

Rajoilla ja ytimestä

**Terveysten edistämisen näyttötyminen
väitöskirjatutkimuksissa**

Pirjo Koskinen-Ollonqvist, Mervi Aalto-Kallio, Nella Mikkonen, Päivi Nykyri,
Heikki Parviainen, Paula Saikkonen ja Kaarina Tamminiemi

2 Rajoilla ja ytimessä

Tiivistelmä

Terveyden edistämisen keskuksen laatu- ja palvelutoiminnan yksikkö tarkasteli Suomessa kuuden vuoden aikana tuotettuja väitöskirjoja, jotka valittujen kriteerien pohjalta sivusivat terveyden edistämistä. Väitöskirjoihin oletettiin sisältyvän teoreettisesti perusteltua tietoa, jota voitaisiin käyttää terveyden edistämisen kehittämisessä.

Tavoitteena oli konkretisoida terveyden edistämistä, lisätä tietoisuutta siitä moniulotteisena työmuotona ja arkea parantavana aktiivisena toimintana kaikkien toimijoiden hyväksi. Tavoitteena oli myös terveyden edistämisen kehittäminen ja tulkin roolina toimiminen teorian ja käytännön yhteensovittamisessa sekä kuvan saaminen siitä, miten terveyden edistäminen käsitteenä ja tavoitteellisena toimintana näyttäytyi näissä tutkimuksissa.

Julkaisulle asetetun tavoitteen saavuttamiseksi koottiin eri yliopistojen tiedekuntien ja ainelaitosten tuottamat väitöskirjat, joista lopulliseen tarkasteltavien ryhmään kuului 35 väitöskirjaa. Valintakriteereinä olivat terveyden edistämisen voimavaralähtöisyys ja erilaisten taustatekijöiden osuuden prosessimainen korostuminen terveyden tuottamisessa. Tarkastelun ulkopuolelle jäivät terveyteen liittyvät väitöskirjatutkimukset, jotka rakentuivat funktionalistisesti.

Tarkasteltavien joukkoon kuuluvista tutkimuksista haluttiin saada selville niiden tarjoama kuva terveyden edistämisen ytimestä. Tutkimusten odotettiin tarjoavan mallia ja ajatusta ytimen rakentamiseksi.

Tutkimuksia tarkasteltiin sekä terveyden edistämisen ilmiöstä että aineistosta käsin. Tarkastelu ei ollut yksinomaan aineistolähtöistä, vaan aineisto oli vuoropuhelussa terveyden edistämisen ennakkoon määritellyn käsitteen ja sisällön kanssa.

Tuloksena löydettiin kolme aluetta, joita kutsuttiin tiedonrakenteluksi, voimavarojen rakenteluksi ja elinolojen vuorovaikutusrakenteluksi. Niiden pohjalta oli rakennettavissa terveyden edistämisen kehikko, jossa osoitettiin yksilöllisten ja yhteisöllisten valintojen olevan kolmen alueen sisäisen ja toistensa välisen vuoropuhelun seuraus. Tarkastellut tutkimukset sijoituivat näille kolmelle alueelle tieteenalasta riippumatta. Osa tutkimuksista sisälsi aineksia kaikilta alueilta.

Tiedonrakentelun prosessi koostui kahdesta kokonaisuudesta, joita olivat henkilökohtaisen ymmärryksen kehä ja sosiaalinen tiedonrakentelu. Henkilökohtainen ymmärrys tarkoitti yksilön omaa käsityskykyä, hiljaisen esiymmärryksen tuottamista ja

henkilökohtaista uskomusta, joka vahvistaa omaa käsityskykyä.

Voimavararakentelussa kiinnitettiin huomiota ympäristöihin ja niiden voimavaroja tukeviin aineksiin. Taustalla olivat arvot ja ihmiskäsitys, jotka suuntaavat voimavararakentelua. Voimavararakentelu perustuu myönteisten terveystekijöiden vahvistamiseen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla.

Elinolojen vuorovaikutusrakentelulla tarkoitettiin sitä, että ympäristötekijät (fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset) luovat vuorovaikutuksessa toistensa sekä yksilön kanssa elinolot, jotka vaikuttavat terveyteen. Elinolojen vuorovaikutuksen rakentelussa oli olennaista eri tekijöiden vuorovaikutus toistensa kanssa ja tämän vuorovaikutuksen tulos on terveyttä ja hyvinvointia määrittävä tekijä.

Alkusanat

”Toimii käytännössä, mutta toimiiko teoriassa” kysyy Maila Upanne (2001) omassa väitöskirjassaan, jossa tarkasteltiin menestyksellisesti tehtyä itsemurhien ehkäisytyötä usean vuoden ajalta. Hänen tehtävänsä oli antaa tehdylle työlle selitysvoimaa ja si-joittaa se teoreettiseen kehikkoon. Terveyden edistämässä näyttävät tällä hetkellä yleisesti teoria ja käytäntö eriytyneen. Teoria kulkee omaa rataansa, saa kansainvälisiä tieteellisiä vaikutteita ja osaa parhaiten selittää poliittisissa puheissa ilmenneiden utopioiden ja hyvää tarkoittavien rakennelmien sisältöä. Käytäntö, jota kutsutaan terveyden edistämiseksi, tarkoittaa arkista sairauksien riskitekijöiden tiedostamista ja niihin vaikuttamista informaatiota välittämällä. Usein muunlainen työ, joka tähtää samansuuntaisiin tuloksiin eli yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveyteen, ei tunnu sisältyvän ja mahtuvan tähän perinteiseen ajattelutapaan.

Sanonta ”käytäntö on parhaita teoriaa” saattaa antaa liian kapean kuvan ainakin silloin, kun puhutaan terveyden edistämisestä ja tehdään siihen tähtäävää työtä. Teoria ei ole irrallaan vallitsevasta arvomaailmasta ja sen synnyttämistä painoalueista. Se on alistainen yhteiskunnassa tapahtuville muutoksille. Teoriasta haetaan apua usein yksilöotteen maailman selittämisessä. Ehkä venäläinen sanonta ”Pumaga pumaga, i praktika praktika” (teoria teoriana ja käytäntö käytäntönä) osuu oikeaan, kun puhutaan

terveyden edistämisestä. Terveiden edistämisen tutkimuksen ja käytännön ongelmat palautuvat viime kädessä ihmisen kasvuun yksilönä ja sosiaalisen yhteisön jäsenenä sekä ihmisenä olemiseen.

Tietoisena rajoista ja rajoitteista Terveiden edistämisen keskuksen laatu- ja palvelutoiminnan yksikkö lähti hakemaan neuvoa Suomessa kuuden vuoden aikana tuotetuista väitöskirjoista, jotka jollakin tavalla sivusivat terveyden edistämistä tai pyrkivät olemaan sen ytimessä. Haluttiin synnyttää vuoropuhelua tieteellisten tuotosten ja niiden pohjalta valitun teoreettisen kehikon välillä. Väitöskirjoissa oletettiin olevan viimeisin, punnittu ja teoreettisesti perusteltu tieto, jota voitaisiin käyttää terveyden edistämisen kehittämisessä. Ennen neuvon kysymistä oli ratkaistava, mitä haluamme tietää ja mitkä ovat ne ydinainekset, jotka vievät terveyden edistämistä eteenpäin. Tätä kautta syntyi tarkasteltavan väitöskirja-aineiston ja kirjallisuuden sekä käytännön kokemuksen synnyttämä jaottelu tiedonrakenteluun, voimavararakenteluun ja elinolojen vuorovaikutusrakenteluun antamaan suuntaa terveyden edistämislle.

Kun ollaan terveyden edistämisen rajoilla ja ytimessä on mietittävä, mikä on ydintä ja miten ydintä hyödyntämällä saadaan riittävä tulos terveyden edistämässä. Milloin on saatu rahoille vastinetta ja tehty tuloksellista, jopa vaikuttavaa työtä. Ennen kuin tähän voi vastata, on sovittava terveyden edistämisen yksiselitteisestä tai käytävästä määrittelystä, koska ilman sitä ei voida mitata tehtävää työtä eikä tietää, onko työ ollut tuloksellista.

Väitöskirjoja tarkastelemalla odotettiin mahdollisuutta marssittaa esiin terveyden tuottamisessa väliin tulevia tekijöitä ja korostaa tutkimusten avulla väliin tulevien tekijöiden painoarvoa käytännön terveyden edistämisen lähestymistapojen ja menetelmien valinnassa. Tehdyt väitöskirjatutkimukset ovat kunkin ajankohtaisen ongelman ja tehtävän ratkaisemiseksi konkreettisia ja antavat näin sisältöä terveyden edistämislle välttämättömään operationalisointiin.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on tukenut julkaisun valmistamista ja antanut mahdollisuuden luovasti edetä terveyden edistämisen etsimisessä. Rajoilla ja ytimessä -ajattelutavan mukainen työ on vain yksi osa kokonaisuudesta, jossa toimii edelleen laajeneva joukko ihmisiä ja joille toivoisi julkaisun sanoman toimivan haasteena.

Tekijät

Sisältö

1. Johdanto	9
1.1. Heräämisen vaiheet	9
1.2. Lähtökohdat	13
1.3. Tavoitteet	16
1.4. Julkaisun rakenne	17
2. Terveyden edistäminen ilmiönä	19
2.1. Terveyden edistämisen määrittelyä	19
2.2. Terveyden edistämisen taustaolettamuksia	24
2.3. Terveyden edistämisen malleja	27
3. Tutkimustapaukset	30
4. Terveyden edistämisen näyttäytyminen tutkimuksissa	31
4.1. Tiedonrakentelu	32
4.1.1. Behaviorismi	35
4.1.2. Kognitivismi	38
4.1.3. Humanismi	40
4.1.4. Konstruktivismi	45
4.2. Voimavararakentelu	49
4.2.1. Koherenssin tunne	51
4.2.2. Osallistaminen ja vaikutusmahdollisuudet	58
4.2.3. Omavoimaistaminen	61
4.2.4. Sosiaalinen pääoma	67
4.3. Elinolojen vuorovaikutusrakentelu	72
4.3.1. Terveyden taustatekijät	72
4.3.2. Terveyden edistämisen areenat	75
5. Vaikuttaminen ja valinnat	86

6. Terveyden edistämisen toimintaote ja menetelmät	89
6.1. Terveyden edistämisen toimintaote	89
6.2. Terveyden edistämisen menetelmät	92
7. Tutkimusten tarjoamia haasteita terveyden edistämiselle	94
7.1. Terveyden edistämisen interventiot	94
7.2. Tutkimuksien sisältöjä	96
8. Lopuksi	103
Lähteet	108

1. Johdanto

1.1. Heräämisen vaiheet

Terveyden edistämisen kehityksen taustalla ovat yhteiskunnan muutosvirrat, jotka näkyvät traditionaalisena, modernina ja jälkimodernina yhteiskuntamuotona. Nämä muutosvirrat näkyvät terveyden edistämisen käsitteen ja toiminnan ajallisena ja sisällöllisenä vaihteluna. Terveyden edistäminen ilmiönä ei ole ympäröivästä kulttuurista irrallaan ja se on määrittynyt aatteellisesti erilaisia ideologisia lähtökohtia ja aatevirtauksia vasten omaksi kokonaisuudekseen. Käsitteen taustalla olevia muutoksia voidaan peilata esimerkiksi Fogelin (2000) arvojen ja politiikan muuttumista Pohjois-Amerikassa kuvaavaa henkiset heräämiset (spiritual awakening) -jaottelua vasten.

Fogelin (2006) heräämiset ovat ideaalityyppejä, joiden tarkoituksena on heijastaa kunkin ajan oloja ja yhteiskunnan muutosvirtoja sekä antaa niille maailmankuvallinen selitys. Herääminen alkaa hengellisenä tai filosofisena liikkeenä tiivistyen poliittiseksi ohjelmaksi. Ne eivät selitä kaikkea, ne etenevät eri tahtia eri vahvuisina eri paikoissa ja niiden väliset rajapinnat ovat sumeita. Lillrank (2006) on kuvannut heräämisiä tuotantotaloudellisesta näkökulmasta, johon on yhdistettävissä terveyden edistämisen eri vaiheet. Heräämiset heijastuvat terveyden edistämisen politiikkaan.

Traditionaalista yhdessäoloyhteiskuntaa (Gemeinschaft) kuvasivat kyläyhteisöt, työväenyhteisöt ja kaikinpuolinen yhteisöllinen aktiivisuus. Osallistuminen oli kokonaisvaltaista ja usein syntyperä määrittäjäsenyyksiä kulttuurisissa ja sosiaalisissa yhteisöissä. (Möttönen & Niemelä 2005.)

Traditionaalista yhdessäoloyhteiskuntaa kuvastavat Fogelin (2000) näkemyksen mukaiset ensimmäinen herääminen (1730 – 1760) ja toinen herääminen (1800 – 1840). Ensimmäisen heräämisen saavutus oli vapautuminen predestinaatio-opista ja toisen heräämisen myötä yksilöllisen pelastuksen mahdollisuus kehittyi kamppailusta niin sisäistä kuin ulkoista syntiä vastaan. Tämä merkitsi ihmisen kykyä itse vaikuttaa kohtalonsa. Siirryttiin laajempaan ymmärrykseen sairauksista. Ne eivät olleet enää kohtalon tuomia. Sairauksien, kuten tarttuvien tautien puhkeamista voitiin estää suojautumalla tai käyttäytymällä tietyllä tavoin. Liberalismi työnsi sivuun moraalitalouden näkemyksiä, joiden mukaan köyhyys kuului Jumalan antamaan maailmanjärjestyk-

seen. Toisen heräämisen myötä köyhyys eli kyvyttömyys elättää itseään oli moraalitto-
muutta, jota ei tullut köyhiä auttamalla suosia eikä edistää. Samalla tavoin 1900-luvun
lopun uusliberalismin nousu sisälsi talouskurin sisään rakennetun moraalisen itsekurin
vaatimuksen (Julkunen 2006).

Yksilökohtainen moraalitietäminen vaikutti ihmisen asemaan yhteiskunnassa, kun kaikilla oli
samat mahdollisuudet. Toinen herääminen vaikutti kielto- ja rajoitustalouteen ja naisten oikeuksien li-
säämiseen. Yksilöllinen moraalitietäminen johti käsitykseen moraalista kansalaisyhteiskunnas-
ta. Terveystietämisen näkökulmasta toinen herääminen oli raittiusliikkeen aikaa.
Alkoholia ei julistettu pannaan sen takia, että se olisi ollut ensisijaisesti terveyttä tu-
hoava, vaan moraalinen kysymys. Terveystietämisen sanomana oli saada ihmiset
käyttäytymään moraalitietämisestä oikein. Tähän voitiin päästä jakamalla tietoa moraalitietä-
misestä arveluttavista asioista ns. valistuksella. Ihmisen käyttäytymisellä oli eettinen ja moraa-
lisen perusta. Yhteisö loi säännöt sopivaan käyttäytymiseen. Terveystietäminen
ei vielä ollut yksilökohtaista. Terveystietäminen ei ollut tietoista eikä tavoitteellista
toimintaa. Yhteisön normien mukainen toiminta oli hyvinvoinnin tae.

Modernin yhteiskunnan (Gesellschaft) rakentuminen perustui yksilöllistymis-
kehitykseen mutta toisaalta myös siihen, että yhteisöjen rinnalle synnyttiin hyvin-
vointivaltio. Tälle oli leimallista palkkatyö, selkeä luokkatietoisuus, vakiintuneet elämää
jäsentävät instituutiot, keskusjohtoisuus ja usko suunnittelun voimaan. Toiminta oli pää-
määrätietoisuutta, kun tehtiin lääketieteellisesti perusteltujen terveyden edistämisen
suunnitelmien mukaan, lopputuloksen odotettiin olevan sen mukainen.

Hyvinvointivastuu tarkoittaa universalismin henkeä, jolloin jokaiseen kansalaiseen
suhtaudutaan kuin keneen tahansa ilman, että jaotellaan heitä apua ansaitseviksi tai
ansaitsemattomiksi. Hyvinvointivaltiossa ajatellaan olevan kyse sellaisesta riskitilantei-
den ja epävarmuuden hallinnasta, joka tunnustaa satunnaisuuden vaikutuksen kenen
tahansa elämässä. Hyvinvointitietämisestä mukaan politiikalla halutaan puuttua kansalais-
ten tilanteisiin kuin muuttaa heitä itseään, tai sitten heidän muuttamisensa tapahtuu
välillisesti elämäntilanteiden kohentamisen kautta. (Julkunen 2006.)

