhance learning from practice via critical reflection. The results also indicate that clinical placements share, in writing, a common philosophy of care that establishes the patient-centred approach and endorses the values of health promotion, which seems to help students to adopt the conceptions of the empowerment approach to health promotion. The research of Latter (1998b) and Macleod Clark and Maben (1998) also supports this interpretation. The value of clinical placements and the contextual factors that facilitate or constrain the development of a broad conception of health promotion were confirmed. The students modified their health promotion approaches and adapted them to the clinical settings where they practised. The complex concept of health promotion needs to be supported with more discussion and contextual redefinition in different health care settings during nursing education and, especially, during clinical practice.

The results indicate that initial studies in polytechnics form the basis for sustained health promoting nursing. Students need specific modules of health promotion that clarify the concepts of health promotion. They need concrete examples of health promoting nursing practice in nursing work. Integrated modules are required for deepening the understanding of health promotion during the entire educational process. Critical thinking and reflective practice are required as crucial elements for effective learning of health promotion in order to understand existing knowledge and future demands.

Reflection is a crucial tool for the process of meaning building in health promotion, but it has also been argued that it is the most difficult phase in the experiential learning process (Eteläpelto 1992; Burnard 1995). The stimulated recall interview method and the levels of reflection (Mezirow 1981, 1991; Johns 1994) described in this study can be used as specific aids for self-evaluation and reflection during experiential learning (Kolb 1984) in clinical practice. Teachers, mentors and peers need to participate in joint discussions. Reflection as a method of learning helps students to think critically and avoid uncritical model learning in clinical placements in order to build a broader understanding of health promotion in different contexts. It can also help nurses to empower themselves (Williams 1995). Latter (1998b) has argued that nurses need to be empowered themselves in order to empower their patients. Empowered nurses might also adopt a broader health promotion role, including social and political action and working at the structural level of health promotion.

LÄHTEET

- Aaltonen, R. 1989. Naturalistinen paradigma evaluaatiotutkimuksessa. Teoksessa A. Oksanen, A. Kauppi, A. Laurila, T. Toiviainen. & J. Tuomisto (toim.) Kriittinen ajattelu aikuiskasvatuksessa. Pieksämäki: Sisälähetysseuran kirjapaino Raamattutalo, 145-162.
- Aavarinne, H. 1993. Ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittymisen sairaanhoitajakoulutuksessa. Oulun yliopisto. Acta Univ Oul. Series D. Medica 269.
- Antonovsky, A. 1987. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Asetus ammattikorkeakouluopinnoista. A 256/3.3.1995.
- Astor, R., Jefferson, H. & Humphrys, K. 1998. Incorporating the service accomplishments into preregistration curriculum to enhance reflective practice. *Nurse Education Today* 18, 567-575.
- Atkins, S. & Murphy, K. 1993. Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1188-1192.
- Ballou, M., Fetter, M., Saleh, K. & Litwack, L. 1992. Health counseling. Ohio: American School Health Association.
- Barnett, R., Parry, G. & Coate, K. 2001. Conceptualising curriculum change. *Teaching in Higher Education* 6 (4), 435-449.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. 1999. What keeps people healthy? The current State of Discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. *Research and Practice of Health Promotion*. Volume 4. Germany: Federal Centre for Health Education (FCHE).
- Benner, P. 1984. From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Benson, A. & Latter, S. 1998. Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal and health promotion. *Journal of Advanced Nursing* 27, 100-107.
- Bereiter, C. & Scardamalia, M. 1993. Surpassing ourselves. An Inquiry into the nature and implications of expertise. Chicago: Open Court.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. 1994. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma (Alkuteos: The Social Construction of Reality, 1966) Helsinki: Kirjapaino Oy Like.
- Billet, S. 2001. Knowing in practice: re-conceptualising vocational expertise. *Learning and Instruction* 11, 431-452.
- Boud, D., Keogh, R. & Walker, D. 1985. Reflection: Turning experience into learning. London: Kogan Page.
- Broady, D. 1986. Piilo-opetussuunnitelma. Tampere: Vastapaino.
- Burnard, P. 1995. Learning human skills. An experiential and reflective guide for nurses. Third edition. Great Britain: Biddles Ltd.
- Cleary, M. J. & Groer, S. 1994. Inflight decisions of expert and novice health teachers. *Journal of School Health* 64, 110-114.

- Courtenay, B. C., Merriam, S. B. & Reeves, P. 1998. The centrality of meaning making in transformational learning: How HIV-positive adults make sense of their lives. *Adult Education Quarterly* 48 (2), 63-82.
- Cox, K. 2001. Stories as case knowledge: case knowledge as stories. *Medical Education* 35 (9), 862-866.
- Cuba, E. & Lincoln, Y. 1994. Competing paradigms in qualitative research. In N. Dentzin & Y. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research*. USA: Sage Publications, 103-118.
- Delaney, F.G. 1994. Nursing and health promotion: conceptual concerns. *Journal of Advanced Nursing* 20, 828-835.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. 1994. *Handbook of qualitative research*. USA: Sage Publications.
- Downie, R. S., Fyfe, C. & Tannahill, A. 1990. *Health promotion models and values*. Oxford: Oxford University Press Inc.
- Downie, R. S., Tannahill, C., Tannahill, A. 1997. *Health promotion models and values*. Second edition. New York: Oxford University Press Inc.
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. 1986. *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Oxford: Basil Blackwell.
- Durgahee, T. 1998. Facilitating reflection: from a sage on stage to a guide on the side. *Nurse Education Today* 18, 158-164.
- Ekola, J. (toim.) 1992. *Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan*. Juva: WSOY.
- Engeström, Y. 1990. *Learning, working and imagining. Twelve studies in activity theory*. Helsinki: Orienta - Konsultit.
- Engeström, Y. 1992. *Interactive expertise. Studies in distributed working intelligence*. University of Helsinki. Department of Education. Research Bulletin 83. Helsinki: University Press.
- Engeström, Y., Engeström, R. & Kärkkäinen, M. 1995. *Oppiminen ja ongelmanratkaisu monimutkaisessa työprosessissa. Monikontekstisuus ja rajanylitykset asiantuntijakognitiossa*. *Aikuiskasvatus* 1, 14-27.
- Eraut, M. 1994. *Developing professional knowledge and competence*. London: Falmer Press.
- Eskelinen, T. 1993. *Opetusintiot, mielekkyys ja vastavuoroisuuden kokemukset peruskoulun oppilaanohjaustunnilla. Joensuun yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja n:o 15*.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Eteläpelto, A. 1992. *Tulevaisuuden asiantuntijuuden kehittämiseen*. Teoksessa J. Ekola (toim.) *Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan*. Juva: WSOY, 19-42.
- Eteläpelto, A. 1993. *Oppijälhtöiseen osaamisen kehittämiseen*. Teoksessa A. Eteläpelto & R. Miettinen (toim.) *Ammattitaito ja ammatillinen kasvu*. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 109-135.
- Eteläpelto, A. 1998. *The development of expertise in information systems design*. University of Jyväskylä. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 146.

- Eteläpelto, A. & Light, P. 1999. Contextual knowledge in the development of design expertise. In J. Bliss, P. Light & R. Säljö (Eds.) *Learning sites: social and technological resources for learning*. Oxford, UK: Elsevier Science Ltd., 155-164.
- Eteläpelto, A. & Tourunen, E. 1999. Työelämälähtöinen projektioiskelu tietojärjestelmän suunnittelijoiden asiantuntijuuden rakentamisessa. Teoksessa S. Honkimäki (toim.) *Opetus, vuorovaikutus ja yliopisto*. Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos, 73-88.
- Ewles, L. & Simnett, I. 1995. *Terveysten edistämisen opas*. Keuruu: Otava.
- Fetterman, D. M. 1997. Empowerment evaluation and accreditation in higher education. In E. Chelimsky & W. R. Shadish (Eds.) *Evaluation for the 21st century. A handbook*. USA: Sage Publications, 381-395.
- Freire, P. 1972. *Pedagogy of the oppressed*. Harmondsworth: Penguin.
- Gergen, K. J. 1995. Social construction and the educational process. In P. Steffe & J. Gale (Eds.) *Constructivism in education*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 17-39.
- Gibson, C. H. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 3, 354-361.
- Greenberg, J. S. 1992. *Health education: learner-centred instructional strategies*. 2nd ed. Dubuque, Iowa: Brown.
- Grönfors, M. 1982. *Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät*. Porvoo: WSOY.
- Hakkarainen, K., Lonka, K. & Lipponen, L. 1999. *Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen*. Porvoo: WSOY.
- Hakulinen, T., Pietilä, A.-M. & Kurkko, H. 2002. *Terveysten edistämisen vaikuttavuuden arviointi*. Teoksessa A.-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E.-M. Salminen & K. Sirola (toim.) *Terveysten edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Juva: WS Bookwell Oy, 282-300.
- Hancock, T. 1993. Health, human development and the community ecosystem: three ecological models. *Health Promotion International* 8 (1), 41-47.
- Hays, R. B. 1990. Self-evaluation of videotaped consultations. *Teaching and Learning in Medicine* 2 (4), 232-236.
- Helakorpi, S. & Olkinuora, A. 1997. *Asiantuntijuutta, ammattikorkeakoulupedagogiikkaa oppimassa*. Porvoo: WSOY.
- Hewson, M. G. 1985. The role of intellectual environment in the origin of conceptions: an exploratory study. In L. H. T. West & A. L. Pines (Eds.) *Cognitive structure and conceptual change*. USA: Academic Press, 153-161.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Ingresso, M. 1993. Becoming sensitive to health. Effectiveness and learning in health education and promotion. *Official Journal of the Athens Medical Society* 10 A, 11-27.
- Jaroma, A. 2000. *Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille*. Kuopion yliopiston julkaisu- ja E. Yhteiskuntatieteet 83.