Kolmannen heräämisen (1890 – 1930) käyttövoimia olivat modernismi, teollistu-
minen ja urbanisaatio. Kansalaisyhteiskunnan moraalitietämisestä huomio kohdistui
rakenteisiin. Köyhyyttä ei nähty yksilöllisen vajavaisuuden vaan olojen seurauksena.
Henkilökohtaisen kilvoittelun sijaan tuli esille yhteiskunnallinen aktivismi. Myös ajatus
sosiaalisesta determinismistä eli ympäristön vahvasta merkityksestä ihmisen elämää
ja käyttäytymistä muovaavana tekijänä vahvistui. Terveystietämisessä tämä tar-

koitti terveyden taustoihin vaikuttamista eli näkemystä siitä, että ihmisiltä ei voi odottaa terveyttä tuottavaa käyttäytymistä, ellei ole tarjota sitä tukevia mahdollisuuksia.

Rakenteisiin liittyi terveyden edistämisen kannalta se ongelma, että niiden tuomia riskejä oli vaikea välttää tai niihin oli vaikea päästä käsiksi. Vahvistui uskomus elintapojen vahvasta merkityksestä terveydelle, jolloin yksilö muuttaessaan elintapojaan mahdollisesti terveen elämän muiden terveyden taustatekijöiden unohtuessa. Toisaalta keinoja vaikuttaa muuhun kuin yksinomaan elintapoihin ei juuri ollut tai ei nähty olevan.

Myöhäismodernissa vaiheessa yksilöllistymiskehitys ”vapautti” ihmisen modernin yhteiskunnan rakenteista, kansakunnasta, luokasta, aineellisesta tuotannosta, hyvinvointivaltion instituutioista. Myös yhteiskunnalliset ongelmat yksilöllistyivät. Uskottiin, että on olemassa vahvoja yksilöitä, joilla on henkilökohtaisia resursseja kohdata riskejä ilman instituutioiden tai yhteisöjen suojaa. Suojaverkoista ja ennustettavuutta tuovista normeista irtautumisen katsottiin aiheuttavan epävarmuutta ja turvattomuutta. Uudenlaisen yksilöllisyyden katsottiin tarvitsevan toteutuakseen avoimia yhteisöjä ja yksilöllistä solidaarisuutta. Yksilö ja yhteisö eivät ole tosiaan poissulkevia tai vastakkaisia. Näihin uusiin yhteisöihin sitoutuminen oli kuitenkin ohutta ja kapeaa. Yhdessä olemisen ja yhdessä tekemisen sijaan ihmiset osallistuivat episodisesti ja valikoiden.

Myöhäismodernia yhteiskuntaa kuvastaa neljäs herääminen (1960 –), joka sai voimaa herätyskristillisyydestä. Sen myötä korostui yksilön vastuu, henkinen pääoma ja uudenslaiset hyveet: oman elämän hallinta, kokonaisvaltainen fyysinen ja henkinen hyvinvointi sekä luonnollisten sosiaalisten suhteiden vaaliminen. Syntyi sosiaalisia liikkeitä kuten miesten vastuullisuutta korostava toiminta. Yhä useampi on Fogelin mukaan oman onnensa seppä ja ihmisten kyvykkyyksien ja elämäntapavalintojen luonnolliset erot alkavat näkyä tuloeroina. Neljättä heräämistä voi tarkastella yksilöllisten, yhteisöllisten ja henkisten arvojen esiinmarssina. Julkusen (2006) mukaan refleksiivisessä yksilöllisyydessä voi olla eri sävyjä siinä, painottuuko yksilöiden pakko, valmius vai halukkuus ottaa elämänsä ja sen riskit ”omiin käsiinsä”, rakentaa omat vaikutensa ja kantaa valintojensa seuraukset.

Terveyden edistäminen on heräämisajattelun mukaisen neljännen vaiheen aikana hakenut muotoaan. Yksilökeskeisessä ajatusmallissa kaikki materiaallinen, kehollisuuteen ja terveyteen liittyvä on julkisessa kontrollissa, mutta mielellä ei ole väliä. Ollaan esimerkiksi huolissaan kännyköiden vaikutuksista lasten terveyteen, mutta ei

siitä mitä perheissä tapahtuu tai mikä on perheen merkitys tulevaisuuden suhteen. Jälkimmäinen on yhteisöllisestä näkökulmasta nouseva ajattelutapa.

Esitetty jaottelu rakentuu Yhdysvaltoihin tulleiden siirtolaisten lähtökohtien ja maailmankuvan kautta, esimerkiksi ensimmäiseen heräämiseen liittyvä käsitys predestinaatiosta ja neljännessä heräämisessä esiintyvä ajatus jokaisesta oman onnensa seppänä viittaavat tähän suuntaan. Terveiden edistämisen käsitteen ja toiminnan taustalla on myös toinen, yhteisöllisempi lähestymistapa, joka toiselta puolelta määrittää käsitettä.

Ranskan vallankumoukseen usein yhdistetyn ajatuksen tasa-arvosta voidaan katsoa muuttaneen muotoaan ja kehittyneen esimerkiksi Karl Marxin tuotannon edustamassa sosialistisessa materialismissa. Tasavertaisuuden ja yhteiskunnallisen vastuun ajatus oli käytännössä vahvasti mukana esimerkiksi Otto von Bismarckin (1815 – 1898) aikana Saksassa toteutetussa sosiaalivakuutusjärjestelmässä. Tässä yhteydessä vastuun rajat nähtiin kansallisvaltiokeskeisesti, mutta esimerkiksi Marxin ajattelu oli periaatteessa kansainvälistä.

Sosialistinen ajattelu painotti teoriassa ihmisten välistä tasa-arvoa ja yhtäläisiä oikeuksia hyvinvointiin. Ajatus yhteiskunnan tai oikeastaan kansallisvaltion vastuusta kansalaisistaan on levinnyt eri asteisena ympäri maailman, esimerkiksi julkisin varoin rakennettuja teitä, peruskoulujärjestelmää ja ääripäässä kommunistista yhteiskuntaa voidaan pitää esimerkkeinä velvoitteiden määrittymisestä yhteiskunnan tehtäviksi.

Tulevaisuudessa terveyden edistämisen peruseriaatteet ja pohjat joille se rakentuu, sitoutumisen ja osallistumisen syvyys ja ajallinen kesto, saavat uudenlaisen sisällön. Uhkien, riskien ja vastuiden keskinäiset yhteydet monimutkaistuvat ja niiden selvittäminen ja määrittely yksilön ja yhteisön sekä yhteiskunnan näkökulmasta on aiempaa tärkeämpää ja haasteellisempää. Kysymys on myös siitä, kenellä tai millä on vastuu terveyden edistämässä. Terveiden edistämisen periaatteiden mukaan kaikilla tulee olla paitsi vastuu, myös mahdollisuus itsenäisyyteen ja omavoimaisuuteen. Tämä vaatii yksilöiden lisäksi myös yhteiskunnalta panosta ja uudenlaista ajattelua terveyden edistämässä.

Terveiden edistämisen mahdollisuudet ja keinot ovat edelleen rajalliset. Ytimeen on vaikea päästä. Materiaalinen puute ja fyysiseen terveyteen liittyvä tieto tai keinot eivät ole niitä varsinaisia ongelmia, jotka olisivat ratkaistavissa terveyden edistämisen keinoin. Ongelmana on henkisten voimavarojen hyödyntäminen, arjen hallinta terveyttä tuottavalla tavalla terveyden taustatekijöihin vaikuttamisesta huolimatta. Terveiden

edistämisen tehtävänä on mahdollisuuksien tarjoaminen selviytymiseen ja arjen hallintaan. Neljännen heräämisen maailmassa hyvinvoinnin keskeinen elementti on hyve.

Fogelin (2000) näkemyksen mukaan ongelmana on olennaisten henkisten resurssien eli hyveiden epätasainen jakautuminen. Antonovskyn (1987) koheesio käsite tarkoittaa tulkinnallisesti samaa. Hyveitä ovat käsitys elämän tarkoituksesta, usko tulevaisuuteen ja osallisuus yhteiskunnassa ja elämässä, sosiaalinen solidaarisuus, perheen ja lähiyhteisöjen arvostus ja niihin panostaminen. Hyveellisellä ihmisellä on hyvä työmoraali, käsitys kurinalaisuudesta, kyky keskittyä tavoitteiden saavuttamiseksi ja voimaa vastustaa houkutuksia. Hänellä on hyvä itsetunto, halu oppia ja arvostaa laadua.

Terveyden edistämisen tulee kohdistua toimenpiteisiin, joilla henkiset resurssit saadaan jakautumaan tasaisesti. Mitä nämä toimenpiteet ovat, joilla saadaan aikaan henkisiä resursseja ja niiden tasainen jakautuminen? Missä on terveyden edistämisen paikka: vaikutetaanko tekijöihin, joiden avulla syntyy henkisiä voimavaroja vai pyritäänkö hyödyntämään ihmisten jo olemassa olevia henkisiä voimavaroja terveyden aikaansaamiseksi?

1.2. Lähtökohdat

Terveyden edistämisen kehitysvaiheita voidaan kuvata terveystieteiden, terveyden suojelun (sairauksia aiheuttavilta tekijöiltä suojautuminen) ja terveyden edistämisen vaiheiksi. Näiden taustalla on sairauksien ehkäisyn paradigma, joka muuttui terveyden edistämisen paradigmaksi. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelujärjestelmä-, palvelu- sekä preventiokeskeisyydestä siirryttiin terveyteen vaikuttavien tekijöiden terveyden edellytysten turvaamiseen ja terveyden mahdollistamiseen. Tämä tarkoittaa myös yksilön näkemistä yhteisön ja yhteiskunnan osana. Dikotomisesta ajattelusta on siirrytty vaiheittain kohti prosessiajattelua samoin kuin patogeenisestä salutogeeniseen ymmärrykseen.

Dikotominen ajattelu erottaa järjen ja tunteet ja samaistaa tunteet hallitsemattomaan epärationaalisuuteen ja järjen inhimillistä toimintaa välineellisesti ohjaavaan periaatteeseen. Ihmisen oletetaan toimivan järkipäisesti. Esimerkiksi jos tupakoitsija

saa tietoa tupakoinnin terveyshaitoista, hän ei aloita tupakointia. Prosessit korostavat terveyden edistämiseen osallistuvien ehdoilla toteutuvaa toimintaa ja asiakaslähtöistä systeemijattelua, jossa keskeisenä on voimavarojen tavoitteellinen hyödyntäminen ja prosessiin osallistuvien omien tarpeiden ja vaatimusten huomioon ottaminen. Prosessit ovat tiukasti kytköksissä toisiinsa. Esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen voi olla tavoitteena, mutta siihen pääseminen edellyttää useiden erilaisten vaiheiden läpikäyntiä ja vuorovaikutusta näiden eri vaiheiden kanssa sekä kulloisenkin hetken ja elämäntilanteen huomioon ottamista.

Patogeeninen lähestyminen korostaa sairauksia, ongelmia ja riskitekijöitä sekä riskien vaikutusta terveyteen. Tavoitteena on sairauksien syiden löytäminen ja niiden poistaminen. Sen sijaan salutogeeninen lähestymistapa tarkoittaa vaikuttamista sellaisiin tekijöihin, jotka tuottavat terveyttä ja vahvistavat terveydelle myönteistä käytäytymistä. Yksilön ja yhteisön selviytymistä ja terveyttä vahvistavia (salutogeenisia) tekijöitä ovat esimerkiksi koherenssin tunne sekä mielekkyyden ja elämän merkityksellisyden kokeminen.

Ennen paradigmanmuutosta vuonna 1980-luvun puolivälissä terveyden edistäminen nähtiin sairauksien ehkäisyinä, jossa olennaisia olivat yksilön elämäntyyliin vaikutus terveyteen ja perusterveydenhuolto terveyttä tuottavana yksikkönä. Paradigman muutoksen jälkeen terveys on nähty laajemmin. Syntyi ekologinen kansanterveyden vaihe ja näyttöön perustuva terveyden edistämisen vaihe. Käytännössä edelleen perusterveydenhuolto nähdään kansalaisten terveyden agenttina ja yksittäisen ihmisen elämäntyyli on ratkaiseva terveyttä tuottaessa, jolloin vastuu terveydestä ja toimintakyvystä on ensisijaisesti yksilöllä. Kehityksen kulku on seurausta konkreettisesta ja yksiselitteisestä ymmärryksestä nähdä yksilö irrallaan yhteisöstä ja yhteiskunnasta. Sirpalemainen lääketieteen malli on edelleen voimakkaana. Terveyden edistämisestä päättävien, toimintaa suunnittelevien, toteuttavien ja seuraavien tehtävänä on arvioida tämän atomistisen toiminnan tuloksia.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma linjaa kansallista terveyspolitiikkaa 15 vuodeksi eteenpäin. Pääpaino siinä on terveyden edistämässä, ei niinkään terveyspalvelujärjestelmän kehittämisessä. Ohjelma ulottuu yli hallintosektoreiden, koska kansanterveyden nähdään määräytyvän suurelta osin terveydenhuollon ulkopuolisista asioista: elämäntavoista, elinympäristöstä, tuotteiden laadusta, yhteisön terveyttä tukevista ja vaarantavista tekijöistä. (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001)

Ohjelmassa korostetaan, että terveys syntyy, sitä turvataan ja se voi heikentyä ihmisten arjen olojen, vuorovaikutuksen, elämäntapojen ja valintojen tuloksena. Terveyteen vaikuttavat arkisten ympäristöjen biologiset, psyykkiset, kemialliset, fyysikaaliset ja sosiaaliset ominaisuudet. Siihen vaikuttavat myös ihmisten keskinäinen sosiaalinen tuki, yhteenkuuluvuus ja huolenpito sekä ihmisten tiedot, taidot ja koulutus. Terveydenhuolto on merkityksellinen ihmisten sairastuessa, mutta myös sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä. Ongelmana on löytää keinoja, joilla terveyden taustatekijöihin voitaisiin vaikuttaa. Onko ratkaisuna yhteiskuntapolitiikka vai onko pääpaino yksilön käyttäytymiseen vaikuttamisessa?

Ohjelmassa on myös esitetty, että olisi tietoisesti pyrittävä terveyspolitiikan laaja-alaiseen kehittämiseen. Suomen terveyspolitiikan tavoitteet ovat terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Pyrkimyksenä on vaikuttaa ensisijaisesti koko väestöön ottaen samalla huomioon riskiryhmät. Terveyden edistäminen nähdään ohjelmassa toimintana joka suunnitellaan kullekin toiminnan kentälle (esimerkiksi päivähoito, koulu, työpaikka, tutkimus, elinkeino) ja eri toimijat ottavat eri tavoin vastuuta sen mukaan, mistä arkielämän toimintakentästä on kysymys tai mihin ikäryhmään ihminen kuuluu.

Terveydenhuollolla ja siihen liittyvillä sosiaalipalveluilla on merkittävä rooli, jolloin nämä palvelut tulisi turvata ja sovittaa yhteen asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Ihmisillä nähdään olevan vastuuta omasta toiminnastaan ja heidän tulisi itse edistää terveyttään muun muassa liikkumalla ja syömällä terveellisesti sekä tupakoimattomuudella. Päätöstensä perustaksi he kuitenkin tarvitsevat tietoa ja tukea.

Väestön terveyttä ja toimintakykyä ja niihin vaikuttavia tekijöitä koskeva tutkimus on osa tutkimuspolitiikkaa. Koska yksilön oman toiminnan merkitys terveyden ylläpitämisessä ja edistämisessä korostuu, tarvitaan tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat ihmisten valintoihin ja miten terveyttä tukevia valintoja voidaan edistää. Yhtä lailla tarvitaan tietoa siitä miten näiden valintojen taustalla olevat tekijät ovat osoitettavissa ja miten niitä voidaan käsitellä, miten niihin voidaan vaikuttaa ja miten suunnata niitä tarkoituksenmukaisella tavalla.