- Jarvis, P. 1992. Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today* 12, 174-181.
- Johns, C. 1994. Guided reflection. In A. Palmer, A. Burns & C. Bulman (Eds.) *Reflective practice in nursing*. Cornwall, UK: Blackwell Science Ltd, 110-130.
- Johns, C. 1995. The value of reflective practice for nursing. *Journal of Clinical Nursing* 4, 23-30.
- Jokinen, P. & Pelkonen, M. 1996. Virikkeitä antava haastattelu (Stimulated recall interview) - menetelmä käsitysten, kokemusten ja ajattelun tutkimiseen hoitotieteessä. *Hoitotiede* 8 (3), 134-141.
- Järvinen, A. 1990. Reflektiivisen ajattelun kehittäminen opettajakoulutuksen aikana. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 35.
- Järvinen, A., Koivisto, T. & Poikela, E. 2000. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kannas, L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. *Aikuiskasvatus* 2, 68-75.
- Karttunen, P. 1999. Tietoa hoitotyön toimintaan. Sairaanhoidon opiskelijoiden käsityksiä tiedosta ja tiedon suhteista toimintaan. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 651.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health Sciences* 75.
- Kolb, D. A. 1984. *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: NJ, Prentice Hall.
- Kotila, H. 2000. Ammattikorkeakoulun opiskelijoiden kokemuksia opetussuunnitelmasta. Helsingin yliopisto. *Tutkimuksia* 214. Helsinki: Hakapaino.
- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31 (1), 235-241.
- Kvale, S. 1996. *Interviews, an introduction to qualitative research interviewing*. USA: Sage Publications Inc.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede*, 11, 3-12.
- Labonte, R., Feather, J. & Hills, M. 1999. A story / dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation. *Health Education Research* 14 (1), 39-50.
- Lahtinen, E. 1996. Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Kelan ja Turun terveyskeskuksen kehittämän terveyden edistämishojelman toteutus ja tulokset. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 16. Turku.
- Lahtinen, E. & Melkas, T. 2001. Terveyden edistäminen-laajeneva toimijuus? Teoksessa J. Järvisalo, E. Lahtinen, P. Koskinen-Ollonqvist (toim.) *Sosiaalivakuutus ja terveyden edistäminen*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2001:13. Helsinki: Edita, 19-31.
- Laitakari, J., Miilunpalo, S., Pasanen, M. & Vuori, I. 1989. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen julkaisu. Sarja tutkimukset 6. Helsinki: VAPK.
- Laki ammattikorkeakouluopinnoista 1995. 255/3.3.1995.
- Laki ammattikorkeakoulutuksen jatkotutkimuksen kokeilusta 2001. 645/13.7.2001.

- Latter, S. 1993. Health education and health promotion in acute ward settings: nurses' perceptions and practice. In J. Wilson- Barnett & J. Macleod Clark (Eds.) *Research in health promotion and nursing*. London: Macmillan, 72-79.
- Latter, S. 1998a. Nursing, health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead. *Health Education Research* 13, i-v.
- Latter, S. 1998b. Health promotion in the acute setting: the case empowering nurses. In S. Kendall (Eds.) *Health and empowerment*. London: Arnold, 11-37.
- Latter, S., Rycroft-Malone, J., Yerrell, P. & Shaw, D. 2000. Evaluating educational preparation for health education role in practice: the case of medication education. *Journal of Advanced Nursing* 32 (5), 1282-1290.
- Launis, K. 1994. *Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa*. STAKES. Tutkimuksia 50. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Launis, K. & Engeström, Y. 1999. *Asiantuntijuus muuttuvassa työtoiminnassa*. Teoksessa A. Eteläpelto & P. Tynjälä (toim.) *Oppiminen ja asiantuntijuus*. Juva: WSOY, 64-81.
- Leinhardt, G., McCarthy Yong, K. & Merriman, J. 1995. Integrating professional knowledge: the theory of practice and the practice of theory. *Learning and Instruction* 5, 401-408.
- Leino-Kilpi, H. 1991. *Kehittävän opiskelija-arvioinnin kokeilu terveydenhuoltoalalla*. Loppuraportti 1, yleinen osa. Opetushallituksen julkaisusarjat. Raporttisarja 1/1991. Helsinki: VAPK.
- Leino-Kilpi, H. 1993. *Oppimispäiväkirja itsearvioinnin tukena*. Kehittävän opiskelija-arvioinnin kokeilu. Loppuraportti II. Opetushallitus. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Leino-Kilpi, H., Hupli, M. & Räsänen, A. (toim.) 1995. *Terveydenhuollon koulutuksen tuloksellisuus ja laatu*. Opetushallitus. Arviointi 5/95. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- 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.
- Leskinen, L., Koskinen- Ollonqvist, P., Rouvinen- Wilenius, P. & Vertio, H. 2001. *2001 Terveysbarometri*. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. *Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 10/2001*. Helsinki.
- Lindsey, E. & Hartrick, G. 1996. Health-promoting nursing practice: the demise of the nursing process? *Journal of Advanced Nursing* 23, 106-112.
- Lyytinen, H. K., Jokinen, H. & Rask, S. 1989. *Koulun työkäytäntöjen arviointi*. Helsinki: VPK.
- Maben, J. & Mcleod Clark, J. 1995. Health promotion: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 22, 1158-1165.
- Mackintosh, N. 1996. *Key management skills in nursing*. Promoting health: an issue for nursing. Great Britain: Mark Allen Publishing Ltd.

- Macleod Clark, J. 1993. From sick nursing to health nursing: Evolution or revolution? In J. Wilson-Barnett & J. Macleod Clark (Eds.) *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* 13, 185-196.
- Manninen, E. 1999. Longitudinal study of Finnish nursing students' preferences for knowledge in nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13, 83-90.
- May, N. & Veitch, L. 1998. Working to learn and learning to work: placement experience of Project 2000 nursing students on Scotland. *Nurse Education Today* 18, 630-636.
- McDonald, E. 1998. The role of Project 2000 educated nurses in health promotion within the hospital setting. *Nurse Education Today* 18, 213-220.
- McQueen, D.V. 1989. Thoughts on the ideological origins of health promotion. *Health Promotion* 4, 339-342.
- Mc William, C. L., Stewart, M., Brown, B., Mc Nair, S., Desai, K., Patterson, M. L., Del Maestro, N. & Pittman, B. J. 1997. Creating empowering meaning: an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International* 12 (2), 111-123.
- Mc William, C. L., Stewart, M., Brown, J. B., McNair, S., Donner, A., Desai, K., Coderre, P. & Galajda, J. 1999. Home-based health promotion for chronically ill older persons: results of a randomized controlled trial of a critical reflection approach. *Health Promotion International* 14 (1), 27-41.
- Mezirow, J. 1981. A critical theory of adult learning and education. *Adult Education* 32 (1), 3-24.
- Mezirow, J. et. al. 1990. *Fostering critical reflection in adulthood. A guide to transformative and emansipatory learning*. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.
- Mezirow, J. 1991. *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. 1995. Kriittinen reflektio uudistuvan oppimisen käynnistäjänä. Teoksessa J. Mezirow ym. (toim.) *Uudistuva oppiminen, kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa*. Helsinki: Painotalo Miktor, 17-38.
- Mezirow, J. 1998. On critical reflection. *Adult Education Quarterly*, 48 (3), 185-198.
- Mitchinson, S. 1995. A review of the health promotion and health beliefs of traditional and Project 2000 student nurses. *Journal of Advanced Nursing* 21, 356-363.
- Munnukka, T. 1997. *Hoitamaan oppiminen ja opettaminen. Käytännöllinen opetus sairaanhoitajakoulutuksessa*. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 579.
- Naidoo, J. & Wills, J. 1998. *Practising health promotion. Dilemmas and challenges*. London: Baillie're Tindall.
- Naumanen- Tuomela, P. 2001. Työterveyshoitajan asiantuntijuus työikäisten terveydenedistämistyössä muuttuvassa yhteiskunnassa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 88.

- Newman, M. 1986. Health as expanding consciousness. Missouri: C. V. Mosby Company.
- Nightingale, F. 1987. Sairaanhoidosta. Juva: WSOY.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The knowledge - creating company. How Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press.
- Novak, J. D. & Gowin, D. B. 1995. Opi oppimaan. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Nutbeam, D. 1998. Health promotion glossary. Health Promotion International 13 (4), 349-364.
- Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 15 (3), 259-267.
- Nuutinen, P. & Pelkonen, M. 1998. Sairaanhoitajien kriittinen ajattelu hoitotyön laadunvarmistuksessa. Hoitotiede 10 (3), 153-162.
- Oatley, K. 1991. Distributed cognition. In M. W. Eysenck (Eds.) The blackwell-dictionary of cognitive psychology. Great Britain: Butler & Tanner Ltd, 102-107.
- Ojanen, S. 1990. Ohjausprosessi opettajankoulutuksessa. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Täydennyskoulutusjulkaisuja N:o 5. Salpausselän kirjapaino Oy.
- Oldenburg, B. F., Sallis, J. F., French, M. L. & Owen, N. 1999. Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. Health Education Research 14 (1), 121-130.
- OPM 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriö. Helsinki.
- Patton, M. Q. 1990. Qualitative evaluation and research methods. Second edition. USA: Sage Publications.
- Pelttari, P. 1997. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kva­lifikaatiovaatimukset. Stakes. Tutkimuksia 80. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pender, N. J. 1987. Health promotion in nursing practice. Second edition. New York: Appleton Century Crofts.
- Perkins, E. R., Simnett, I. & Wright, L. 1999. Evidence-based health promotion. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Perttilä, K. 1999. Terve­yden edistäminen kunnan tehtävänä. STAKES. Tutkimuksia 103. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Perälä, M- L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Stakes. Jyväskylä: Gummerus.
- Perälä, M- L. & Ponkala, O. 1999. Tietoa ja taitoa terveysalalle. Terveysalan korkeakoulutuksen arviointi. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 8. Helsinki: Edita.
- Pietilä, A-M. 1998. Life control and health. International Journal of Circumpolar Health 57, 211-217.

- Pietilä, A- M. 1999. Preventiivinen hoitotiede ja terveyden tutkiminen - teoreettisia ja metodisia näkökulmia. Teoksessa S. Janhonen, I. Lepola, M. Nikkanen & M. Toljamo (toim.) Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituannelle. Professori M. Hentisen juhlakirja. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Pietilä, A- M., Eirola, R. & Oikarinen, K. 1998. Terveysmuotokuva-käsitejärjestelmä. Hoitotieteen näkökulma terveyden tutkimiseen. Hoitotiede 10 (2), 78-86.
- Pietilä, A- M., Meriläinen, P., Tossavainen, K. & Vehviläinen- Julkunen, K. 1999. Preventiivinen hoitotiede- yksilö, yhteisö ja kulttuuri terveyden tutkimuksessa. Hoitotiede 11 (6), 325-333.
- Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E- M. & Sirola, K. (toim.) 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy.
- Pietilä, V. 1976. Sisällön erittely. Helsinki: Gaudeamus.
- Piper, S. M. & Brown, P. A. 1998. The theory and practice of health education applied to nursing: a bipolar approach. *Journal of Advanced Nursing* 27, 383-389.
- Pirskanen, M. & Pietilä, A-M. 2000. Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen. *Stakes. Aiheita* 11/2000. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Platzer, H., Snelling, J. & Blake, D. 1997. Promoting reflective practitioners in nursing: a review of theoretical models and research into the use of diaries and journals to facilitate reflection. *Teaching in Higher Education*, 2, 103-121.
- Poikela, E. 1999. Kontekstuaalinen oppiminen oppimisen organisoituminen ja vaikuttava koulutus. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 675.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. 1995. *Nursing research. Principles and methods.* Philadelphia: Lippincott company.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 46.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L. & Kettunen, T. 1999. Nurses` self-reflection via videotaping to improve communication skills in health counselling. *Patient Education and Counseling* 36, 3-11.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. 2001a. From nurse-centred health counselling to empowermental health counselling. *Patient Education and Counseling* 45, 69-79.
- Poskiparta, M., Sjögren, A. & Liimatainen, L. 2001b. Terveysalan ammattikorkeakoulun opettajien ja opiskelijoiden näkemyksiä terveyden edistämisestä. *Kasvatus* 32 (1), 48-61.
- Powell, J. H. 1989. The reflective practitioner in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 14, 824-832.
- Pultorak, E. G. 1993. Facilitating reflective thought in novice teachers. *Journal of Teacher Education* 44 (4), 288-295.
- Pyörälä, E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 31, 4-14.

- Raeburn, J. & Rootman, I. 1998. People-centred health promotion. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Helsinki: Gaudeamus.
- Rauste- von Wright, M. & von Wright, J. 1996. Oppiminen ja koulutus. Juva: WSOY.
- Richardson, G. & Maltby, H. 1995. Reflection – on – practice: enhancing student learning. *Journal of Advanced Nursing* 22, 235-242.
- Richardson, S. F. & Petrarca, D. V. 1990. Educating nurses in health promotion. *Journal of Nursing Education* 8, 351-354.
- Rimpelä, M. 1994. Terveysten edistäminen ja terveystieteiden tutkimus- ja koulutus- katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen. Teoksessa P. Rautava, E. Lahtinen, A. Ojanlatva (toim.) *Supplementti: Terveystieteiden tutkimuksen vuosikirja 1993. Terveys, hyvinvointi ja selviytymiskyky tutkimuskohteena. 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 Journal* 57, 254-262.
- Robinson, S. & Hill, Y. 1995. Miracles take little longer: Project 2000 and health-promoting nurse. *International Journal of Nursing Studies* 32, 568-579.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L. & Springett, J. 2001. A framework for health promotion evaluation. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92. Denmark: WHO, 7-38.*
- Ruohotie, P. & Honka, J. (toim.) 1997. Osaamisen kehittäminen organisaatiossa. Saarijärvi: RT Consulting Team.
- Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Juva: WS Bookwell Oy.
- Rush, K. L. 1997. Health promotion ideology and nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 25, 1292-1298.
- Räsänen, A. 2002. Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Vertailututkimus opistoasteelta ja ammattikorkeakouluista valmistuvien hoitotyöntekijöiden hoitotyön toimintojen hallinnasta sekä opetuksen ja opiskelun painotuksista. Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja Ser C osa 178. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Salomon, G. 1993. No distribution without individuals' cognition: a dynamic interactional view. In G. Salomon (Eds.) *Distributed cognitions. Psychological and educational considerations. USA: Cambridge university Press, 111-138.*
- Schraw, G. 1998. On the development of adult metacognition. In M. C. Smith & T. Pourchot (Eds.) *Adult learning and development. Perspectives from educational psychology. USA: Lawrence Erlbaum Associates, 89-106.*
- Schön, D. 1983. *The reflective practitioner. London: Temple Smith.*
- Schön, D. 1987. *Educating the reflective practitioner. California: Jossey-Bass Inc.*
- Seedhouse, D. 1997. *Health promotion. Philosophy, prejudice and practice. New York: Wiley.*