Onko ajateltavissa, ettei terveyttä tuottavia tekijöitä voi korvamerkitä ja osoittaa, että tietyillä tekijöillä on enemmän tai vähemmän vaikutusta ihmisten terveyteen tietyssä tilanteessa ja tietyssä elämänkaaren vaiheessa. Terveyden taustatekijät ovat objekteina olemassa, mutta ne ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään ja niiden yhteys ihmisten terveyteen on osittain kokemuksellisesti tuotettua. Tämä tarkoittaa

taa sitä, että terveyden edistämisen menetelmät on kehitettävä vastaamaan ihmisten sosiaalisesti konstruoimaa maailmaa. Mikään ulkokohtainen tiedon lisääminen ei riitä, vaan terveyden edistämisen tehtävä on auttaa ihmisiä kohtaamaan omat voimavaraansa ja prosessoimaan niitä niin, että elämänvalinnat tuottavat terveyttä ja toimintakykyä.

Terveyden edistämistä ei voida nähdä irrallaan yhteiskunnallisesta, yhteisön eikä yksilön omasta kehityksestä ja juurista. Se heijastaa samoja arvoja kuin yhteiskunnan poliittinen ja taloudellinen toiminta. Terveyden edistäminen noudattaa yhteiskuntapolitiikan lainalaisuuksia ja terveyden edistäminen tulisi heijastua yhteiskuntapolitiittisena toimintana.

Terveyden edistämisen toimintaote ohjaa tavoitteita. Terveyden edistäminen kapeimmillaan on tarkoittanut tiedon jakamista ja sellaisen uskomuksen ylläpitämistä, jonka mukaisesti lisäämällä tietoa terveysvaikutuksista ihmiset käyttäytyvät sen edellyttämällä tavalla. Yhtenä uutena haasteena on tiedon prosessointi: tiedon tulkinnallinen, elämyksellinen ja vuorovaikutuksellinen rakentuminen, tietoa tuottava vuorovaikutusprosessi. Toisena haasteena on voimavarojen ja mahdollisuuksien merkityksen ymmärtäminen, joka tarkoittaa sitä, että ihmisten terveyttä tuottavat valinnat ja niiden kokeminen ovat voimavaralähtöisiä. Nykymuotoisen terveyden edistämisen kohteena on voimavarojen mahdollistaminen, vahvistaminen ja ylläpitäminen terveyttä tuottavien valintojen aikaansaamiseksi.

1.3. Tavoitteet

Julkaisun teema on terveyden edistämisen ydin. Tavoitteena on konkretisoida terveyden edistämistä, lisätä tietoisuutta siitä moniulotteisena työmuotona ja arkea parantavana aktiivisena toimintana kaikkien toimijoiden hyväksi. Tavoitteena on myös terveyden edistämisen kehittäminen ja tulkin roolina toimiminen teorian ja käytännön yhteensovittamisessa.

Ytimen kuvaamiseksi on käytävä ja liikuttava myös rajoilla. Monitieteisyys heijastuu eri tasoisessa ja yhteiskunnan eri toimijoiden hallinnoimassa ja toteuttamassa terveyden edistämisen toiminnassa. Julkaisussa kuvataan terveyden edistämisen ydintä niin kuin se on eri tieteenaloilla ymmärretty. Lisäksi kuvataan suomalaisen terveyden

edistämisen nykytutkimuksen tilannetta, kehityssuuntia ja painoalueita. Keskeisinä kysymyksinä ovat:

- Millaisten järjestelmien ja toimintojen kautta tieto saadaan muutettua terveydeksi?
- Mitkä ovat terveyden edistämisen tehtävät ja mahdollisuudet?
- Mitä terveyden edistämisen ytimellä tarkoitetaan?
- Mitä annettavaa eri tieteenaloilla on terveyden edistämiseksi?

Tavoitteena on tarkastella terveyden edistämisen modernisoitumista ja muutosta, jossa yksilöön ylhäältä alaspäin suuntautuneen tiedon jakaminen on vaihtunut kumppanuudeksi. Tavoitteena on lisäksi vahvistaa ajatusta, jonka mukaisesti terveyden edistäminen on yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveyspotentiaalien löytämistä ja niiden vahvistamista ja uudelleen suuntaamista.

1.4. Julkaisun rakenne

Julkaisun rakenne sisältää kahdeksan lukua. Ensimmäisen luvun tarkoitus on kuvata sekä kansallisesti että kansainvälisesti esillä olleita yhteiskunnallisia muutosvirtoja, jotka ovat olleet vaikuttamassa terveyden edistämisen oikeutukseen ja lähestymistapoihin. Luku koostuu terveyden edistämisen heräämisen vaiheista, lähestymistavoista, työlle asetetuista tavoitteista, jonka toivotaan myös osoittavan sen hajallaan olevan terveyden edistämisen työn ja tutkimuksen ja josta puuttuu eri tieteenalojen välinen ja sisäinen hedelmällinen vuoropuhelu terveyden edistämisen ytimen kirkastamiseksi.

Toinen luku käsittelee terveyden edistämisen ilmiötä. Siinä kuvataan terveyden edistämistä eri tieteenalojen näkökulmasta, esitetään taustaolettamuksia ja muutamia malleja, jotka vahvistavat terveyden edistämisen myönteisten terveystekijöiden lähestymistapaa. Luvun tavoitteena on perustella haastetta, joka koskee terveyden edistämisen määrittelyä ja syitä siihen, miksi se nähdään vaikeasti tavoitettavana ja monimuotoisena.

Kolmas luku kertoo aineistona olevista väitöskirjoista, joista julkaisussa käytetään nimitystä ”tutkimustapaukset”. Ne ovat samalla esimerkkejä ja vahvistavat niistä

nousseita yhteisiä lähestymistapoja. Luvun tavoitteena on kuvata aineiston rajallinen valinta, johon päädyttiin valittuihin tavoitteisiin pääsemiseksi.

Neljäs luku kertoo siitä, miten terveyden edistäminen näyttäytyi näissä väitöskirjatutkimuksissa. Terveyden edistäminen näyttäytyi niissä ainakin kolmella tavalla, joita analysoidaan yksityiskohtaisesti. Osassa tutkimuksista oli melko selkeä jakautuminen eri aihealueisiin, osassa sisältö olisi antanut aiheetta useampaan eri aihealueeseen. Luvun tarkoituksena oli saada tutkimuksista esille ytimiä, joita voitaisiin hyödyntää terveyden edistämisen suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa.

Viides luku kuvaa terveyden edistämisen vaikuttamista ja valintoja. Tavoitteena on kertoa, miten tutkimusten kanssa käyty vuoropuhelu voi kertoa siitä, milloin ollaan terveyden edistämisen rajoilla ja milloin ytimessä. Tutkimustulosten pohjalta luodaan ajattelukehikko, jossa terveyden edistämisen vaikuttamisen käy elinolojen vuorovaikutusrakentelun, yksilön ja yhteisön voimavararakentelun sekä tiedonrakentelun kautta yksilöön ja yhteisön terveysvalintoihin. Ydinajatuksena on korostaa yksilön ja yhteisön kaikinpuolista ja kaikentasoista vuorovaikutusta kulloisenkin ympäristön kanssa.

Kuudennessa luvussa tarkastellaan terveyden edistämisen lähestymistapoja ja menetelmiä. Menetelmät ovat sidoksissa valittuihin lähestymistapoihin, joita ovat esimerkiksi mekaaninen yhden syyn näkeminen yksilön tai yhteisön terveyttä tuottavana tekijänä tai yksilö ja yhteisö konstruoimassa omaa todellisuuttaan, terveyskäyttäytymistään ja terveyttään. Menetelmät ovat erilaisia. Menetelmistä ei voi antaa luetteloa, ne ovat aina esiyymmärrykseen liittyviä ja tilannesidonnaisia kuten epistemologia (tiedonkeruun menetelmät) on suhteessa ontologiaan (tutkittavaan ilmiöön).

Seitsemäs luku kuvaa tutkimuksien tarjoamia haasteita terveyden edistämiseksi. Jokaisen tutkimuksen ydintulos on käännetty terveyden edistämisen kehittämisen mahdollisuudeksi. Haasteet sisältävät sekä pieniä että suuria tehtäviä. Yhteistä kaikille on kuitenkin monimuotoisuus, joka on otettava huomioon vahvistettaessa terveyttä ja terveyskäyttäytymistä, luotaessa mahdollisuuksia tai pyrittäessä muutoksiin.

Kahdeksas luku kokoaa edellä kuvatun ja linjoiittelee terveyden edistämisen kohteita ja tulevaisuuden painoalueita, kun otetaan huomioon yhteiskunnan muutosvirrat ja kehitys laaja-alaisesti.

2. Terveyden edistäminen ilmiönä

2.1. Terveyden edistämisen määrittelyä

Terveydestä voidaan puhua eri tieteenalojen ihmis- ja terveystieteiden näkökulmasta, yhteiskuntapolitiikan näkökulmasta, terveellisen ympäristön näkökulmasta tai siitä voidaan puhua yksilön omina kokemuksina ja käsityksinä. Eri tieteenoilla tulkitaan terveyttä eri tavoin (mm. Seedhouse 1988). Lääketieteellisesti terveys määritellään sairauden kautta – terveys on sairauden puuttumista. Lääketieteessä korostetaan erityisesti sairauksien hoidon hallintaa, mutta se sisältää myös aineksia terveyden edistämiseen. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta terveyttä voidaan tarkastella tärkeänä hyvinvoinnin, elämänlaadun ja terveyden tasa-arvon toteutumisen osoittimena. Sosiologiassa ihminen nähdään sosiaalisena toimijana ja terveyttä määrittää ihmisen kyky selviytyä sosiaalisista rooleistaan. Humanismin kannalta on olennaista, että ihmisellä on kyky sopeutua myönteisesti elämän ongelmiin. (Lahtinen ym. 2003)

Käsitykset terveyden edistämisen lähtökohdista, sisällöistä ja painoalueista perustuvat ihmis- ja terveystieteisiin. Nämä puolestaan rakentuvat kulloisiinkin yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin ja sen pohjalta syntyneeseen politiikkaan ja käytännön toimenpiteisiin. Terveyden edistämisen toiminta voi olla lähtökohdiltaan terveyttä edistävää, terveyttä suojelevaa tai sairauksia ehkäisevää. Luonnontieteellinen terveystieteellinen kiinnostus kiinnittää huomiota sairauksiin ja niitä ylläpitäviin riskitekijöihin, jolloin terveyden edistämisenä puhutaan sairauksien ja kuolleisuuden ehkäisystä eli preventiosta. Myönteiseen terveystieteeseen liittyvä terveyden edistämisen malli perustuu terveysvarannon kasvattamiseen, jolloin puhutaan kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä eli promotiosta. Promotiivista toimintaa on myös ympäristöön liittyvien rakenteellisten olojen muuttaminen terveyttä edistäviksi ja terveellistä käyttäytymistä tukeviksi (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).

Terveyden edistäminen hakee teoreettista ja menetelmällistä pohjaa samanlaisesti useilta eri tieteenoilta kuten käyttäytymistieteestä, kasvatustieteestä, hoitotieteestä, sosiaalitieteestä, biolääketieteestä ja taloustieteestä. Täysin yhtenäistä teoriaa tai olennaista selkeää ja vallitsevaa terveyden edistämisen paradigmaa ei ole olemassa. Tiettyjä suuntauksia on nähtävissä, kuten systeemiteoreettinen lähesty-

mistapa, jossa ympäristö on merkityksellinen ja jossa painotetaan ihmistä toimijana ja myös oman todellisuuden luojana. Yksilökohtaisesta lähestymistavasta on siirrytty yhä enemmän politiikan osuuden ja merkityksen kuvaamiseen terveyttä tuottavana tekijänä.

Terveyden edistämisen sisältöjä ovat esimerkiksi lääketieteellisestä näkökulmasta sairauksien ehkäisy, hoitoon ohjaus ja käypä hoito, käyttäytymistieteellisestä näkökulmasta asenteiden ja toimintojen muuttaminen terveyttä tukevaan suuntaan. Kasvatustieteellisestä näkökulmasta muutoksia halutaan koulutuksen ja kasvatuksen avulla. Terveyden säilyttäminen ja edistäminen sekä sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen korostuvat hoitotieteellisessä terveyden edistämisen työssä. Sosiaalitieteellisestä näkökulmasta sosiaalisten verkostojen aktivointi ja elinolojen muuttaminen ovat tärkeitä.

Taulukon 1. pohjana on eri tieteenalojen kirjallisuudesta ja tutkimuksista saatu tieto, jota on sovellettu terveyden edistämiseen. Taulukossa on asioita, joilla on yhtymäkohtia eri tieteenalojen ja käsitteiden ja paradigmojen sekä terveyden edistämisen välillä. Kuvatut tieteenalakohtaiset lähestymistavat eivät ole kehityksellisesti etenevässä järjestyksessä.

Taulukko 1. Esimerkkejä terveyden edistämisestä eri tieteenaloilla.
(Koskinen-Ollonqvist 2001)

Lähestymistapoja	Ihmis- ja terveyskäsitys	Terveyden edistämisen perusta	Terveyden edistämisen tavoitteet ja määrittelmä
Teologinen	– Kohtalo on määrätty. – Terveys todentuu sairauden kautta.	Sairaus on henkilökohtainen onnettomuus.	Yleinen tiedontason kohottaminen.
Lääketieteellinen	– Rationaalisesti toimiva ja passiivisesti tietoa vastaanottava. – Terveys on sairauden oireiden puuttumista.	Jokaisella sairaudella on syynsä: miten ne tarttuvat ja miten ilmenevät.	Sairauden ehkäisy; sairauden syyn poistaminen ja tarttumisvaaran vähentäminen.
Käyttäytymistieteellinen	– Itsenäisesti ja rationaalisesti toimiva. – Terveys on tiettyjen käyttäytymistapojen tulos.	Elämäntavan ja sairastuvuuden keskinäiset yhteydet.	Yksilön käyttäytymisen muuttaminen.
Kasvatustieteellinen	– Ihmiset tiedostavat tekemänsä valinnat ja ymmärtävät terveyteen vaikuttavia tekijöitä. – Terveys on prosessi, johon sisältyy sekä muodollinen että epämuodollinen koulutus.	Oppimisen ja tietoisuuden kasvun yhteys hyvinvointiin. Ihmisen kasvu yksilönä ja yhteisön jäsenenä.	Yksilön käyttäytymiseen vaikuttaminen kasvatuksen ja oppimisen keinoin.
Hoitotieteellinen	Ihminen on kokonaisuus ja aktiivinen toimija.	Suunnitelmallinen hoito.	Hoitoprosessin toteuttaminen.
Sosiaalitieteellinen	– Luonnonolento, tajunnallinen kokonaisuus, joka on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. – Terveys on kykyä joustavasti sopeutua ympäristöön: kyky käsitellä ristiriitoja ja paineita sekä fyysistä kykyä suoriutua yksilöön kohdistuvista odotuksista ja sosiaalisen roolin tuomista tehtävistä.	Psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön tuki terveelliselle vaihtoehdolle.	Tietoinen pyrkimys muuttaa yhteiskuntapolitiikan eri lohkojen toimintaa terveyttä edistäväksi.
Taloustieteellinen / systeemitieteellinen	– Ihminen on olemassa ympäristön ehdoilla ja tietoisesti tekojensa välityksellä vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Terveys on hyvinvointiin tähtäävän elämäntyylin tulos ja elämän prosessin kokonaisuus. Järjestelmällä on voima terveyden tuottamisessa.	Terveyteen vaikuttaa tasapainoinen ja turvallinen ekosysteemi. Terveysriskin suhteellisuuden ymmärtäminen. Miksi joku sairastuu? Mikä on yksilön sisäinen ja ulkoinen ympäristö ja miten se määrää sairauden kehittymisen?	Terveyden edistäminen on joustavaa systeemiä lähtöistä toimintaa, jossa eri osat ja tasot ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa; sosiaalinen ja taloudellinen järjestelmä vaikuttaa elämäntapoihin ja terveyteen.