- Sheilds, L. E. & Lindsey, A. E. 1998. Community health promotion practice. *Advances in Nursing Science* 20 (4), 23-36.
- Shilton, T. R., James, R., Howat, P. A. & Lower, T. G. 2001. Review of competencies for Australian health promotion professionals. Paper presented in XVII th World Conference on Health Promotion and Health Education. Paris 15-20.7.2001. Book of Abstracts.
- Sihto, M. 1997. Terveyspoliittisen ohjelman vastaanottotutkimus Suomen terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. *Stakes. Tutkimuksia* 74. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Sihvo, P. & Turtiainen, S. 1999. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opetus-suunnitelmat ammattikorkeakoulukokeilussa. Teoksessa K. Tossavainen & H. Turunen (toim.) *Koulutusrakenteet muuttuvat - muuttuuko opetus ja oppiminen? Terveys- ja sosiaalialan koulutus ammattikorkeakoulun uudistusvaiheessa*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 9-18.
- Sjögren, A., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. 2000. Edistetäänkö terveyttä? Kahden terveystieteen ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien analyysi. *Hoitotiede* 12 (1), 3-13.
- Sjögren, A. 2002. *Lisensiaattityön käsikirjoitus*. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Smith, P., Masterson, A., Lask, S. 1995. Health and curriculum: an illuminative evaluation- Part 2: Findings and recommendations. *Nurse Education Today* 15, 317-322.
- Smyth, J. 1989. Developing and sustaining critical reflection in teacher education. *Journal of Teacher Education* 2, 2-9.
- Snehendu, B. K, Pascual, C. A. & Chickering K. L. 1999. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* 49, 1431-1460.
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus 2000. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2000:7. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Springett, J. 2001. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQuenn, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, No. 92. Denmark: WHO, 83-104.
- Stake, R. E. 1994. Case Studies. In N. K. Dentzin & Y. S. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research*. Newbury Park: Sage, 236-247.
- Steffe, L. P. & Gale, J. (Eds.) 1995. *Constructivism in education*. USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- St Leger, L. 2001. Building and finding the new leaders in health promotion: where is the next wave of health promotion leaders and thinkers? Are they emerging from particular regions, and are they less than 40 years old? *Health Promotion International* 16 (4), 301-303.
- STM 1986. *Terveyttä kaikille vuoteen 2000: Suomen terveystieteen pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma*. Helsinki: VAPK.
- STM 1993. *Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2000:7. Helsinki: Libris Oy.

- STM 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:16. Helsinki: Oy Edita Ab.
- STM 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen 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.
- Strike, K. A. & Posner, G. J. 1985. A Conceptual change view of learning and understanding. In L. H. T. West & A. L. Pines (Eds.) *Cognitive structure and conceptual change*. USA: Academic Press, 211-231.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E., Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: West Point Oy.
- Tones, K., Tilford, S. & Robinson, Y. 1990. *Health education. Effectiveness and efficiency*. London: Chapman and Hall.
- Tones, K. 1998. Health promotion and the promotion of health: seeking wisely to empower. In S. Kendall (Eds.) *Health and empowerment*. London: Arnold, 57-88.
- Tones, K. & Tilford, S. 2001. *Health promotion. Effectiveness, efficiency and equity*. Third Edition. United Kingdom: Chapman & Hall.
- Tossavainen, K. 1998. Terveydenhoitajan työ ja koulutus muutoksessa. Haasteiden ja ongelmien pohdintaa. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.
- Tossavainen, K. 1999. Oppimisen ja opetuksen kehittämismahdollisuudet terveys- ja sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksessa – maailma muuttuu – opiskelu ja opetus uudistuvat. Teoksessa K. Tossavainen & H. Turunen (toim.) *Koulutusrakenteet muuttuvat – muuttuuko opetus ja oppiminen? Terveys- ja sosiaalialan koulutus ammattikorkeakoulun uudistusvaiheessa*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 9–18.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22 (5-6), 387-398.
- Tynjälä, P. 1996. Kirjoittaminen oppimisen välineenä korkeakoulutuksessa. *Kasvatus* 27 (5), 425-438.
- Tynjälä, P. 1999a. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa A. Eteläpelto & P. Tynjälä (toim.) *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma*. Juva: WSOY, 160-179.
- Tynjälä, P. 1999b. Towards expert knowledge? A comparison between constructivist and a traditional learning environment in the University. *International Journal of Educational Research* 31, 357-442.
- Tynjälä, P. 2000. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Tynjälä, P., Nuutinen, A., Eteläpelto, A., Kirjonen, J. & Remes, P. 1997. The acquisition of professional expertise – a challenge for educational research. *Scandinavian Journal of Educational Research* 41, 475–494.

- Tynjälä, P. & Collin, K. 2000. Koulutuksen ja työelämän yhteistyö. *Aikuiskasvatus* (4), 293-305.
- Van Ryn, M. & Heaney, C. A. 1997. Developing effective helping relationships in health education practice. *Health Education & Behaviour* 24 (6), 683-702.
- Venkula, J. 1993. Tiedon suhde toimintaan. Tieteellisen toiminnan ulottuvuuksia. Osa I. Helsinki: Yliopistopaino.
- Vertio, H. 1992. Terveysten edistäminen - valintojen virta. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Vesterinen, M-L. 2002. Ammatillinen harjoittelu osana asiantuntijuuden kehittymistä ammattikorkeakoulussa. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 196. Lievestuore: ER-paino Oy.
- Von Glaserfeld, E. 1995. A constructivist approach to teaching. In L. P. Steffe & J. Gale (Eds.) *Constructivism in education*. USA: Lawrence Erlbaum Associates, 3-15.
- Von Wright, J. 1996. Oppiminen selviytymiskeinona. *Psykologia* 31, 351-358.
- Vosniadou, S. 1994. Capturing and modelling the process of conceptual change. *Learning and Instruction* 4, 45-69.
- Wallerstein, N. 1992. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 6 (3), 197-205.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. 1988. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly* 4, 379-394.
- Wallerstein, N. & Bernstein, E. 1994. Introduction to community empowerment, participatory education and health. *Health Education Quarterly* 21 (2), 141-148.
- Wass, A. & Backhouse, L. 1996. Preparing students for health promotion: The challenge for Australian nursing in the 90s. *Nurse Education Today* 16, 149-154.
- Whitehead, D. 2001. Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion? *Journal of Advanced Nursing* 34 (6), 822-832.
- WHO 1980. European Regional Strategy for attaining Health for All. Document EUR/RC 30/8 Rev. 2. Resolution EUR/RC 30/R8.
- WHO 1984. Regional office of Europe. Health Promotion. A Discussion Document on the Concepts and Principles. Copenhagen.
- WHO 1986. Ottawa charter for health promotion. 1986. *Health Promotion* 1, iii-v.
- WHO 1999. Regional office of Europe. 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* No.6. Copenhagen.
- Williams, J. 1995. Education for empowerment: implications for professional development and training in health promotion. *Health Education Journal* 54, 37-47.

- Wong, F. K. Y., Kember, D., Chung, L. Y. F. & Yan, L. 1995. Assessing the level of student reflection from reflective journals. *Journal of Advanced Nursing* 22, 37-47.
- Yin, R. K. 1994. Case study research. Design and methods. Second edition. USA: Sage Publications, Inc.
- Åhlberg, M. 1992. Oppimisen, opetuksen ja opetussuunnitelman evaluaatio. Loimaa: Loimaan Kirjapaino Oy.
- Åsted-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis. Ser A Vol 349.

LIITE 1

Sairaanhoitajan terveyden edistämisen osaaminen ”Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon -Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät” julkaisun mukaan (OPM 2001).

Osaamisalue	Tavoite	Sisällöt
Terveyden edistämisen osaaminen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ osaa tukea ja aktivoita yksilöä, perhettä ja yhteisöä terveyden, voimavarojen ja toimintakyvyn edistämiseksi ▪ osaa tunnistaa ja ennakoida yksilön ja yhteisön terveysongelmia – uhkia. ▪ osaa toimia yksilön ja yhteisön terveysongelmien ehkäisytyössä ▪ osaa kuntouttavan hoitotyön perustiedot ja – taidot ▪ osaa toimia hoitotyön asiantuntijana kestävässä kehitystä ja ympäristön terveyttä edistävissä työssä 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ terveyspoliittiset linjaukset ▪ terveys käsitteenä ▪ terveyden edistämisen sisältö (esim. terveyskasvatus) ▪ väestön keskeisimmät terveysongelmat ja –uhat sekä niiden ehkäisy ▪ kuntouttava hoitotyö ▪ ympäristö ja terveys ▪ kestävä kehitys ▪ yhteisökeskeinen hoitotyö
Kliininen osaaminen	Terveyden edistämisen näkökulma sisältyy kaikkeen sairaanhoitajan kliiniseen toimintaan	
Opetus- ja ohjausosaaminen	<p>Sairaanhoitajalta edellytetään potilaan ja hänen läheistensä ohjausta, joka painottuu terveyden edistämiseen sekä itsehoitotaitojen lisäämiseen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ osaa erilaisten potilaiden/asiakkaiden, heidän omaistensa ja läheistensä sekä asiakasyhteisöjen jäsenten opettamisen ja ohjaamisen ▪ osaa ohjata ja opettaa opiskelijoita ja henkilöstöä ▪ osaa ohjata ja tukea potilasta/asiakasta itsehoitossa ▪ osaa tuottaa ohjausmateriaalia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hoitotyön pedagogiikka ▪ henkilöstökoulutus
Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen	Sairaanhoitaja tuntee kulttuurin merkityksen terveyden edistämiseksi.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ erilaisuus ja suvaitsevaisuus ▪ kulttuurisuus hoitotyössä ▪ säästöjen ja ammatin vaatima kielitaito ▪ kansainvälinen hoitotyö
Yhteiskunnallinen osaaminen	<p>Sairaanhoitajan työssä korostuvat työelämästä ja yhteiskunnasta nousevat tarpeet ja tulevaisuuden haasteet.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sairaanhoitaja osaa vaikuttaa hoitotyön asiantuntijana yksilön ja yhteisön terveyttä edistävään yhteiskunnalliseen kehittämiseen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ yhteiskunnan toiminta ▪ yhteiskunnallinen vaikuttaminen ▪ hoitotyön vaikuttavuus yhteiskunnassa ▪ yhteiskunnalliset haasteet, muutokset ja ongelmat ▪ markkinoinnin periaatteet ▪ yrittäjyys hoitotyössä

LIITE 2

STIMULATED RECALL HAASTATTELUT + VIDEOINTI
KEVÄT 1998

1998

OPISKELIJA	KOULUTUS	IKÄ	POTILAS SP IKÄ	AIHE KESTO	PAIKKA	AIKA
1.	lähihoitaja	21	m 79	virkestys 35.50	Kuntoutus- sairaala	29.1.98
2.	lähihoitaja	22	m 77	aamupala 29.16	Kuntoutus- sairaala	30.1.98
3.	lähihoitaja	21	m 82	silmän hoito lehden luku 37.35	Kuntoutus- sairaala	30.1.98
4.	ylioppilas	22	n 85	sängystä nousu, kävely 5.0	Terveyskes- kussairaala	12.2.98
5.	lähihoitaja	21	m 90	tuolijumppa 14.42	Kuntoutus- sairaala	9.4.98
6.	lähihoitaja, ylioppilas	23	m 85	kynsien leikkaus, keskustelu 9.54	Kuntoutus- sairaala	9.4.98
7.	ylioppilas	18	n 68	dosetin käytön opetus 7.59	Terveyskes- kussairaala	17.4.98
8.	ylioppilas	18	n 74	voimistelu sän- gyssä nousu sängystä 5.29	Terveyskes- kussairaala	17.4.98
9.	ylioppilas	20	m 77	aamutoimet: parranajo, hiusten kampaus 18.36	Kuntoutus- sairaala	22.4.98
10.	liikunnan- ohjaaja	19	m 83	jumppa sängyssä, ylösnousu 8.03	Terveyskes- kussairaala	22.4.98
11.	ylioppilas	22	n 74	keskustelu tule- vasta 8.46 leik- kauksesta	Keskussairaala kirurginen osasto	5.5.98
12.	ylioppilas	19	n 50	verensokerin mit- taus 4.19	Keskussairaala sisätautiosasto	6.5.98
13.	lähihoitaja ylioppilas	23	n 68	siteenvaihto 10.00	Keskussairaala kirurginen osasto	7.5.98
14.	kunto- hoitaja	21	n 69	RR-mitt, lämmön mitt, keskustelu 12.19	Keskussairaala kirurginen osasto	7.5.98
15.	ylioppilas	20	m 60	siteenvaihto 13.0 leikkaushaavaan	Keskussairaala kirurginen osasto	8.5.98
16.	ylioppilas	19	m 26	kipuepiduraalin tarkk+haastattelu 7.35	Keskussairaala kirurginen osasto	8.5.98
17.	lähihoitaja	20	n 72	aamupesuisissa avustaminen 18.08	Keskussairaala sisätautiosasto	11.5.98
18.	kosme- tologi		n 32	diab.jalkojen hoi- don ohjaus 14.21	Keskussairaala sisätautiosasto	11.5.98
19.	lähihoitaja	21	n 80	verensokerin mittaus 9.55	Keskussairaala sisätautiosasto	12.5.98
20.	lähihoitaja	22	n 80	Dreenin poisto haavasta 12.08	Keskussairaala kirurginen osasto	13.5.98

LIITE 3

STIMULATED RECALL HAASTATTELUT + VIDEOINTI
KEVÄT 1999

1999

OPISKELIJA	KOULUTUS	IKÄ	ASIAKAS SP IKÄ	AIHE KESTO	PAIKKA	AIKA
1.	lähihoitaja	22	M 12	6-luok.terv.tark. 17.48	Kouluterveydenhuolto	19.4
2.	lähihoitaja	23	M 16	kouluthvast.otto 11.22	Kouluterveydenhuolto	20.4
3.	lähihoitaja	22	M 56	sydämen vajaatoim. ohjaus 18.08	Keskussairaala sisätautiosasto	19.4
5.	lähihoitaja	22		harjoittelussa ulkomailla		
6.	lähihoitaja, ylioppilas	24	N 40	osastolle tuloesitt. 8.26	Keskussairaala kirurginen osasto	6.5.99
7.	ylioppilas	19	N 79	kotiutus 16.41	Keskussairaala kirurginen osasto	26.2.99
8.	ylioppilas	19	N 70	tulohaastattelu 30.52	Keskussairaala sisätautiosasto	6.5.99
9.	ylioppilas	21	N 48	marevan ohjaus 21.48	Keskussairaala sisätautiosasto	6.5.99
10.	liikunnan-ohjaaja	20	N 39	kotihoito-ohjaus 5.12	Keskussairaala kirurginen osasto	6.5.99
11.	ylioppilas	23	N 72	lehdenluku 16.54	Terveyskeskussairaala	8.2.99
12.	ylioppilas	20	M 73	lehden luku 11.22	Terveyskeskussairaala	8.2.99
13.	lähihoitaja ylioppilas	24	M 52	neuvonta 8.10	Keskussairaala sisätautiosasto	11.2
14.	kuntohoitaja	22	N 60	rasvausneuvonta 22.35	Keskussairaala sisätautiosasto	11.2
15.	ylioppilas	21	N 69	kotiutus 16.48	Terveyskeskussairaala	17.2
16.	ylioppilas	20	M 64	vs-mittausopetus 12.51	Terveyskeskussairaala	9.2.99
17.	lähihoitaja	21	N 54	hammas proteesiohjaus 5.56	Keskussairaala sisätautiosasto	8.2.99
18.	kosmetologi	21	N 65	vs-mittausopetus 14.17	Terveyskeskussairaala	9.2
19.	lähihoitaja	22	N 39	rasvausneuvonta 24.08	Keskussairaala sisätautiosasto	12.2
20.	lähihoitaja	23	N 48	RR-ohjaus 3.06	ammattikorkeakoulu, projekti	17.3