taulukko jatkuu →

Lähestymistapa	Terveyden edistämisen sisältö	Terveyden edistämisen paradigma	Terveyden edistämisen toiminnot
Teologinen	Uskomusten uudenlainen ymmärrys.	Tulkinnallinen – ymmärrys – eläytyminen – esiymmärrys	Tiedon välittäminen.
Lääketieteellinen	Sairauksien ehkäisyyn tehostaminen, hoitoonohjaus ja käypä hoito.	Positivistinen: selittäminen ja ennustaminen; usko havaintoon ja tietoon; tulosten soveltaminen.	Tiedon välittäminen yksilötasolla sairauksia aiheuttavista ja yhteisötasolla elinympäristön terveyteen vaikuttavista tekijöistä.
Käyttäytymistieteellinen	Asenteiden ja toimintojen muuttaminen terveitä elämäntapoja korostavaksi.	Positivistinen Tulkinnallinen	Koulutus, viestintä, oppimistilaisuudet ja -mahdollisuudet.
Kasvatustieteellinen	Muutoksien aikaansaaminen jatkuvan muodollisen ja epämuodollisen koulutuksen ja kasvatuksen avulla.	Tulkinnallinen Positivistinen Konstruktivistinen	Kasvatus: koulu ja vapaa-ajan toiminnot.
Hoitotieteellinen	Terveyden säilyttäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen, kuntouttaminen ja kärsimysten lieventäminen.	Tulkinnallinen Positivistinen	Terveyskasvatus kohteena potilaat ja asiakkaat.
Sosiaalitieteellinen	– Selviytymisen tukeminen ja koherenssin tunteen vahvistaminen, sosiaalisten verkostojen aktivointi, elinolojen muuttaminen. – Kulttuurisista aineksista perusta yksilön persoonallisuuden kasvulle.	Kriittis-empansipatorinen Tulkinnallinen Funktionalismi Radikaali humanismi Radikaali strukturalismi	Sosiaalinen liike (social mobilisation). Yhteisön kehitys: yhteisön osallistuminen ja omavoimaistaminen.
Taloustieteellinen / systeemiteoreettinen	Ihmistä tuetaan tekemään parhaansa oman sekä muiden terveyden edistämiseksi. Erilaisten taustatekijöiden ja painostuskeinojen hyväksikäyttö ja aktivointi.	Kriittis-empansipatorinen: – selittämisen ja ymmärtämisen lisäksi muuttaminen – tiedon autenttisuus ja kommunikointavuus – muutokseen johtavan toiminnan löytäminen	Puolesta puhuminen (advocacy): – sosiaaliset ja materiaaliset resurssit – lobbaus, rakennetekijöihin vaikuttaminen poliittisella ja organisatorisella tasolla

Paradigma-ajattelu ja eri tieteenalojen lähestymistapojen erittely antaa pohjaa terveyden edistämisen teoreettiselle ja menetelmälliselle kehittämiselle sekä käytännön työn järjestelmälliselle rakentamiselle. Tieteellisen tiedon hyväksikäyttö auttaa pyrittäessä vastaamaan kysymyksiin käyttäytymisen muutoksiin vaikuttavista tekijöistä: onko terveyden edistämisen kannalta merkittävää se, että ihmisten käyttäytyminen on muuttunut terveyttä tuottavaan suuntaan ja voiko tuloksellista arvoa olla sillä, että ihmisille on tarjottu mahdollisuuksia, jotka johtavat henkilökohtaiseen kehittymiseen, hyvinvoinnin kokemiseen ja laadukkaaseen elämään.

Ottawan asiakirjassa terveyden edistäminen nähdään laaja-alaisena toimintana, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia hallita ja parantaa omaa ja ympäristönsä terveyttä. Ihmisille taataan terveyttä tukeva ympäristö, tiedonsaanti, elämäntaidot, sekä mahdollisuudet terveellisten valintojen tekemiseen. Aaron ja Mittelmarkin (2003) mukaan terveyden edistäminen on muutokseen tähtäävää toimintaa, joka voi tapahtua yksilön, perheen, yhteisön, yhteiskunnan tai kulttuurin tasolla. Vertio (2003) korostaa määritelmässään sekä mahdollisuuksien että edellytysten luomista. Terveyden edistäminen on mahdollisuuksien parantamista eikä sen välittömänä tai ainoana tarkoituksena ole ihmisen käyttäytymisen muuttaminen. Pääpaino on terveyden edellytysten parantamisessa. Terveyden edistämässä on kysymys yksilön terveydestä, mutta myös ihmisten mahdollisuuksista vaikuttaa sekä sosiaaliseen että fyysiseen ympäristöönsä. Terveyden edistämässä nähdään ihminen aktiivisena toimijana ja osallistujana. Terveyden edistäminen on laajaa yhteiskunnallista toimintaa, jonka avulla lisätään ihmisten kykyä omavoimaistua (empowerment) ja hallita elämäänsä. Näiden prosessien tuloksena on terveys. Terveyden edistäminen on tuloksellista silloin, kun terveyden edellytykset on turvattu. Vastuu terveydestä ei näin ollen ole viime kädessä yksittäisellä ihmisellä.

Esitettyjä määritelmiä yhdistäen terveyden edistäminen nähdään toiminnaksi, jonka avulla aikaansaadaan muutos, luodaan mahdollisuuksia ja vahvistetaan olemassa olevia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja. Ymmärrys terveyden edistämisestä saa erilaisen sisällön tarkasteltaessa tarkoitusta, riskitekijöitä, terveyden edistämisen tehtäviä ja tulosta. Muutoksen aikaansaamisessa, mahdollisuuksien luomisessa ja terveyttä ylläpitävien tekijöiden vahvistamisessa on yhteisenä yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveyst potentiaalin tuottaminen (taulukko 2.)

Taulukko 2. Terveyden edistäminen: mahdollisuus, muutos ja vahvistaminen.

Ymmärrys terveyden edistämisestä	Tarkoitus	Suojaavien ja riskitekijöiden määrä ja keskinäinen suhde	Terveyden edistämisen tehtävät	Tulos
Mahdollisuus	Ympäristöön ja yhteiskunnan rakenteisiin vaikuttaminen ja sitä kautta vaikutus yksilön terveyspotentiaaliin.	Suojaavia tekijöitä (mm. yhteisöllisyys) ei ole lainkaan, jolloin riskitekijät (tupakointi, liikukumattomuus, rasva) pääsevät vaikuttamaan yksilöön.	Luoda mahdollisuuksia yksilöä ja yhteisöä suojaavien tekijöiden muodostumiselle.	Riskitekijöitä vähentävien valintamahdollisuuksien luomista. Suojaavien tekijöiden vahvistamista.
Muutos	Muutokseen tähtäävä toiminta edellyttää, että yksilön perustarpeet on tyydytetty (mm. työ, toimeentulo).	Muutos on mahdollista, kun yksilöllä ja yhteisöllä on riittävästi terveyspotentiaalia.	Käyttäytymisen ja olosuhteiden tulisi muuttua siten, että riskien vaikutus vähenisi yksilön ja yhteisön terveyspotentiaalia vahvistamalla.	Yksilöiden ja ryhmien terveyskäyttäytymisessä terveyspotentiaali ehkäisee riskien vaikutuksia.
Vahvistaminen	Yksilön terveyttä suojaavien tekijöiden korostaminen. Suojaavien tekijöiden kehittyminen ja säilyminen edellyttää niitä tukevia rakenteita.	Suojaavia tekijöitä vähän, riskit aiheuttavat enemmän sairastuvuutta.	Tukea jo olemassa olevia yksilöä suojaavia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. Suojaavien ja vahvistavien yksilö- ja yhteisötekijöiden ylläpito.	Vahvistetaan ja tuetaan terveyttä suojaavia ja ylläpitäviä tekijöitä mm. luomalla uusia väyliä osallistua erilaiseen yhteisölliseen toimintaan.

2.2. Terveyden edistämisen taustaolettamuksia

Muutokseen tähtäävä ja mahdollisuuksia luova terveyden edistäminen vaatii erilaisia lähestymistapoja. Terveyden edistäminen ilmiönä voidaan jaotella fyysisen olemassaolon perusteella kahteen ryhmään: niihin, jotka ovat fyysisesti olemassa ja niihin, jotka eivät ole. Lisäksi terveyden edistämisen kohteet voidaan jaotella kahteen ryhmään: ihmisen luomaa ja sellaiseen, mikä ei ole ihmisen luomaa. Terveyden edistämisen vaikuttamisen kohteiksi saadaan uskomus, ajatus, toiminta ja luonto (Vaihekoski 1994).

Uskomus tarkoittaa sellaisia terveyteen vaikuttavia tekijöitä, joita ei vielä tunneta eikä ihminen voi niihin vaikuttaa. Ollaan alueella, joka on terveyden edistämisen ulottumattomissa. Tätä ydintä ovat esimerkiksi syvimmät kulttuurin tasot ja pohjimmaisat perusoletukset eli tiedostamattomat itsestään selvät uskomukset, jotka ovat arvojen ja toiminnan lähteinä. Tämä ei kuitenkaan estä mahdollisuuksien luomista, mutta muutoksen aikaansaaminen käyttäytymisessä edellyttää näiden toistensa kanssa olevien

rakenteiden vuorovaikutuksen tuntemista. Yhä suuremman mielenkiinnon kohteina ovat ihmisen voimavarat ja niiden käyttö terveyteen vaikuttavana tekijänä.

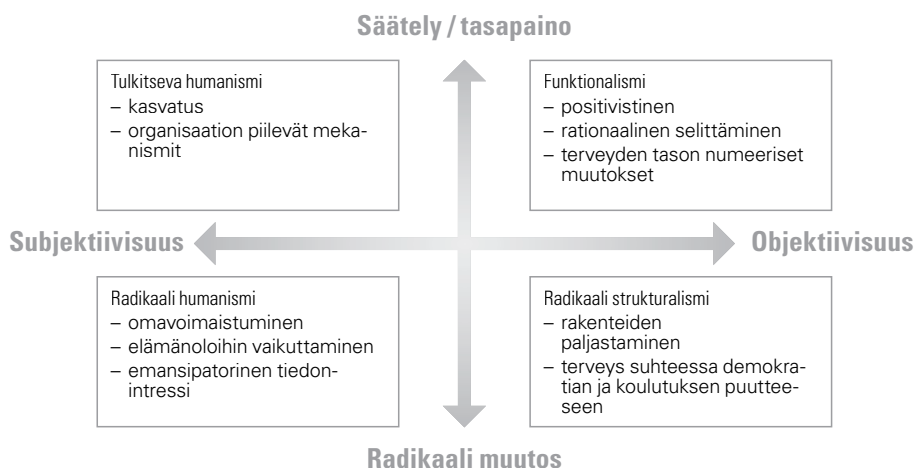
Ajatus tarkoittaa ihmisen luomaa ja muutettavissa olevaa todellisuutta, jolla ei ole fyysistä olomuotoa. Siihen kuuluvat ihmisen käsitykset terveydestä, terveyteen liittyvä tiedot, tietoiset arvot ja normit sekä ilmaistut perusteet toiminnalle. Ihminen luo oman sosiaalisen terveyteen liittyvän todellisuutensa. (Schein 1999).

Toimintaan kuuluvat ihmisen aikaansaannokset ja havaittavat teot. Tämä tarkoittaa terveyden edistämisen rakenteita, organisoitumista ja prosesseja sekä esimerkiksi hankkeita, joille on luotu terveyttä edistävät päämäärät. Terveyden edistäminen saa selkeän kohteen ja toiminnan muodon tavoitteena mahdollisuuksien luominen, mutta myös muutoksen aikaansaaminen.

Luonto sisältää ne fyysiset kohteet, jotka eivät ole ihmisen luomia. Laajasti ajateltuna tämä tarkoittaa sekä epäorgaanisia että orgaanisia tekijöitä, jälkimmäinen sisältää siis myös ihmisen. Terveyden edistämisen kohteina voivat epäorgaanisen luonnon osalta olla esimerkiksi ympäristön muutoksiin ja sitä kautta terveyteen liittyvät tekijät, joihin voidaan vaikuttaa. Mahdollisuuksien luomisen näkökulmasta orgaaniset tekijät, esimerkiksi lajityyppisestä geenistöstä johtuvat, on otettava huomioon terveyden edistämässä.

Terveyden edistämisen ydintä ovat ajatus ja toiminta, joihin voidaan vaikuttaa. Kuitenkin suurena kiinnostuksen kohteena on juuri uskomus ihmisen käyttäytymisen muutoksesta.

Terveyden edistämisestä on useita määritelmiä ja sen kohteet ovat vaihdelleet. Burrell & Morgan (1979) ovat kuvanneet sosiaalitieteitten neljä lähestymistapaa, jotka on sovellettavissa terveyden edistämisen määrittelyyn ja asemointiin neljällä alueella (kuvio 1.).



Kuvio 1. Neljä lähestymistapaa terveyden edistämisen analysointiin. (Burrell & Morgan 1979, sovellus terveyden edistämiseen)

Analyysointi perustuu kahteen ristikkäin olevaan jatkumoon: tieteellinen olemus ja yhteiskunnan säätely. Tieteellinen olemus kuvataan jatkumolla subjektiivisuus – objektiivisuus. Toisen jatkumon muodostaa käsitys yhteiskunnan säätelystä, johon sisältyvät säätely (tasapaino) ja radikaali muutos. Nelikentän osat ovat radikaali humanismi, tulkitseva humanismi, funktionalismi ja radikaali strukturalismi.

Radikaalissa humanismissa kritisoidaan prosesseja, koska todellisuus nähdään sosiaalisesti luoduksi ja sitä ylläpidetään sosiaalisissa käytännöissä. Tulkitsevassa humanismissa yhteiskuntaa pyritään ymmärtämään ja selittämään sosiaalisiin prosesseihin sitoutuneiden toimijoiden näkökulmasta. Funktionalismi pohjautuu luonnontieteisiin ja sen yleisenä tavoitteena on tuottaa rationaalisia selityksiä sosiaalisille ilmiöille. Funktionalistien mukaan sosiaalinen maailma on muodostunut suhteellisen pysyvistä tosiasioista ja suhteista, joita voidaan tunnistaa, tutkia ja mitata luonnontieteellisin menetelmin.

Terveyden edistäminen terveyteen tähtäävänä toimintana sijoittuu subjektiivisen ja tasapainon sekä radikaalin muutoksen alueelle. Se sijoittuu myös objektiivisuuden ja radikaalin strukturalismin maastoon erityisesti promotiivisessa tehtävässään ja terveyden edistämisen politiikkatoiminnassa. Sen sijaan tasapainon ja objektiivisuuden alueelle sijoittuva funktionalistinen lähestymistapa ei ole terveyden edistämisen ydintä.

Pääpaino terveyden edistämisen ytimessä tulisi olla radikaali humanismi, joka tarjoaa ajatuksen siitä, että terveys on sosiaalisesti luotu ja sitä ylläpidetään sosiaalisissa käytännöissä.

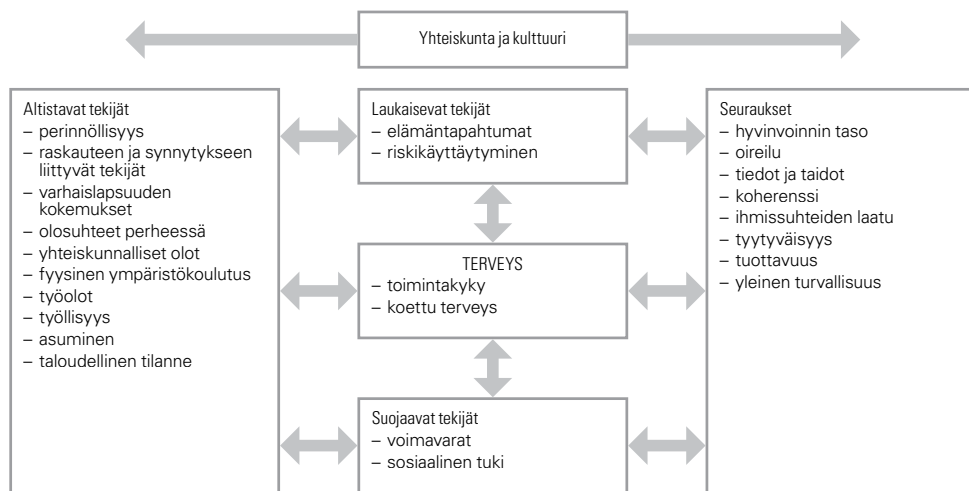
2.3. Terveyden edistämisen malleja

Terveyden edistämisen mallit ja teoriat antavat vastauksia esimerkiksi kysymyksiin miksi, mitä ja kuinka. Ne selittävät ihmisten käyttäytymistä ja auttavat ymmärtämään, mitä terveyden edistämässä tulee ottaa huomioon. Terveyden edistämässä erilaisten yksilö-, ihmissuhde- ja yhteisötason mallien ja teorioiden yhdistäminen on vaikutuksiltaan parempi kuin yksittäisten mallien käyttö. Terveysongelmat edellyttävät erilaisten lähestymistapojen käyttöä (Glanz ym. 1997).

Terveyden edistämisen kulkua voidaan kuvata erilaisten mallien avulla. Kaksi kuvattavaa mallia on valittu siksi, että niissä ilmenee ihmisten koetun ja todetun terveyden taustalla piilevien tekijöiden monialainen yhteisvaikutus ja että ihmisen elämänkulku ja toiminta on nähtävä prosessina, jossa ei voida erottaa jotakin erityistä osaa terveyden edistämisen kohteeksi. Kuvatuissa malleissa heijastuvat valitun aiheiston terveyden edistämisen ymmärrys ja ajattelutapa. Nämä mallit ovat ihmisen kehityksen ja elämänvaiheiden prosessimalli ja terveyden edistämisen salutogeeninen malli.

Prosessimalli

Prosessimalli on myös ihmisen elämän aiempien vaiheiden malli, jossa eri vaiheet yhdistyvät elämänoloihin, yksilöllisiin ominaisuuksiin ja käyttäytymiseen (Lahtinen ym. 1999). Epäsuotuisa kehitys lisää sairastumisriskiä, jossa on myös yksilöllisillä tekijöillä rooli. Sairastuminen on seurausta yhdistelmästä, joka syntyy yksilöllisistä edellytyksistä ja kokemuksista epäsuotuisissa oloissa. Prosessi koostuu kolmesta osasta: suojaavat tekijät, altistavat tekijät (kokemukset, olot, vaikeat traumaattiset kokemukset) ja laukaisevat (elämäntapahtumat ja riskikäyttäytyminen). Terveyden edistäminen tarkoittaa näihin kolmeen prosessitekijään vaikuttamista erilaisiin tilanteiseen sopivin keinoin. (Kuvio 2.)

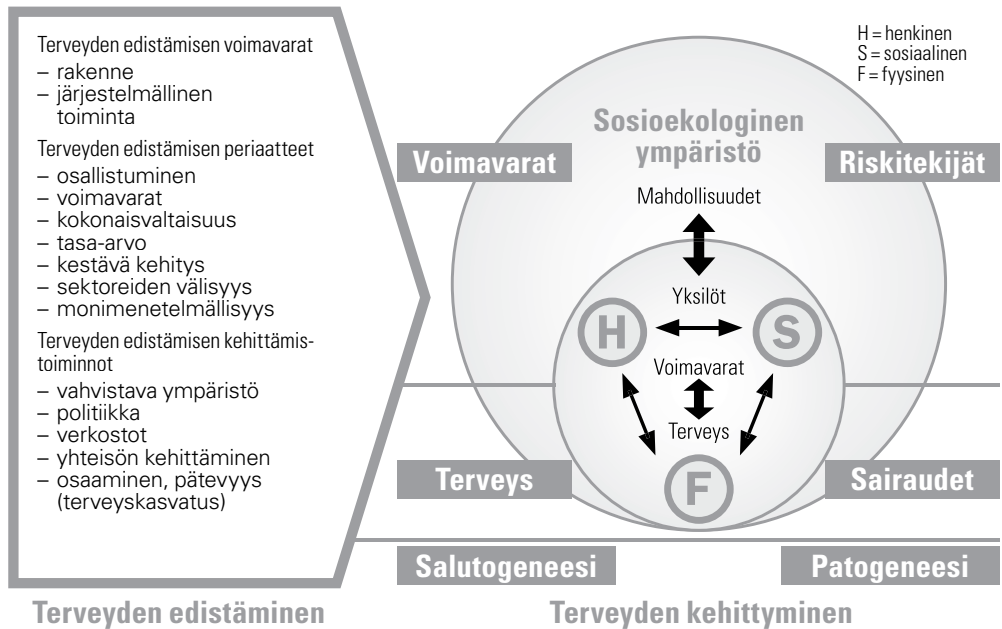


Kuvio 2. Terveiden prosessimalli. (Lahtinen ym. 1999; Sohlman 2004, sovellus)

Terveyden edistämisen salutogeeninen malli

Salutogeenisessa mallissa (Davies 2006) erotetaan terveyttä tuottavat ja sitä haittaavat osat (kuvio 3.). Terveiden edistämisen avulla vaikutetaan riskeihin silloin, kun halutaan vaikuttaa terveyttä haittaaviin tekijöihin ja vahvistetaan voimavaroja tarjoamalla mahdollisuuksia silloin, kun tuetaan terveyttä laaja-alaisesti. Terveiden edistäminen ei tarkoita yksinomaan ihmisten käyttäytymiseen vaikuttamista, vaan myös terveyden edistämisen rakenteista ja järjestelmästä ja itse kehittämistoiminnasta huolehtimista sekä terveyden edistämisen periaatteiden käyttöön ottamista.

Rakenteet ja palvelut, hallinto, verkostot, yhteisöryhmät ja yksilöt vaikuttavat tekijöihin, jotka puolestaan määrittävät terveyden taustatekijöitä: terveyden edistämisen palveluja, terveyspolitiikkaa ja organisatorisia käytäntöjä, sosiaalisia sopimuksia sekä yksilöiden terveysvaikutteisia elämäntapoja. Terveiden taustatekijöitä ovat: terveyttä edistävä fyysinen ja sosiaalinen ympäristö sekä terveyttä edistävät yksilölliset voimavarat ja käyttäytymismallit. Tästä kaikesta seuraa terveys/sairaus eli väestön terveydentilan vaihtelut. (www.healthpromotion.ch). Salutogeneesi -lähestymistapa voi toimia myös terveyden edistämisen arvioinnin kehikkona ja välineenä arvioinnin kehittämisessä (Lindström & Eriksson 2006).



Kuvio 3. Terveyden edistämisen salutogeeninen malli.

Salutogeneesi -näkökulma terveyteen perustuu siihen, että terveyden ymmärretään juontuvan ympäristöstä ja laajasti terveyden taustatekijöistä, ei niinkään terveydenhuollosta. Noack (2006) on käyttänyt käsitettä kansanterveyden kaksoisparadigma, jonka mukaisesti terveys kehittyy jokaisen ihmisen elinkaaren aikana siten, että salutogeneesi (terveyttä tukevat tekijät) ja patogeneesi (sairauksia aiheuttavat tekijät) ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Juuri tähän tarvitaan tietämystä siitä, miksi toinen osapuoli on vahvoilla tässä vuorovaikutuksessa ja mitkä tekijät ovat olennaisia siinä lopputuloksen kannalta.

3. Tutkimustapaukset

Kuvatut ja käsitellyt tutkimustapaukset ovat ontologisesti sitoutuneet riippumatta siitä, onko tutkija tiedostanut sen. Empiirinen tutkimus on kietoutunut johonkin tutkimuskohdeesta muodostettuun ennako-oletukseen (Rauhala 2005). Käsitys tutkimuskohteen luonteesta, olemassaolon tavasta määrittää millaisia oletuksia tutkimuskohteesta esitetään, millaisia tutkimusongelmia asetetaan, millaisia menetelmiä käytetään ja millaisia tuloksia saadaan. Usein näissä tutkimustapauksissa tutkija ei ole esittänyt sitoumuksiin eksplisiittisesti, jolloin ne on voitu rekonstruoida hänen kysymyksenasettelustaan, menetelmistään ja tuottamastaan tiedosta. Voidaan havaita menetelmäkeskeisyyttä, jolloin oletettu tieteellinen menetelmä määrittää tutkimuskohdetta; mitä tutkitaan ja mitä ajatellaan voitavan tutkia. Menetelmät voivat myös vääristää tutkimuskohteen.

Tutkimuskohteen perusluonteen (olemisen tavan) tulee määrittää tutkimusmenetelmä (tietämisen tapa), ontologian tulee edeltää epistemologiaa. Tämä edellyttää analyysiä, jota empiirinen tutkimus ei aina voi ratkaista (Latomaa 2006). Terveyden edistämisen tutkimusalueella on samanaikaisesti kiinnostuksen kohteena kehollinen, tajunnallinen ja kulttuurinen ihminen, jolloin syntyy heikosti ihmistä tutkivien tieteiden työnjako. Luonnontieteet tutkivat ihmistä kehollisena, käyttäytymistieteet tajunnallisen ja kulttuuritieteet ideaaliseen maailmaan suhteessa olevana olentona. Terveyden edistämisellä ei ole omia kuvauskategorioita, käsitteitä eikä oman tutkimuskohteensa mukaisia tutkimusmenetelmiä. Tutkimustapauksia tarkasteltiin tätä julkaisua varten terveyden edistämisen näkökulmasta.

Julkaisulle asetetun tavoitteen saavuttamiseksi koottiin vuosilta 2000 – 2006 eri yliopistojen tiedekuntien ja ainelaitosten tuottamat väitöskirjat. Näitä oli kokonaisuudessaan n. 8000 kappaletta, joista otsikon perusteella valittiin 100 kappaletta. Niiden abstraktit luettiin ja lopulliseen tarkasteltavien ryhmään kuului 35 väitöskirjaa. Valintakriteereinä olivat terveyden edistämisen kuvioissa 1. ja 2. esitettyjen lähestymistapojen antama suunta. Tämän mukaisesti tarkastelun ulkopuolelle jäivät terveyteen liittyvät väitöskirjatutkimukset, jotka rakentuivat funktionalistisesti. Tarkastelun ulkopuolelle jäivät kliinisen lääketieteen ja epidemiologiset tutkimukset sekä kuvaukset sairauksien riskitekijöistä sekä riskitekijöiden osuus sairauksien synnyssä. Yksinomaan teoreettiset tutkimukset jätettiin ottamatta mukaan ja valittiin empiirisistä tutkimuksista ne, joiden tavoitteena oli tieteenalasta riippumatta muutoksen aikaansaaminen ja mahdollisuuksi-

en luominen erilaisin toimenpitein. Mukaan valittiin myös väitöskirjat, joiden otsikoissa oli maininta ”terveyden edistäminen” tai ”terveyskasvatus”.

Väitöskirjatutkimusten valinta tarkastelun kohteiksi perustui siihen olettamukseen, että näissä tutkimuksissa on tehtäväalue rajattu, mutta myös käytetty teoreettista tarkastelua laaja-alaisesti varsinaisen tehtävän määrittelyssä. Tarkasteltavien joukkoon kuuluvista tutkimuksista haluttiin saada selville niiden tarjoama kuva terveyden edistämisestä erityisesti terveyden edistämisen ytimen näkökulmasta, mutta myös niin, että tutkimukset tarjoavat mallia ja ajatusta ytimen rakentamiseksi. Tavoitteena oli saada kuva siitä, miten terveyden edistäminen käsitteenä ja tavoitteellisenä toimintana näyttäytyy näissä tutkimuksissa. Tätä tarkoitusta varten tutkimustapauksia tarkasteltiin seuraavin kriteerein:

- terveyden edistämistä palveleva ydinoivallus
- ydinoivalluksen perustelut
- tutkimusten tarjoama uudet ideat, tiedot ja oivallukset terveyden edistämisen hyödynnettäviksi ja kehittämiseksi
- terveyden edistämisen ymmärryksen nykytilaa koskeva kriittisyys.

Tutkimuksia tarkasteltiin terveyden edistämisen ilmiöstä, ei aineistosta käsin. Tämä tarkoittaa sitä, että tarkastelu ei ole puhtaasti aineistolähtöistä, vaan aineisto on ollut vuoropuhelussa terveyden edistämisen ennakkoon määritellyn käsitteen ja sisälön kanssa.

4. Terveyden edistämisen näyttäytyminen tutkimuksissa

Kolme asiaa, jotka nousivat väitöskirjoista ja joiden pohjalta on rakennettavissa terveyden edistämisen kehikkoa tai yhteistä viitekehystä, olivat tiedonrakentelu, voimavarojen rakentelu ja elinolojen vuorovaikutusrakentelu. Tarkastelut tutkimukset sijoittuivat näille kolmelle alueelle tieteenalasta riippumatta. Osa tutkimuksista sisälsi aineksia kaikilta alueilta, mutta ne sijoitettiin ydintarkastelun ja tulosten pohjalta jollekin kolmesta alueesta.

Tiedonrakentelun prosessi koostuu kahdesta kokonaisuudesta, joita ovat henkilökohtaisen ymmärryksen kehä ja sosiaalinen tiedonrakentelu. Henkilökohtainen ymmärrys tarkoittaa yksilön omaa käsityskykyä, hiljaisen esiyymmärryksen tuottamista ja henkilökohtaista uskomusta, joka vahvistaa omaa käsityskykyä. Sosiaalisessa tiedonrakentelussa oppiminen ei ole irrallaan yhteisöstä ja vallitsevasta kulttuurista, vaan se rakentuu ja se saa tulkinnan omassa toiminnassa.

Voimavararakentelussa kiinnitetään huomiota ympäristöihin ja niiden voimavaroja tukeviin aineksiin. Taustalla ovat arvot ja ihmiskäsitys, jotka suuntaavat voimavararakentelua. Voimavararakentelu perustuu myönteisten terveystekijöiden vahvistamiseen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla.

Elinolojen vuorovaikutusrakentelulla tarkoitetaan tässä sitä, että ympäristötekijät (fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset) luovat vuorovaikutuksessa toistensa ja vuorovaikutuksessa yksilön kanssa elinolot, jotka vaikuttavat terveyteen. Elinolojen vuorovaikutuksen rakentelussa on olennaista, miten eri tekijät ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja mikä on tämän vuorovaikutuksen tulos. Vuorovaikutuksen tulos on terveyttä ja hyvinvointia määrittävä tekijä.

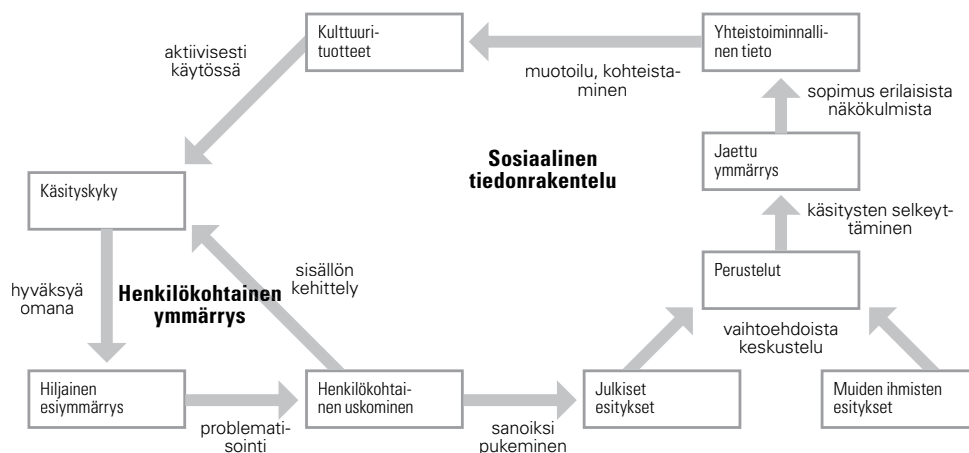
Rakentelu valittiin kokoavaksi käsitteeksi, koska kaikille kuvatuille rakenteluille on yhteistä mukana olijan sitoutuminen ja osallistuminen ja voimavarojen hyödyntäminen vuorovaikutteisessa prosessissa ei yksinomaan yksilöiden, vaan myös yhteisössä ja yhteiskunnassa esiintyvien ilmiöiden kanssa.