LIITE 4

STIMULATED RECALL HAASTATTELUT + VIDEOINTI
KEVÄT 2000

2000

OPISKELIJA	KOULUTUS	IKÄ	ASIAKAS SP IKÄ	AIHE	KESTO	PAIKKA	AIKA
1.	lähihoitaja	23	N 22	opiskelija- terveystarkastus	14.50	Kouluterveydenhuolto	17.4.2000
2.	lähihoitaja	24	N 28	äitiysneuvolan vastaanotto	14.23	Äitiysneuvola	25.4.2000
3.	lähihoitaja	23	M 17	kutsuntatarkastus lukion 2.lk	9.03	Kouluterveydenhuolto	17.4.2000
5.	lähihoitaja	23	N 38	äitiysneuvolan vastaanotto	13.39	Äitiysneuvola	25.4.2000
6.	lähihoitaja, ylioppilas	25	N 27	äitiysneuvolan vastaanotto	8.48	Äitiysneuvola	18.4.2000
7.	ylioppilas	20	N 14	7-lk kouluter- veystarkastus	14.21	Kouluterveydenhuolto	11.4.2000
8.	ylioppilas	20	n	---	essee	Vain haastattelu	11.4.2000
9.	ylioppilas	22	N 26 ja vauva	lastenneuvola tarkastus	15.29	Lastenneuvola	4.5.2000
10.	liikunnan- ohjaaja	21	N 15	9-lk kouluterveys- tarkastus	14.23	Kouluterveydenhuolto	4.5.2000
11.	ylioppilas	24	n	---	essee	Vain haastattelu	
12.	ylioppilas	21	N 32	äitiysneuvolan vastaanotto	13.01	Äitiysneuvola	22.2.2000
13.	lähihoitaja ylioppilas	25	N 25	äitiysneuvolan vastaanotto	7.06	Äitiysneuvola	6.4.2000
14.	kunto- hoitaja	23	N 52	haavanhoito- ohjaus	13.35	Keskussairaala Kirurginen osasto	10.4.2000
15.	ylioppilas	22	N 68	sydämen vaja- toiminnan ohjaus	31.46	Keskussairaala sisätautiosasto	22.2.2000
16.	ylioppilas	21	M 55	tulohaastattelu	28.43	Keskussairaala kirurginen osasto	11.5.2000
17.	lähihoitaja	22	N 30	äitiysneuvolan vastaanotto	23.36	Äitiysneuvola	1.3.2000
18.	kosmetologi	22	N 21	ehkäisyneuvonta	8.45	Opiskelija- terveyden- huolto	24.5.2000
19.	lähihoitaja	23	N 67	astma ohjaus	34.02	Terveyskes- kussairaala	10.5.2000
20.	lähihoitaja	24	N 57	kivun hoidon kontrolli	9.38	Keskussairaala kirurginen osasto	5.4.2000

25.6.1997



HYVÄ AMMATTIKORKEAKOULUN OPISKELIJA

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

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

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

TEHTÄVÄ:

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

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

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

Kiitokset alkavasta yhteistyöstä ja elokuun tapaamista odottaen

Marita Poskiparta
Jyväskylän Yliopisto
Terveystieteen laitos
puh. 014 - 215028

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

Auli Sjögren
Mikkelin ammattikorkeakoulu
puh. 015- 365277

LIITE 6**OPISKELIJA- AINEISTON KERÄYS****Stimuloitu haastattelu**

Ennen videon katsomista

- I **KOKEMUKSEN KUVAILU**
 Mitä neuvontatilanteessa tapahtui - mitä tekijöitä siihen liittyi?
 Miksi valitsit tilanteen
 Miksi valitsit potilaan
 Minkälaisia tuntemuksia sinulla oli tilanteen aikana
 Miten kommentoisit neuvontatilannetta
- II **VIDEON KATSELU JA OPISKELIJA KOMMENTOI SPONTAANISTI**
- III **VIDEOITUUN TILANTEeseen LIITTYVÄT TARKENTAVAT KYSYMYKSET**
- Mikä oli tilanteen tavoite?
 Mitä potilas sai tilanteesta / mitä itse sait (seuraukset)?
 Millaista oli mielestäsi suhtautumisesi potilaaseen?
 Miten potilas suhtautui sinuun?
- Miten päätöksenteko tapahtui tilanteessa?
 Miten mielestäsi onnistuit tilanteessa?
 Mitkä asiat olivat tärkeitä onnistumiseen/ epäonnistumiseen
 Mitä vahvuuksia?
 Muuttaisitko mitään tilanteessa?
 Olisitko voinut toimia toisin- vaihtoehdot?
 Olivatko neuvonnassa käsitellyt asiat mielestäsi tärkeitä potilaalle? miksi?
- IV **TERVEYDEN EDISTÄMINEN**
- Opiskelija lukee EDELLISEN vuoden tiivistelmän te –näkemyksestään
 Onko näkemys sama, muuttaisitko, täydentäisitkö näkemystä jollakin tavalla?
 Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet terveyden edistämiskäsityksen muutoksiin?
- Millä oppikursseilla sinulle on opetettu terveyden edistämiseen liittyviä asioita? (HOPS / OPS)
 Mitä sisältöjä näillä kursseilla on käsitelty?
 Miten terveyden edistämiseen liittyviä asioita on opetettu- kerro konkreettinen esimerkki
 Mitä taitoja terveyden edistäminen vaatii? Konkreettinen esimerkki, esim. videoidussa tilanteessa?
 Mitä tietoja terveyden edistäminen vaatii? Konkreettinen esimerkki, esim. videoidussa tilanteessa?
 Minkälaista asennetta terveyden edistäminen vaatii? Kerro konkreettinen esimerkki
 Miten olet kokenut terveyden edistämisen opiskelun?
 Miten olet kokenut opiskelutavan muutoksen terveyden edistämisen opiskelussasi (BPL)

LIITE 7

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
TERVEYSTIETEEN LAITOS
PL 35
40351 JYVÄSKYLÄ**

ASIAKKAAN SUOSTUMUS

Annan luvan videoida terveysneuvontaani liittyvän tilanteen, jossa ovat läsnä hoitotyön opiskelija ja minä käytettäväksi tutkimusaineistona Terveyden edistämistaitojen oppiminen ja opetus ammattikorkeakouluissa - projektissa. Tutkimukseen osallistuvia sitoo vaitiolovelvollisuus. Nauhoja säilytetään kunnes ne menettävät tutkimuksellisen mielenkiintonsa.

_____ / _____ 2000.

Asiakkaan allekirjoitus

OPISKELIJAN SUOSTUMUS

Annan luvan videoida asiakkaani terveyden edistämiseen liittyvän tilanteen, jossa ovat läsnä asiakas ja minä käytettäväksi tutkimusaineistona Terveyden edistämistaitojen oppiminen ja opetus ammattikorkeakouluissa - projektissa. Tutkijan ja opiskelijan välinen keskustelu nauhoitetaan. Tutkimukseen osallistuvia sitoo vaitiolovelvollisuus. Nauhoja säilytetään kunnes ne menettävät tutkimuksellisen mielenkiintonsa.