4.1. Tiedonrakentelu

Tiedonrakentelu (knowledge building) on haaste oppimisprosessin toteuttamisessa. Erityisesti on kiinnitetty huomiota erilaisiin oppimisympäristöihin ja niiden tiedonrakentelua tukeviin aineksiin. Oppimisympäristöt eivät ole kuitenkaan itsenäisiä ja itseohjautuvia kokonaisuuksia, vaan taustalla on vallitseva oppimiskäsitys ja sen tarjoamat mahdollisuudet oppimiselle ja tiedonrakentelulle. Oppimiskäsitykset heijastavat vallitsevaa kulttuuria ja uskomuksia sen suhteen, mikä menetelmä nähdään tulosten kannalta parhaimmaksi.

Oppimisen ja tiedonrakentelun ero on se, että oppiminen ei ole näkyvää, vain tuloksia voidaan havainnoida. Sen sijaan tiedonrakentelu on tietoista rakentelua, jota voidaan havainnoida, koska se tapahtuu välineiden, esimerkiksi median avulla. Tutkiva oppiminen on keskeinen käsite ja tiedonrakentelu on osa sitä. Tutkivan oppimisen taustalla on ajatus, jonka mukaan oppiminen ja uuden tiedon keksiminen etenevät kognitiivisesta näkökulmasta kohti syvempää ymmärrystä tähtääviä prosesseja (Hakkarainen & Järvelä 1999).

Stahl (2000) on kuvannut oppimismallia sosiaalisena prosessina, joka koostuu yksilöllisestä ja yhteisöllisestä tiedonrakentelun syklistä. Hänen näkemyksensä mukaan tieto on sosiaalinen tuote. Malli kuvaa sosiokulttuurisesti määräytyvien yksilöllisten ajatteluprosessien suhteita. Yhteistoiminnallisen oppimisen malli sisältää teorioita ymmärtämisestä ja oppimisesta, jota voidaan käyttää käsitteellisenä viitekehyksenä yhteistoiminnallisen oppimisen ympäristöissä. Malli kuvaa yksilöä ja yhteisöä koskevaa dialektista rakennelmaa oppimisprosessina (kuviot 4.). Malli koostuu kahdesta osasta, jotka ovat henkilökohtainen ymmärtäminen ja yhteisöllinen tiedonrakentaminen. Henkilökohtainen ymmärtäminen tarkoittaa käsityskykyä, joka hyväksytään omana ja joka johtaa hiljaiseen esiymmärrykseen. Opittava asia problematisoidaan. Tämä puolestaan johtaa henkilökohtaiseen uskomukseen ja opittavaa asiaa kehittämällä vahvistaa henkilökohtaista käsityskykyä. Kun mukaan tulee yhteisöllinen tiedonrakentelu, sykli laajenee ja henkilökohtaisesta uskomuksesta siirrytään sanojen ja lauseiden muodostamisen kautta ottamaan huomioon yleiset ja muiden ihmisten julkiset esitykset. Tämän jälkeen voidaan keskustella ryhmässä erilaisista vaihtoehtoista ja löytää rationaalisia perusteita ja selkeyttää merkityksiä tai käsityksiä. Näin ymmärrys voidaan jakaa ja päästä sopimukseen erilaisista näkökulmista. Tätä kautta syntyy yhteistoiminnallinen tieto, joka saa muotonsa, tavoitteensa ja sisältönsä. Tulos näkyy kulttuurituotteina, jotka ovat aktiivisesti käytössä ja jotka vaikuttavat omalta osaltaan henkilökohtaiseen käsityskykyyn.



Kuvio 4. Tiedonrakenteluprosessi. (Stahl 2000, sovellus)

Tiedonrakentelun prosessi koostuu kahdesta kokonaisuudesta, joita ovat henkilökohtaisen ymmärryksen kehä ja sosiaalinen tiedonrakentelu (Stahl 2000) (kuvio 4.). Henkilökohtaisen ymmärryksen kehässä ovat keskeisinä tiedonrakentelun aineksina oma käsityskyky, hiljaisen esiymmärryksen tuottaminen ja henkilökohtainen uskomus, joka vahvistaa omaa käsityskykyä. Toimintoja ovat käsityskyvyn hyväksyminen, problematisointi ja sisällön kehittäminen. Sosiaalisen tiedonrakentelun aineksina on edellisen kehän laajennus, johon kuuluvat yleiset ja muiden ihmisten julkiset esitykset, perustelut, jaettu ymmärrys, yhteistoiminnallinen tieto sekä kulttuurituotteet, jotka kaikki vahvistavat yksilön käsityskykyä. Näitä sitovia ja yhdistäviä toimintoja ovat sanoiksi pukeminen, vaihtoehtoista keskustelua, käsitysten selkeyttäminen, erilaisista näkökulmista sopiminen, kohteistaminen ja kulttuurituotteiden aktiivinen käyttö.

Tiedonrakentelu on määriteltävissä suhteessa behavioristiseen, kognitiiviseen, humanistiseen ja konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen. Behavioristinen oppimiskäsitys jää tiedonrakenteluprosessin ulkopuolelle mekanistisuutensa sekä ärsyke-reaktio-lähestymistapansa vuoksi. Siinä ei löydy aineksia esitetyn kaltaiset kriteerit omaavalle tiedonrakentelulle. Tiedonrakentelun olennainen tekijä eli oppijan aktiivinen mukanaolo ja prosessointi puuttuvat kokonaan behavioristisesta suuntauksesta. Kognitiivinen ja humanistinen oppimiskäsitys näyttää vastaavan tiedonrakenteluprosessin henkilökohtaisen ymmärryksen kehää, koska niissä molemmissa painottuu kokemuksen tuoma halu problematisoida ilmiöitä ja luoda vahvaa henkilökohtaista uskomusta oman käsi-

tyskyvyn vahvistamiseksi. Konstruktivistinen oppimiskäsitys mahdollistaa sosiaalisen tiedonrakentelun, jossa oppiminen ei ole irrallaan yhteisöstä ja vallitsevasta kulttuurista ja jossa oppiminen rakentuu ja tulkitaan oman toiminnan kautta.

Oppimiskäsitysten ja tiedonrakentelun keskinäisistä suhteista näkyy se yhteiskunnallinen todellisuus, jossa tällä hetkellä eletään. Oppimiskäsitys ei ole irrallinen vallitsevasta ihmis- ja maailmankäsityksestä. Konstruktivistinen oppimiskäsitys takaa tiedonrakenteluprosessin toteutumisen, mutta miten pitkälle ihmiset ovat valmiita ja kykeneviä käyttämään omia voimavarojaan oppimisen onnistumisessa. Aito tiedonrakentelu ja oppiminen edellyttävät oppijalta osallistumista ja sitoutumista. Yhteistoinnallisuus edellyttää myös osaamista, johon tulisi varhain panostaa. Ollaan siinä vaiheessa, että oppiminen ei enää juurikaan eroa omaksutusta elämäntavasta. Tulevaisuudessa voidaan olettaa tiedonrakentelun olevan jokaisen arkista itsensä toteuttamista.

Terveysten edistämistä tukevia oppimiskäsityksiä ja lähestymistapoja ovat ongelmalähtöinen, kasvatuksellinen ja voimavarakeskeinen. Ongelmalähtöisen lähestymistavan päämääränä on sairauksien ehkäisy, riskien ja komplikaatioiden välttäminen asiantuntijoiden ohjeiden ja neuvojen avulla. Tämä sivuaa behavioristista oppimiskäsitystä. Kasvatuksellisen lähestymistavan päämääränä on yksilön terveystietoisyyden muutos. Siinä korostuu yksilön oikeus omaa terveyttä koskevaan tiedon saantiin, vastuu ja vapaus tehdä valintoja luotettavan tiedon pohjalta. Tämä sivuaa kokemuksellista oppimista. Voimavarakeskeisen lähestymistavan päämääränä on löytää yksilö- tai yhteisötasolla käyttämättömiä voimavaroja, joita käyttäen ihmisillä olisi tasa-arvoiset mahdollisuudet kehittyä ja ottaa aktiivinen tiedostava rooli oman terveytensä hallinnasta. Tähän sisältyy ominaisuuksia konstruktivistisesta oppimisesta. (Sirviö 2006)

4.1.1. Behaviorismi

Behavioristisen oppimiskäsityksen mukaan maailmasta ja sen ilmiöistä voidaan saada objektiivista, yksilöllistä, havaitisijasta riippumatonta tietoa. Tieto on olemassa sellaisenaan ja ihminen havaitsee ja ymmärtää ulkomaailman ilmiöitä sellaisina kuin ne ovat. Behavioristisen oppimisen tutkimus tarkastelee objektiivisesti havaittavaa ja helposti mitattavaa ulkoista käyttäytymistä. Tietyn ärsykkeen uskotaan saavan aikaan oppijassa tietyn reaktion ja näin käyttäytymistä säädellään ulkoisesti. Yhteyttä ärsykkeen ja

reaktion välillä vahvistetaan palkkiolla. Vahvistaminen lisää reaktion todennäköisyyttä, rankaiseminen puolestaan vähentää sitä. Nämä ovat myös motivaation lähteitä opetus-tilanteessa. Oppimisen tavoite on määritetty selvästi havaittavien ja mitattavien tuloskin. Opetus on suunniteltu etukäteen. Opettajalla on keskeinen asema opetustilanteessa. Opiskelijan tehtävänä on olla passiivinen tiedon vastaan ottaja. Oppimateriaali pilkotaan osiin ja se etenee helposta vaikeaan. Oppimistuloksia mitataan ja arvioidaan tarkasti ja niiden perusteella määritetään uusia tavoitteita ja vahvistetaan opittuja asioita kertamalla. (www.okry.fi)

Terveyden edistämässä tarjottavan tietoaikseksen tulee tukea kohteen viriävää kehitystä. Onko ulkokohtaisella tiedolla ja mekaanisella tiedontarjonnalla tähän mahdollisuuksia? Terveysaineiston materiaalin vaikutuksia tulee tutkia kokeellisesti tai kvasikokeellisesti. Tiedon jakaminen esimerkiksi terveysaineistossa kapeuttaa ja luo ongelmalähtöisen tietopohjan, joka ratkeaa tietoa lisäämällä. Ehkä materiaalilta ei tule enempää odottaakaan, mutta terveyden edistämisen (seksuaalikasvatuksen) tulee olla nuoren maailmasta käsin nousevaa vuoropuhelua. Voimaantumisen ja koherenssin tunteen vahvistamiseksi tarvitaan muiden tekijöiden huomioon ottamista. Terveyden edistämiseksi tietoa tarvitaan nykyistä laadukkaammin ja joustavammin, vaikkakin näyttää siltä, että tiedon jakaminen nostaa ongelmat, joita ratkotaan tietoa lisäämällä.

Mekanistisesta oppimisesta on myös kyse tutkimuksessa, joka kuvaa ikääntyneiden tasa-painoharjoittelua. Terveyden edistämisen näkökulmasta tutkimus vahvistaa aiempaa käsitystä tasapainoharjoittelun merkityksestä ja tärkeydestä ja kaatumisten ehkäisyn mahdollisuuksista ja hyvistä tuloksista. Tulokset ovat yleistettävissä jossakin määrin myös muihin ryhmiin kuin laitoksissa asuviin ikääntyneisiin ja tuloksista voi olla hyötyä laajemminkin. Ongelmana on harjoittelun irrallisuus ihmisten elämäntilanteesta ja heidän kyvyistään käyttää voimavarojaan, olla vuoropuhelussa ympäristönsä kanssa ja hallita arkeaan.

Tutkimustapaus 1.

Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia (Nummelin, R. 2000)

Tutkimuksen kohteina olivat seksuaalivalistuslehtiset sekä niiden hyödyntämisen käytänteet seksuaalikasvatuksessa eli henkilökohtaisessa seksuaalineuvonnassa, ryhmäkohtaisessa seksuaaliopetuksessa sekä joukkokohtaisessa seksuaalivalis-

tuksessa. Tarkoituksena oli tuottaa seksuaalikasvatuksen suunnittelua ja kehittämistä palvelevaa tietoa selvittämällä 15-16-vuotiaiden nuorten näkemyksiä ja kokemuksia seksuaalivalistuslehtisistä ja niiden käytöstä seksuaalikasvatuksessa.

Tutkimuksen perusteella lehtiset olivat nuorten mielestä tärkeitä ja tarpeellisia ja niihin suhtauduttiin yleisesti ottaen myönteisesti. Niistä saatua yleistietoa raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisystä ja sukupuolitaudeista pidettiin arvokkaana, mutta nuoret olisivat halunneet enemmän näkemyksellistä ja kokemuksellista tietoa peiliksi omille ajatuksilleen ja kokemuksilleen. Nuorten yksilöllisen psykososiaalisen kehityksen huomioiminen ja seksuaalisuuteen liittyvien arjen asioiden hallinta nousivat keskeisiksi haasteiksi seksuaalikasvatuksen kehittämisen kannalta.

Tutkimustapaus 2.

Ikääntyminen ja tasapaino: Eri-ikäisten tasapaino ja tasapainoharjoittelun vaikuttavuus ikääntyneillä palvelukodissa asuvilla naisilla (Sihvonen, S. 2004)

Sihvonen tutki väitöskirjatyössään eri-ikäisten henkilöiden tasapainoa ja yksilölliseen näköpalautteeseen perustuvan tasapainoharjoittelun vaikuttavuutta ikääntyneillä palvelukodissa asuvilla naisilla. Lisäksi Sihvonen tutki eri ikäryhmien ja miesten ja naisten välisiä eroja voimalevyllä tehdyissä kehon huojuntaa mittaavissa tasapainotesteissä. Tutkimukseen osallistui 593 8-93-vuotiasta henkilöä. Mahdollisia tasapainoon liittyviä eroja selvitettiin myös tapaturmaisesti kaatuneiden 50-68-vuotiaiden naisten ja samanikäisten, ei kaatuneiden naisten välillä.

Sihvonen havaitsi eri ikäisten tasapainokyvyssä eroja. Näköpalautteeseen perustuva harjoittelu osoittautui lupaavaksi kuntoutusmuodoksi tasapainon parantamisessa ja kaatumisten ehkäisyssä. Tasapainoharjoittelun seurauksena iäkkäät naiset paransivat suoriutumistaan dynaamisissa painonsiirtotesteissä ja toiminnallisessa tasapainotestissä. Tasapainoharjoittelulla todettiin myös merkittävä kaatumisia ehkäisevä vaikutus. Tulokset osoittivat eroja tasapainonhallintakyvyssä eri ikäryhmissä, jotka tulisi ottaa huomioon valittaessa eri-ikäisille sopivia tasapainotestejä. Sihvosen mukaan laitoksessa asuvien ikääntyneiden henkilöiden tasapainoa voidaan parantaa harjoittelulla ja kaatumisten ehkäisy on mahdollista.

4.1.2. Kognitivismi

Kognitivismi kiinnittää huomiota oppimisprosessiin, jossa keskeisenä on oppijan oma aktiivinen toiminta. Kognitiivisen oppimiskäsityksen keskeinen käsite on skeema. Skeema on sisäinen malli siitä, mitä ja millaisia asiat ja ilmiöt ovat, miten ne toimivat ja miten tapahtumat etenevät. Skeemoja ovat esimerkiksi käsitykset siitä, miten tietokone toimii. Skeemojen perusteella yksilö havainnoi ja tulkitsee maailmaa. Hän poimii havaintojensa perusteella ympäröivästä maailmasta informaatiota, joka muuttaa kokemusten ja luotujen merkitysten kautta hänen aiempia skeemojaan. Opetuksessa luodaan ensin yleiskuva opiskeltavasta aiheesta. Tarkoituksena on herättää oppijassa aihetta koskevia aiempia skeemoja sekä luoda odotuksia ja yhteenliittymiä opiskeltavan asian ja oppijan nykyisten tietorakenteiden välillä. Opettajan tehtävänä on oppimisprosessin aikana ohjata opiskelijaa havaitsemaan, mitä pitää oppia, miten informaatiota tulisi prosessoida sekä millaisia oppimistaitoja tilanne vaatii. Opetuksen jälkeen käydään läpi mitä on opittu. (www.okry.fi)

Väestön ominaisuudet terveyden taustatekijöinä ovat terveystiedon, tiettyjen informaatiolähteiden preferoinnin, informaatiokäyttämisen (tiedon etsimisen) ja nykyisen terveyskäyttämisen taustalla. Informaatiolähteen valinta on suhteessa terveystiedon tasoon, johon myös informaatiolähde ja tiedon etsiminen ovat yhteydessä. Tiedon etsiminen on tekijä, joka on terveystiedon pohjalla. Tiedon lähteet ja informaatiokäyttämisen ovat yhteydessä terveyskäyttämiseen, tosin heikosti. Tieto ei yksin riitä eikä sillä ole yksiselitteistä yhteyttä terveyskäyttämiseen. Tiedon lisäksi tarvitaan hyvin kehittynyt orientaatiomalli, joka takaa sen, että ihminen muistaa asioita paremmin ja osaa yhdistellä niitä.

Toimintastrategian tietoinen valinta osoittaa arjen hallinnan olevan kohdallaan, mikäli oletetaan sellaisen olevan mahdollinen. Tarvitaan useiden väliin tulevien tekijöiden eristämistä, jotta saa myönteisen ja kielteisen strategian puhtaana ja vaikuttavana esille. Ajattelu- ja toimintastrategioita ovat esimerkiksi kognitiiviset, motivationaaliset ja attributionaaliset prosessit, joiden avulla ihmiset yrittävät saavuttaa tavoitteensa, säännellä ahdistustaan, hallita tapahtumia ja niiden seurauksia sekä ylläpitää itsetuntoaan eri tilanteissa. Tulokset vahvistavat sitä pohjaa, mihin yleensä terveyden edistäminen rakennetaan. Yhtymäkohtia koherenssin tunteeseen, elämänhallintaan, elämään tyytyväisyyteen ja muihin vastaaviin tutkimuksellisiin käsitteisiin ei ole mahdollista tarkastella tässä työssä, vaikka ne liittyvätkin samaan aihepiiriin.

Ajattelu- ja toimintastrategioiden käyttö on yhteydessä ihmisen kokemaan hyvinvointiin. Terveystiedon edistämisen avulla voidaan tukea ihmisiä luomaan ja ylläpitämään tavoitteellisia strategioita. Tämä edellyttää myös mahdollisuuksien tarjoamista ja koko elinkaaren pituista prosessia voimavaran synnyttämiseksi ja myönteisen kehityksen vahvistamiseksi. Ihmisten orientaatiota voidaan vahvistaa, mutta miten voidaan saada terveys ja terveydestä huolehtiminen yhdeksi käyttäytymisen arvoksi, asettaa sen pohjalta tavoitteet ja ratkaista ongelmia. Hyvä orientaatiomalli ei vielä takaa terveyttä tuottavaa käyttäytymistä.

Tutkimustapaus 3.

In sickness and in health. How information and knowledge are related to health behaviour (Eriksson-Backa, K. 2003)

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää ravitsemukseen liittyvän terveystiedon, terveyskäyttäytymisen ja tiedon lähteen yhteyksiä. Vastajina oli kolme ryhmää: diabeetikot, raskaana olevat naiset ja kontrolliryhmä. Ryhmät eroteltiin lisäksi kolmeen ryhmään tietolähteiden preferoinnin perusteella: 1) ammattilaisryhmä arvosti eniten ammattilaisten antamaa tietoa; 2) populaaritiederyhmä käytti tiedon saamiseksi kansantajuisesti kerrottuja tiedejuttuja ja 3) arkitiedon ryhmä haki päivittäin tietoa tiedotusvälineistä.

Tutkimuksessa käytettiin tavoitteisiin pääsemistä ja ongelmanratkaisua kuvaavaa orientaatiomallin käsitettä, ja hyvin kehittynyt orientaatiomalli oli tutkimuksen mukaan yhteydessä yksilön muistamiseen ja jäsentelyyn. Tutkimuksen mukaan tietolähdekäyttäytyminen on tätä kautta yhteydessä haastateltujen tiedon tasoon ja jossain määrin myös terveyteen ja ravitsemuskäyttäytymiseen. Tieto ei kuitenkaan ole tärkein syy tietynlaiseen terveyskäyttäytymiseen, esimerkiksi haastateltavien tupakointiin tai alkoholikäyttöön. Syynä saattaa tutkimuksen mukaan olla tapa ja nautinto.

Tutkimustapaus 4.**Achievement and social strategies and the cumulation of positive and negative experiences during young adulthood (Eronen, S. 2000)**

Tutkimuksessa tarkasteltiin kahden tilastollisen pitkittäisaineiston avulla nuorten sopeutumista uuteen ympäristöön, nuorten ajattelu- ja toimintastrategioita ja sitä, ennustavatko strategiat opintomenestystä ja elämäntapahtumia. Lisäksi tarkasteltiin sitä, miten sosiaaliset strategiat, sosiaalinen käyttäytyminen, henkilöhavainnointi ja toverisuhteet sekä tyytyväisyys näihin suhteisiin ovat yhteydessä toisiinsa.

Tulosten mukaan nuorten aikuisten käyttämät ajattelu- ja toimintastrategiat vaikuttivat heidän sopeutumiseensa uuteen opiskelu-ympäristöön ja strategiat myös muuttuivat ympäristöltä saadun palautteen seurauksena. Sosiaaliset strategiat olivat yhteydessä siihen, millaisia havaintoja opiskelija tekivät tovereistaan ja miten strategioiden vaikutus toverisuhteisiin välittyi tätä kautta. Tarkoituksenmukaiset strategiat, joita olivat optimismi, defensiivinen pessimismi ja etukäteen tapahtuva suunnittelu, auttoivat opiskelijoita menestymään opinnoissaan ja toverisuhteissaan, mikä puolestaan lisäsi näiden strategioiden käyttöä. Epätarkoituksenmukaiset strategiat eli vetäytyminen ja itseä vahingoittava strategia johtivat kielteiseen palautteeseen ja päinvastaisen kehän muodostumiseen.

4.1.3. Humanismi

Humanistisessa oppimiskäsityksessä tarkastelun kohteena on ihminen ja siinä korostetaan ihmisen inhimillistä ja itseään toteuttavaa luonnetta sekä oppijan aiempaa kokemusta. Tavoitteena on ihmisen mahdollisuuksien ja kokemusten kehittäminen. Humanistinen suuntaus korostaa oppijan aiempaa kokemusta. Oppimisessa uuden tiedon ja taidon merkitys ja elämys nivELYvät hänen aiempaan kokemustaustansa. Opettaja ohjaa opiskelijaa kasvamaan, kehittymään ja löytämään sisäisen tasapainon. Tavoitteena on oppimisen itseohjautuvuus ja sisäisen motivaation vahvistaminen. Kokemuksellinen oppiminen liittyy läheisesti humanistiseen oppimiskäsitykseen. Siinä perustana on ihmisen arvot ja ainutlaatuisuus sekä ihmisen itsensä toteuttamisen korostaminen. Oppiminen nähdään aktiivisena, kokeilevana, kehittäväenä ja vuorovaikutteisena toimintana. Ihminen oppijana nähdään hyvänä, vastuullisena ja tavoitteisiin

pyrkivänä olentona, joka on itseohjautuva, sisäisesti motivoitunut, vastuussa teoistaan ja ratkaisuisistaan. Opettaja on kannustaja ja tukija. Kokemuksellinen oppiminen painottaa itsetuntemusta ja itsereflektiota. Oppiminen perustuu kokemuksiin ja opittavan aineksen prosessointiin. Tulos näkyy muutoksena käytännön toiminnassa. (www.okry.fi)

Terveyden edistämisen asiantuntijuuden kriteerien määrittely (mitä osaamista edellytetään) tarkoittaa myös terveyden edistämisen määrittelyä teoreettisella ja toiminnallisella tasolla. Terveyden edistämisen asiantuntijuus tarkoittaa: 1) terveyden edistämisen suunnittelua ja vaikuttavuuden arviointia yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla, 2) moniammatillista ja monialaista yhteistyötä, 3) terveyttä tukevien projektien, verkostojen ja tiimien luomista, 4) taitoa viestiä terveyttä edistävien työmenetelmien vaikuttavuudesta ja hyödyistä, 5) terveyden edistämisen tutkimuksellisia valmiuksia ja 6) eettisten ja kulttuurillisten tekijöiden tunnistamista terveyden edistämisenä.

Asiantuntijuuden kehittymisen perusedellytys on kokemuksellisten ja yhteistoiminnallisten opetusmenetelmien sisällyttäminen terveyden edistämisen opetukseen ja/tai koulutukseen. Ketkä voivat olla terveyden edistämisen asiantuntijoita ja mikä on terveyden edistämisen asiantuntijuuden kehittymisessä käytännön tiedon ja teorian tiedon suhde? Mikä on se taho, joka varmistaa näiden molempien toteutumisen? Esimerkiksi ammattikorkeakoulussa käytännön tiedon välittäminen on koulutuksessa suurena osana, yliopistoissa on teorian tieto.

Oppimisessa on tietoisuuden tasoja, joita voidaan hyödyntää ja/tai kehittää terveyden edistämisen arvioitaessa tiedon perillemenoja ja osaamisen kehittymistä. Reflektiivinen taso tarkoittaa tietoisuutta, joka kohdistuu havaintoihin, ajatteluun ja toimintaan sekä niihin liittyviin tapoihin. Affektiivinen reflektiivisyys merkitsee omien tunteiden, havaintojen, ajattelun ja toiminnan tietoiseksi tulemistä. Erotteleva reflektiivisyys on omien havaintojen, ajattelun, toiminnan ja toimintatapojen arvioinnin sekä syy-seuraus -suhteiden tunnistamista. Arvioiva reflektiivisyys tarkoittaa tietoisuutta niistä arvoista, jotka liittyvät omiin havaintoihin, ajatuksiin, toimintaan ja toimintatapoihin. Käsitteellinen reflektiivisyys on tietoisuutta käytetyistä käsitteistä ja niiden toimivuudesta oman ymmärtämisen ja arvioinnin kannalta. Psykkisessä reflektiivisyydessä tunnistetaan se tapa, jolla tehdään rajalliseen informaatioon pohjavia arviointeja. Teoreettinen reflektiivisyys on tietoisuus siitä, onko valittu toimintatapa pätevä tai ei. Tämä mahdollistaa merkitysperspektiivin muuttamisen.

Itsemääräämismotivaatiossa yksilön toiminnan motivaatio nähdään positiivisten asioiden kautta rakentuvaksi. Itsemääräämismotivaatio on sidoksissa kokemuksellisuuteen ja osallisuuteen, koska kokemuksia voidaan kartuttaa osallistumisen ja vastuun antamisen avulla. Yhtenä lasten osallistumista ja kokemuksia kartuttavana menetelmänä on draaman käyttö, jota on mahdollista hyödyntää enemmän lasten terveyden edistämisessä, esimerkiksi neuvoloissa tai kouluissa lasten vertaisryhmätoimintana. Terveyden edistäminen on yhdessä oppimista, jonka perustana on hyvä vuorovaikutussuhde. Riskien ja uhkien tarkastelun ohella terveyden edistämiseen tarvitaan myönteisiä lähestymistapoja ja lasten omaa osallistamista.

Terveyteen liittyvä oppiminen ei ole ollut terveyden edistäjien kiinnostuksen kohteena, koska terveyden edistämistä ja terveysopetuksen teoreettista keskustelua ja käytäntöjä ovat hallinneet käyttäytymisen muutosta kuvaavat teoriat ja mallit. Yksilöllisten ja yhteisöllisten tietojen ja taitojen oppimisen prosessinäkökulma on keskeinen ja tämä ymmärretään laajasti perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa. Suunta on itsenäiseen vastuuseen, oma-aloitteisuuteen ja itseohjautuvuuteen perustuvat oppimisprosessit, jotka omalta osaltaan omavoimaistavat ihmisiä tekemään terveyttä tuottavia valintoja.

Tutkimustapaus 5.

Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta – Hoitotyön amk-opiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa (Liimatainen, L. 2002)

Tutkimus tarkasteli terveyden edistämisen asiantuntijuuden muotoutumista ja sisältöä hoitotyötä opiskelevilla ammattikorkeakouluopiskelijoilla. Terveyden edistämisen asiantuntijuus sisälsi tiedollisia ja taidollisia ulottuvuuksia ja se ymmärrettiin kokemuksellisesti, jatkuvasti rakentuvana, uusiin ongelmiin tarttuvana, vuorovaikutteisena ja sosiaalisena kehitymisprosessina. Taustalla oli ajatus siitä, että tällainen asiantuntijuus olisi muodostettavissa opintojen kautta korkean terveyden edistämisen tietoisuuden myötä.

Tutkimuksen mukaan ammattikorkeakouluissa tuotetun osaamisen taso on vaihtelevaa sekä sisällöllisesti että laadullisesti. Ongelmallista on ollut terveyden edistämisen 1) sisällyttäminen koulutusohjelmiin, 2) käsitteen ymmärtäminen, 3) käytäntöön soveltaminen ja 4) asiantuntijuuteen oppiminen eli jatkuvasti

kehittyvä ongelmanratkaisuprosessi, johon liittyy itsereflektio ja eri tilanteista oppiminen. Tutkimuksessa painotettiin jaetun asiantuntijuuden merkitystä eli terveyden edistämisen asiantuntijoiden ja/tai asiakkaiden välistä uudenlaista yhteistyötä ja laadullisesti erilaisen tiedon ja osaamisen jakamista yhteisten päämäärien saavuttamiseksi.

Tutkimustapaus 6.

Muutokset oppilaiden liikuntamotivaatiossa, koetussa fyysisessä pätevyyydessä sekä tavoiteorientaatioissa liikunnanopettajien täydennyskoulutusohjelman seurauksena (Jaakkola, T. 2002).

Väitöskirjassa tutkitaan oppilaiden liikuntamotivaatioon, koettuun fyysiseen pätevyyyteen ja tavoiteorientaatioon liittyviä muutoksia yhden lukukauden motivaatioilmastointervention seurauksena. Lisäksi kehitellään ohjelmaa tai mallia, jonka avulla tuntien tehtäväsuuntautuneisuutta voitaisiin parantaa.

Päätuloksena on, että opettaja pystyy vaikuttamaan oppilaiden motivaatio-tekijöihin korostamalla liikuntatuntien tehtäväsuuntautuneisuutta, sillä oppilaiden itsemääräämismotivaatio koulun liikuntatunnilla nousi. Tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että tehtäväsuuntautuneisuus ja autonomia ovat tärkeitä tekijöitä oppilaiden motivaation kannalta. Jatkossa tulisi selvittää enemmän motivaatioon liittyviä sosiaalisia tekijöitä esimerkiksi luokan oppilaiden välisen vuorovaikutuksen merkitystä.

Tutkimustapaus 7.

Lapsen terveystieteistä lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen (Okkonen, T. 2004)

Kolmivaiheisen tutkimuksen tavoitteena oli kuvata 5-6-vuotiaan lapsen käsitteitä terveydestä ja terveyden edistämisestä sekä lasten kanssa toimivien aikuisten (päiväkodin työntekijöitä, terveydenhoitaja, lasten äitejä) välisestä yhteistyöstä lapsen terveyden edistämiseksi.

Terveysneuvonnassa painotus oli terveyden kytkemisestä ihmisen omaan merkitysmaailmaan, kokemuksiin ja arkielämään, esimerkiksi 5-6-vuotiaiden päiväkotilasten terveyteen liittämiin käsityksiin ja kokemuksiin. Terveyden edistäminen on yhdessä oppimista, jonka perustana on hyvä vuorovaikutussuhde. Hyvän vuorovaikutussuhteen elementtejä: ihmisen kuunteleminen, häneen tutustuminen, hänen erilaisuutensa hyväksyminen ja lisäksi ihmisen oman vastuun tiedostaminen.

Terveyden edistämisen keskeinen arvo oli niiden ihmisten kuulluksi saattaminen, jotka ovat tulleet yhteisössään vähiten kuulluksi. Yhtenä tällaisen ryhmänä voitaneen pitää lapsia.