_____ / _____ 2000.

Opiskelijan allekirjoitus

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH

- 1 KIRJONEN, JUHANI, On the description of a human movement and its psychophysical correlates under psychomotor loads. 48 p. 1971.
- 2 KIRJONEN, JUHANI JA RUSKO, HEIKKI, Liikkeen kinemaattisista ominaispiirteistä, niiden psykofyysisistä selitysyhteyksistä ja näiden muutoksista psykomotorisen kuormituksen ja kestävyysharjoittelun vaikutuksesta. - On the kinematic characteristics and psychophysical correlates of a human movement and their changes during psychomotor loading and endurance conditioning. 156 p. 1971.
- 3 SARVIHARJU, PEKKA J., Effects of psychophysical loading and progressive endurance conditioning on selected biochemical correlates of adaptive responses in man. 95 p. 1973.
- 4 KIVIAHO, PEKKA, Sport organizations and the structure of society. 54 p. 1973.
- 5 KOMI, PAAVO V., NELSON, RICHARD C. AND PULLI, MATTI, Biomechanics of skijumping. 53 p. 1974.
- 6 METELI, Työolot, terveys ja liikuntakäyttämisen metallitehtaissa. Kartoittavan kyselyn aineistot ja toteuttaminen. 178 p. 1974.
- 7 TIAINEN, JORMA M., Increasing physical education students' creative thinking. 53 p. 1976.
- 8 RUSKO, HEIKKI, Physical performance characteristics in Finnish athletes. 40 p. 1976.
- 9 KIISKINEN, ANJA, Adaptation of connective tissues to physical training in young mice. 43 p. 1976.
- 10 VUOLLE, PAULI, Urheilu elämänsisältönä. Menestyneiden urheilijoiden elämänsisältö kilpailuvuosina - Top sport as content of life. 227 p. 1977.
- 11 SUOMINEN, HARRI, Effects of physical training in middle-aged and elderly people with special regard to skeletal muscle, connective tissue, and functional aging. 40 p. 1978.
- 12 VIITASALO, JUKKA, Neuromuscular performance in voluntary and reflex contraction with special reference to muscle structure and fatigue. 59 p. 1980.
- 13 LUHTANEN, PEKKA, On the mechanics of human movement with special reference to walking, running and jumping. 58 p. 1980.
- 14 LAAKSO, LAURI, Lapsuuden ja nuoruuden kasvuympäristö aikuisiän liikuntaharrastusten selittäjänä: retrospektiivinen tutkimus. - Socialization environment in childhood and youth as determinant of adult-age sport involvement: a retrospective study. 295 p. 1981.
- 15 BOSCO, CARMELO, Stretch-shortening cycle in skeletal muscle function with special reference to elastic energy and potentiation of myoelectrical activity. 64 p. 1982.
- 16 OLIN, KALEVI, Päätöksentekijöiden viiteryhvät kaupunkien liikuntapolitiikassa. - Reference groups of decision-makers in the sport politics of cities. 155 p. 1982.
- 17 KANNAS, LASSE, Tupakointia koskeva terveystiedon peruskoulussa. - Health education on smoking in the Finnish comprehensive school. 251 p. 1983.
- 18 Contribution of sociology to the study of sport. Festschrift Book in Honour of Professor Kalevi Heinilä. Ed. by OLIN, K. 243 p. 1984.
- 19 ALÉN, MARKKU, Effects of self-administered, high-dose testosterone and anabolic steroids on serum hormones, lipids, enzymes and on spermatogenesis in power athletes. 75 p. 1985.
- 20 HÄKKINEN, KEIJO, Training and detraining adaptations in electromyographic, muscle fibre and force production characteristics of human leg extensor muscles with special reference to prolonged heavy resistance and explosive type strength training. 106 p. 1986.
- 21 LAHTINEN, ULLA, Begåvningshandikappad ungdom i utveckling. En uppföljningstudie av funktionsförmåga och fysisk aktivitet hos begåvningshandikappade ungdomar i olika livsmiljöer. 300 p. 1986.
- 22 SILVENNOINEN, MARTTI, Koululainen liikunnan harrastajana: liikuntaharrastusten ja liikuntamotiivien sekä näiden yhteyksien muuttuminen iän mukana peruskoululaisilla ja lukiolaisilla. - Schoolchildren and physically active interests: The changes in interests in and motives for physical exercise related to age in Finnish comprehensive and upper secondary schools. 226 p. 1987.
- 23 POHJOLAINEN, PERTTI, Toimintakykyisyys, terveydentila ja elämäntyyli 71-75-vuotiailla miehillä. - Functional capacity, health status and life-style among 71-75 year-old men. 249 p. Summary 13 p. 1987.
- 24 MERO, ANTTI, Electromyographic activity, force and anaerobic energy production in sprint running; with special reference to different constant speeds ranging from submaximal to supramaximal. 112 p. Tiivistelmä 5 p. 1987.
- 25 PARKATTI, TERTTU, Self-rated and clinically measured functional capacity among women and men in two age groups in metal industry. 131 p. Tiivistelmä 2 p. 1990.
- 26 HOLOPAINEN, SINIKKA, Koululaisten liikuntataidot. - The motor skills of schoolboys and girls. 217 p. Summary 6 p. 1990.
- 27 NUMMINEN, PIIRKKO, The role of imagery in physical education. 131 p. Tiivistelmä 10 p. 1991.
- 28 TALVITIE, ULLA, Aktiivisuuden ja omatoimisuuden kehittäminen fysioterapian tavoitteena. Kehittävän työntutkimuksen sovellus lääkintävoimistelijan työhön. - The development of activity and self-motivation as the aim of physiotherapy. The application of developmental work research in physiotherapy. 212 p. Summary 8 p. 1991.
- 29 KAHILA, SINIKKA, Opetusmenetelmän merkitys

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH

- prososiaalisessa oppimisessa - auttamiskäyttötymisen edistäminen yhteistyöskentelyn avulla koululiikunnassa. - The role of teaching method in prosocial learning - developing helping behavior by means of the cooperative teaching method in physical education. 132 p. Summary 2 p. 1993.
- 30 LIIMATAINEN-LAMBERG, ANNA-ESTER, Changes in student smoking habits at the vocational institutions and senior secondary schools and health education. 195 p. Yhteenveto 5 p. 1993.
- 31 KESKINEN, KARI LASSE, Stroking characteristics of front crawl swimming. 77 p. Yhteenveto 2 p. 1993.
- 32 RANTANEN, TAINA, Maximal isometric strength in older adults. Cross-national comparisons, background factors and association with Mobility. 87 p. Yhteenveto 4 p. 1994.
- 33 LUSA, SIRPA, Job demands and assessment of the physical work capacity of fire fighters. 91 p. Yhteenveto 4 p. 1994.
- 34 CHENG, SULIN, Bone mineral density and quality in older people. A study in relation to exercise and fracture occurrence, and the assessment of mechanical properties. 81 p. Tiivistelmä 1 p. 1994.
- 35 KOSKI, PASI, Liikuntaseura toimintaympäristös-ään. - Sports club in its organizational environment. 220 p. Summary 6 p. 1994.
- 36 JUPPI, JOEL, Suomen julkinen liikuntapolitiikka valtionhallinnon näkökulmasta vuosina 1917-1994. - Public sport policy in Finland from the viewpoint of state administration in 1917-1994. 358 p. Summary 7 p. 1995.
- 37 KYRÖLÄINEN, HEIKKI, Neuromuscular performance among power- and endurance-trained athletes. 82 p. Tiivistelmä 3 p. 1995.
- 38 NYANDINDI, URSULINE S., Evaluation of a school oral health education programme in Tanzania: An ecological perspective. 88 p. Tiivistelmä 2 p. 1995.
- 39 HEIKINARO-JOHANSSON, PILVIKKI, Including students with special needs in physical education. 81 p. Yhteenveto 4 p. 1995.
- 40 SARLIN, EEVA-LIISA, Minäkokemuksen merkitys liikuntamotivaatiotekijänä. - The significance of self perception in the motivational orientation of physical education. 157 p. Summary 4 p. 1995.
- 41 LINTUNEN, TARU, Self-perceptions, fitness, and exercise in early adolescence: a four-year follow-up study. 87 p. Yhteenveto 5 p. 1995.
- 42 SIPILÄ, SARIANNA, Physical training and skeletal muscle in elderly women. A study of muscle mass, composition, fiber characteristics and isometric strength. 62 p. Tiivistelmä 3 p. 1996.
- 43 ILMANEN, KALERVO, Kunnat liikkeellä. Kunnallinen liikuntahallinto suomalaisen yhteiskunnan muutoksessa 1919-1994. - Municipalities in motion. Municipal sport administration in the changing Finnish society 1919-1994. 285 p. Summary 3 p. 1996.
- 44 NUMMELA, ARI, A new laboratory test method for estimating anaerobic performance characteristics with special reference to sprint running. 80 p. Yhteenveto 4 p. 1996.
- 45 VARSTALA, VÄINÖ, Opettajan toiminta ja oppilaiden liikunta-aktiivisuus koulun liikuntatunnilla. - Teacher behaviour and students' motor engagement time in school physical education classes. 138 p. Summary 4 p. 1996.
- 46 POSKIPARTA, MARITA, Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuoro-vaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. - Health counselling, learning to learn. Videotapes expressing and developing nurses' communication skills. 159 p. Summary 6 p. 1997.
- 47 SIMONEN, RIIHTA, Determinants of adult psychomotor speed. A study of monozygotic twins. - Psykomotorisen nopeuden determinantit identtisillä kaksosilla. 49 p. Yhteenveto 2 p. 1997.
- 48 NEVALA-PURANEN, NINA, Physical work and ergonomics in dairy farming. Effects of occupationally oriented medical rehabilitation and environmental measures. 80 p. (132 p.) 1997.
- 49 HEINONEN, ARI, Exercise as an Osteogenic Stimulus. 69 p. (160 p.) Tiivistelmä 1 p. 1997.
- 50 VUOLLE, PAULI (Ed.) Sport in social context by Kalevi Heinilä. Commemorative book in Honour of Professor Kalevi Heinilä. 200 p. 1997.
- 51 TUOMI, JOUNI, Suomalainen hoitotiedekeskustelu. - The genesis of nursing and caring science in Finland. 218 p. Summary 7 p. 1997.
- 52 TOLVANEN, KAIJA, Terveyttä edistävän organisaation kehittäminen oppivaksi organisaatioksi. Kehitysnäytökset ja kehittämistehtävät terveyskeskuksen muutoksen virittäjänä. - Application of a learning organisation model to improve services in a community health centre. Development examples and development tasks are the key to converting a health care. 197 p. Summary 3 p. 1998.
- 53 OKSA, JUHA, Cooling and neuromuscular performance in man. 61 p. (121 p.) Yhteenveto 2 p. 1998.
- 54 GIBBONS, LAURA, Back function testing and paraspinal muscle magnetic resonance image parameters: their associations and determinants. A study on male, monozygotic twins. 67 p (128 p.) Yhteenveto 1p. 1998.
- 55 NIEMINEN, PIPSA, Four dances subcultures. A study of non-professional dancers' socialization, participation motives, attitudes and stereotypes. - Neljä tanssin alakulttuuria. Tutkimus tanssinharrastajien tanssiin sosiaalistumisesta, osallistumismotiiveista, asenteista ja stereotyyppioista. 165 p. Yhteenveto 4 p. 1998.

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH

- 56 LAUKKANEN, PIA, Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. - Carrying out the activities of daily living among elderly people. 130 p. (189 p.). Summary 3 p. 1998.
- 57 AVELA, JANNE, Stretch-reflex adaptation in man. Interaction between load, fatigue and muscle stiffness. 87 p. Yhteenveto 3 p. 1998.
- 58 SUOMI, KIMMO, Liikunnan yhteissuunnittelu-metodi. Metodin toimivuuden arviointi Jyväskylän Huhtasuo lähiössä. - Collaborative planning method of sports culture. Evaluation of the method in the Huhtasuo suburb of the city of Jyväskylä. 190 p. Summary 8 p. 1998.
- 59 PÖTSÖNEN, RIIKKA, Naiseksi, mieheksi, tietoiseksi. Koululaisten seksuaalinen kokeneisuus, HIV/AIDS-tiedot, -asenteet ja tiedonlähteet. - Growing as a woman, growing as a man, growing as a conscious citizen. 93 p. (171 p.). Summary 3 p. 1998.
- 60 HÄKKINEN, ARJA, Resistance training in patients with early inflammatory rheumatic diseases. Special reference to neuromuscular function, bone mineral density and disease activity. - Dynaamisen voimaharjoittelun vaikutukset nivelreumaa sairastavien potilaiden lihasvoimaan, luutiheyteen ja taudin aktiivisuuteen. 62 p. (119 p.) Yhteenveto 1 p. 1999.
- 61 TYNJÄLÄ, JORMA, Sleep habits, perceived sleep quality and tiredness among adolescents. A health behavioural approach. - Nuorten nukkumistottumukset, koettu unen laatu ja väsyneisyys. 104 p. (167 p.) Yhteenveto 3 p. 1999.
- 62 PÖNKKÖ, ANNELI, Vanhemmat ja lastentarhanopettajat päiväkotilasten minäkäsityksen tukena. - Parents' and teachers' role in self-perception of children in kindergartens. 138 p. Summary 4 p. 1999.
- 63 PAAVOLAINEN, LEENA, Neuromuscular characteristics and muscle power as determinants of running performance in endurance athletes with special reference to explosive-strength training. - Hermolihasjärjestelmän toimintakapasiteetti kestävyysuorituskykyä rajoittavana tekijänä. 88 p. (138 p.) Yhteenveto 4 p. 1999.
- 64 VIRTANEN, PAULA, Effects of physical activity and experimental diabetes on carbonic anhydrase III and markers of collagen synthesis in skeletal muscle and serum. 77 p. (123 p.) Yhteenveto 2 p. 1999.
- 65 KEPLER, KAILI, Nuorten koettu terveys, terveyskäyttäytyminen ja sosiaalistumisympäristö Virossa. - Adolescents' perceived health, health behaviour and socialisation environment in Estonia. - Eesti noorte tervis, tervisekäitumine ja sotsiaalne keskkond. 203 p. Summary 4p. Kokkuvöte 4 p. 1999.
- 66 SUNI, JAANA, Health-related fitness test battery for middle-aged adults with emphasis on musculoskeletal and motor tests. 96 p. (165 p.) Yhteenveto 2 p. 2000.
- 67 SYRJÄ, PASI, Performance-related emotions in highly skilled soccer players. A longitudinal study based on the IZOF model. 158 p. Summary 3 p. 2000.
- 68 VÄLIMAA, RAILI, Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. - Adolescents' perceived health based on surveys and focus group discussions. 208 p. Summary 4 p. 2000.
- 69 KETTUNEN, JYRKI, Physical loading and later lower-limb function and findings. A study among male former elite athletes. - Fyysisen kuormituksen yhteydet alaraajojen toimintaan ja löydöksiin entisillä huippu-urheilijamiehillä. 68 p. (108 p.) Yhteenveto 2 p. 2000.
- 70 HORITA, TOMOKI, Stiffness regulation during stretch-shortening cycle exercise. 82 p. (170 p.) 2000.
- 71 HELIN, SATU, Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatio-prosessi. - Functional decline and the process of compensation in elderly people. 226 p. Summary 10 p. 2000.
- 72 KUUKKANEN, TIINA, Therapeutic exercise programs and subjects with low back pain. A controlled study of changes in function, activity and participation. 92 p. (154 p.) Tiivistelmä 2 p. 2000.
- 73 VIRMAVIRTA, MIKKO, Limiting factors in ski jumping take-off. 64 p. (124 p.) Yhteenveto 2 p. 2000.
- 74 PELTOKALLIO, LIISA, Nyt olisi pysähtymisen paikka. Fysioterapian opettajien työhön liittyviä kokemuksia terveysalan ammatillisessa koulutuksessa. - Now it's time to stop. Physiotherapy teachers' work experiences in vocational health care education. 162 p. Summary 5 p. 2001.
- 75 KETTUNEN, TARJA, Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. - Health counseling conversation. A study of patient participation and its support by nurses during hospital counseling. 123 p. (222 p.) Summary 6 p. 2001.
- 76 PULLINEN, TEEMU, Sympathoadrenal response to resistance exercise in men, women and pubescent boys. With special reference to interaction with other hormones and neuromuscular performance. 76 p. (141 p.) Yhteenveto 2 p. 2001.
- 77 BLOMQVIST, MINNA, Game understanding and game performance in badminton. Development and validation of assessment instruments and their application to games teaching and coaching. 83 p. Yhteenveto 5 p. 2001.
- 78 FINNI, TAJA, Muscle mechanics during human movement revealed by *in vivo* measurements of tendon force and muscle length. 83 p. (161

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH

- p.) Yhteenveto 3 p. 2001.
- 79 KARIMÄKI, ARI, Sosiaalisten vaikutusten arviointi liikuntarakentamisessa. Esimerkkinä Äänekosken uimahalli. - Social impact assessment method in sports planning. - The case of Äänekoski leisure pool. 194 p. Summary 3 p. 2001.
- 80 PELTONEN, JUHA, Effects of oxygen fraction in inspired air on cardiorespiratory responses and exercise performance. 86 p. (126 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 81 HEINILÄ, LIISA, Analysis of interaction processes in physical education. Development of an observation instrument, its application to teacher training and program evaluation. 406 p. Yhteenveto 11 p. 2002.
- 82 LINNAMO, VESA, Motor unit activation and force production during eccentric, concentric and isometric actions. - Motoristen yksiköiden aktivointi ja lihasten voimantuotto eksentrisessä, konsentrisessä ja isometrisessä lihastyössä. 77 p. (150 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 83 PERTTUNEN, JARMO, Foot loading in normal and pathological walking. 86 p. (213 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 84 LEINONEN, RAIJA, Self-rated health in old age. A follow-up study of changes and determinants. 65 p. (122 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 85 GRETSCHER, ANU, Kunta nuorten osallisuusympäristönä. Nuorten ryhmän ja kunnan vuorovaikutussuhteen tarkastelu kolmen liikuntarakentamisprojektin laadun- arvioinnin keinoin. - The municipality as an involvement environment - an examination of the interactive relationship between youth groups and municipalities through the quality assessment of three sports facilities construction projects. 236 p. Summary 11 p. 2002.
- 86 PÖYHÖNEN, TAPANI, Neuromuscular function during knee exercises in water. With special reference to hydrodynamics and therapy. 77 p. (124 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 87 HIRVENSALO, MIRJA, Liikuntaharrastus iäkkäänä. - Yhteys kuolleisuuteen ja avun- tarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. - Physical activity in old age - significance for public health and promotion strategies. 106 p. (196 p.) Summary 4 p. 2002.
- 88 KONTULAINEN, SAJA, Training, detraining and bone - Effect of exercise on bone mass and structure with special reference to maintenance of exercise induced bone gain. 70 p. (117 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 89 PITKÄNEN, HANNU, Amino acid metabolism in athletes and non-athletes. - With Special reference to amino acid concentrations and protein balance in exercise, training and aging. 78 p. (167 p.) Yhteenveto 3 p. 2002.
- 90 LIIMATAINEN, LEENA, Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammatti- korkeakouluopiskelijoiden terveyden edistä- misen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. - Towards health promotion expertise through experiential learning. Student nurses' health promotion learning during clinical practice. 93 p. (164 p.) Summary 4 p. 2002.