Terveyden edistämisen työmenetelmien uudistaminen edellyttää ihmisten omien voimavarojen arvioimista. Mikäli pyritään kehittämään lapsen omia terveyden edistämisen valmiuksia, on terveyttä edistävän toiminnan menetelmistä otettava huomioon lapsen ominaislaatu. Draaman avulla saatiin esille lapsen ajatuksia niin terveyden edistämisestä kuin eettisistäkin asioista. Draamassa voi hyvin havainnoida lapsen ryhmässä selviytymistä sekä lapsen vahvuudet ja ongelmat, keskeistä on lasten osallisuus (ideointi, suunnittelu, esityksen rakentaminen).

Tutkimustapaus 8.

Terveyttä joka päivä (Jakonen, S. 2005)

Tutkimuksessa kuvataan ja verrataan peruskoulun 5., 7., 8., ja 9. luokan oppilaiden näkemyksiä ja kokemuksia terveydestä ja terveyden oppimisesta (kyselylomake). Painopiste on oppilaiden terveyteen liittyvien näkemysten ja kokemusten näkyväksi tekemisessä ja siten lisätä ymmärrystä oppilaiden terveyden oppimisen prosessista.

Oppilaiden antama merkitys terveydelle ja terveyden oppimiselle nousee oppilaiden omista lähtökohdista saadun tiedon hyödyntämisestä ja liittämisestä koko koulun terveyden edistämisen toimintakokonaisuuteen. Tämä tarkoittaa kehityksellisyyttä ja terveyslähtöisyyttä riskiajattelun sijaan.

Tutkimuksen mukaan oppilaat ovat ilmaisseet olevansa kiinnostuneita terveysopetuksesta, kun se liittyy heidän kiinnostuksen kohteisiin ja kokemusmaailmaan.

4.1.4. Konstruktivismi

Konstruktivismin perusajatuksena on, että maailmasta ja sen ilmiöistä ei ole saatavissa objektiivista, toimijoista riippumatonta tietoa. Tieto on aina yksilöiden ja yhteisöjen sosiaalisesti rakentamaa. Konstruktivistinen suuntaus on luonteeltaan oppijakeskeistä. Tarkastelun kohteena on oppija, joka rakentaa ymmärrystään sekä tulkitsee maailmaa ja sen ilmiöitä omalla aktiivisella toiminnallaan. Opetuksen lähtökohtana ovat oppijan ennakkokäsitykset ja uskomukset aiheesta sekä hänen arkitietonsa. Tarkoituksena on asioiden ja ilmiöiden ymmärtäminen ja merkityksen luominen. Oppimisprosessin aikana oppijan käsitykset muuttuvat ja kehittyvät. Yksilö liittyy uuden tiedon aiempiin tietorakenteisiinsa, organisoii tietoa ja yhdistää siihen oppimistilanteessa kokemiaan fyysisen ja sosiaalisen kontekstin mukaisia mielikuvia ja tunteita. Tietorakenne muuttuu jatkuvasti. Syntyneen tietorakenteen jäsenyys ja monipuolisuus vaikuttavat tiedon käyttöön myöhemmissä tilanteissa. Opetuksen siirtovaikutus eli transfer tarkoittaa tietyssä tilanteessa opittujen tietojen ja taitojen käyttämistä ja hyödyntämistä muissa tilanteissa (Soini 2000). (www.okry.fi)

Konstruktivismiin pohjautuvan oppimisen ja tiedonrakentelun keskeisiä piirteitä ovat seuraavat (Tynjälä 1999):

1. Aiemman tiedon huomioon ottaminen. Olemassa olevat tiedot, käsitykset ja uskomukset otetaan opetuksen ja viestinnän lähtökohdaksi, koska aiempi tieto vaikuttaa uuden tiedon tulkintaan.
2. Erilaisten tulkintojen käsittely. Koska aiemmat tiedot ja kokemukset voivat saada erilaisia tulkintoja eri yksilöillä, suositaan arviointimenetelmiä, jotka sallivat yksilöllisten tulkintojen esiin tuomisen ja niistä keskustelun.
3. Metakognitiivisten taitojen kehittäminen. Metakognitiolla tarkoitetaan tietoa, jota yksilöllä on omista kognitiivis-emotionaalista prosesseistaan, kuten ajattelusta ja muistista. Metakognitiivisen tiedon perusteella yksilö pystyy tietoisesti säätelemään omaa ajattelutoimintaansa.
4. Ajattelun aktivointi. Painopiste on tiedon konstruointiprosessin tukemisessa, ei tiedon jakamisessa ja kontrolloinnissa.
5. Painotus sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Tämä toteutuu silloinkin kun oppimista tarkastellaan yksilöllisenä prosessina (kognitiivinen konstruktivismi). Sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta oppija voi ulkoistaa omaa ajatteluaan. Keskeisiä työmuotoja ovat yhteistoiminnalliset opiskelumuodot,

jotka mahdollistavat tiedon jakamisen, keskustelun, neuvottelun, erilaisten tulkintojen ja perusteluiden esittämisen.

6. Tiedon oppimisen ja tiedon käytön kytkeminen toisiinsa. Oppiminen on tilannesidonnaista, jolloin yhdessä tilassa opittua ei välttämättä kyetä soveltamaan toisenlaisissa oloissa. Jotta opittua voidaan soveltaa uusiin erilaisiin tilanteisiin, opiskeluvaiheessa on asioita tarkasteltava useista eri näkökulmista. Oppimista ja soveltamista ei eroteta erillisiksi vaiheiksi, vaan asioita opitaan tekemällä ja toimimalla aidoissa ongelmanratkaisutilanteissa.
7. Oppiminen kulttuurisesti välittyvänä toimintana. Oppimista ei voi tarkastella irrallaan ympäröivästä yhteisöstä ja kulttuurin tuottamista tavoista ja kielestä. Huomiota tulee kiinnittää oppimisen toimintajärjestelmään, joka sanelee yksittäisen oppijankin oppimisen ehdot.
8. Oppimisen arvioinnin kokonaisvaltaisuus. Oppimisen arviointi kohdistuu koko oppimistilanteeseen eikä pelkästään oppimisen tuloksiin. Arvioinnissa huomio kiinnittyy siihen, miten paljon oppija on oppimisprosessissaan edennyt ja minkälaisia kontruointeja hän on tarjotun materiaalin perusteella saanut aikaan.

Miten käytännössä voimavarakeskeinen ja konstruktivistinen lähestymistapa saatetaan käytäntöön ja miten se todennetaan osana terveyden edistämisen asiakas-, opetus-, koulutus-, ohjaus-, neuvonta- ym. työtä? Mitkä ovat voimavarakeskeisen ja konstruktivistisen terveyden edistämistoiminnan kriteerit? Milloin voidaan sanoa, että näin toimitaan ja että se edistää parhaimmalla mahdollisimmalla tavalla terveyden edistämistä?

Osallistamiseen vaikuttaa useita erilaisia seikkoja, esimerkiksi persoonallisuus, tilanne, käytössä oleva aika sekä kiinnostavuus. Terveyden edistämisyssä tiedon lisäämisen (koulutuksen) rinnalla on kysymyksessä myös asenteisiin vaikuttaminen – terveyden edistämisen asennekasvatus – miten tämä saataisiin osaksi varhaiskasvatus- ja opetussuunnitelmia, osaksi korkeakoulu- ja ammatillista koulutusta, osaksi työyhteisöjen henkilöstöstrategiaa ym.

Sosiaalisen konstruktionismin mukaan kielenkäytöllä on merkitystä, koska todellisuus on sosiaalisesti konstruoitunutta. Erityisesti sosioekonomisia terveyseroja pitäisi pohtia asiantuntijuuspuheessa ja vuorovaikutuksessa, jotta välttyttäisiin tuottamasta toiseutta. Ongelmalähtöinen ihmisten luokittelu saattaa saada ihmiset itsensä leimaa-

maan itsensä negatiivisesti. Konstruktivismi tukee ajatusta omavoimaistamisesta, mutta kuvastaa myös ihmisten kokemusten subjektiivisuutta ja haastavuutta.

Asiantuntijavalta voi korostua ja ihmisten kokemuksellista tietoa väheksytään. Ongelmakategorioita liitetään ihmiseen siten, että rakenteelliset tekijät hävitetään, esimerkiksi mielenterveysongelmainen ja vastaavat käsitteet ovat yksilökohtaisia. Mielenterveysongelmat ovat kuitenkin pitkälle sekä määrittelykysymyksiä, homoseksuaalisuus oli psykiatrisessa tautiluokituksessa vielä 1970-luvun alussa, että sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyviä. Lisäksi niiden taustalla voi olla yhteiskunnallisia prosesseja kuten yhteisöllisyyden ja asuinympäristön muutokset.

Tutkimustapaus 9.

Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisessä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta (Sirviö, K. 2006)

Terveyttä edistävässä työssä työntekijöiden ja asiakkaiden näkemykset terveyteen liittyvistä tekijöistä ovat erilaisia ja vaikeuttaa työntekijän valmiuksia vastata asiakkaan tarpeisiin ja myös osallistaa asiakas terveyttä edistävään toimintaan. Asiantuntijuutta ei nähdä enää pysyvänä ominaisuutena, joka on kerran saavutettu koulutuksen ja pitkän työkokemuksen kautta, vaan se liitetään työntekijän toimintatapaan: asiantuntijuus on jatkuvaa ongelmanratkaisuprosessia, toimimista omien kykyjen ylärajoilla ja itsensä ylittämistä. Moniammatillisuus ja verkostomainen, työntekijöiden voimavaroja yhdistävä työote liittyy asiantuntijuus-käsitteen muutokseen.

Terveyteen liittyvien tekijöiden määrittely vaihtelee ihmisestä ja ammattikunnasta riippuen. Yhteistyön ja siten terveyden edistämisen yhteisen ymmärryksen lisääminen/mahdollistaminen edellyttää terveyden edistämisen määrittelyä ja konkretisointia, joka helpottaa toiminnan suunnittelua, toteutusta ja arviointia ja asiakastilanteessa asiakkaan osallisuuden vahvistamista.

”Tietoisemmin” hyödynnettävissä olevia työmenetelmiä ja osallisuuden tasoja ovat:

- Osallistumisen mahdollistaminen: kuunteleminen, kysymyksiin vastaaminen, keskustelu.
- Kannustaminen: arviointi, positiivisen palautteen antaminen.

- Tiedon lisääminen: kysymysten esittäminen, kokemusten jakaminen, tiedon jakaminen, kertaus.
- Ohjaaminen: neuvonta ja ohjaus, interventio.
- Yhteistyö: yhteisten linjojen sopiminen, yhdessä tekeminen.
- Mukanaolo: asiakas katsoo, että hänen näkemyksellään tilanteissa ei ole merkitystä eikä hän koe subjektiivista asiantuntijuuttaan yhtä arvokkaana kuin työntekijän ammatin tuoma tietämys.
- Osatoimijuus: asiakas tilanteessa aktivoitunut, kommentoi käsiteltäviä asioita ja osoitti kiinnostuksensa. Asiakas luottaa kuitenkin työntekijän asiantuntijuuteen. Asiakas tiedostaa oman subjektiivisen asiantuntijuutensa, mutta arkailee sen esille tuontia ja sen asettamista työntekijän asiantuntijuuden rinnalle. Keskeisinä toimintana tilanteissa on mahdollisten jännitteiden eliminointi.
- Sitoutuminen: asiakas on ennakolta valmistautunut tilanteeseen. Hän on aktiivinen ja pyrkii olemaan tilanteissa tasa-arvoisena toimijana työntekijän kanssa. Asiakas ilmaisee asiantuntijuuttaan perheen terveyteen liittyvissä tekijöissä. Hän tuo esille asioita, joita haluaa käsiteltävän.
- Vastuunotto: asiakas on rohkeasti (tässä tapauksessa) perheensä terveyden asiantuntija, mutta arvostaa silti työntekijän asiantuntijuutta. Asiakas vastaa päätöksistään eikä odottanut työntekijältä välttämättä apua, eikä hyväksyntäänkään ratkaisuja. Kohtaamisessa hän haluaa esittää omia näkemyksiään ja toiveitaan perheen terveyden edistämisestä ja haluaa kuulla työntekijän mielipiteen asiaan.
- Osallisuuden edistäminen: kysymysten esittäminen, asiakkaan toiminnan hyväksyminen ja positiivinen palaute sekä kysymyksiin vastaaminen, vaihtoehtoisten tapojen esittäminen ja myönteinen ilmapiiri.

Tutkimustapaus 10.

Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta (Kulmala, A. 2006)

Ihmisten määrittelemisen tiettyihin kategorioihin vaikuttaa siihen, miten ihminen itse rakentaa identiteettiään. Erityisesti negatiivisilla kategorisoinneilla saattaa olla haitallisia seuraamuksia, esimerkiksi syrjäytymispuhe saattaa tuottaa syrjäytymistä tai syrjäytymisen kokemusta. Syrjäytymispuheen ongelmana on myös se, että syrjäytyminen nähdään yksilöllisenä ominaisuutena, ei rakenteista lähtevänä.

Puhe asiakaslähtöisyydestä saattaa jäädä puheen tasolle, jollei asiakasta aidosti kuunnella.

Aineistolähtöisessä lähestymistavassa on pyritty kuuntelemaan ns. syrjäytyneiden ääntä. Erottelu henkilökohtaiseen ja sosiaaliseen identiteettiin. Ensin mainitulla tarkoitetaan identiteettiä, jonka kukin itsestään määrättyssä tilanteessa tuo tai haluaa tuoda esille. Tämän identiteetin mukana kulkee sosiaalinen, tiettyyn ryhmään liitettävä identiteetti. Sosiaalinen identiteetti voi olla yksilöllinen, kielteinen tai vahvistava.

Leimat tulevat ulkopuolelta ja ne ovat rakentamassa kielteisiä sosiaalisia identiteettejä, jotka puolestaan kietoutuvat henkilökohtaiseen identiteettiin. Instituutioiden ja auttamistyön järjestelmien käytännöillä ja sopimuksilla on aina seurauksia ihmisille. Osa näistä seurauksista leimaa erilaisuuden ja työntää asianosaiset marginaaliin. Instituutioiden työkäytännöt ja niiden ylläpitämät keskustelut ja määritelmät ovat omalta osaltaan tarjoamassa aineksia leimatun identiteetin rakentumiselle.

Toiseus on kokemuksellinen käsite ja ilmaisee kertojan suhdetta toisiin ja niistä edeten myös laajempiin yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Toiseudessa erilaisuus ja poikkeavuus korostuvat ja silloin piirtyvät myös kuvat tavallisuudesta ja normaaliudesta.

4.2. Voimavararakentelu

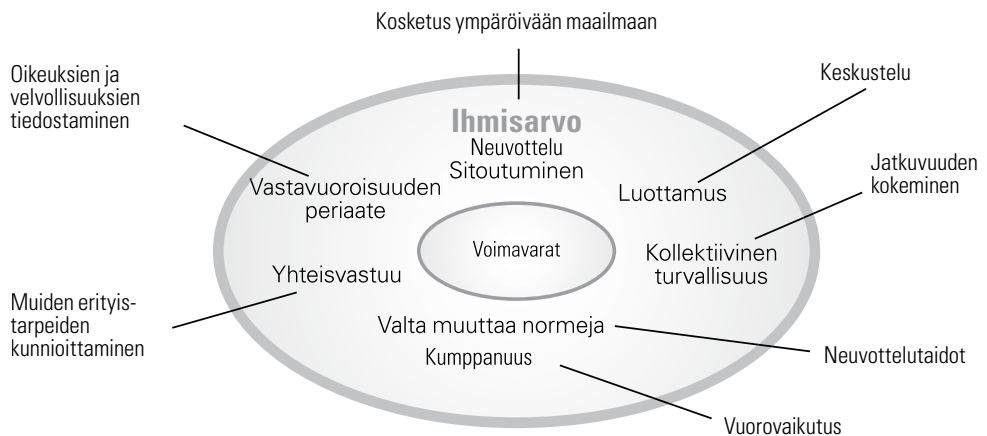
Voimavarat ovat pohja, jolle yksilöt ja yhteisöt perustavat valintansa. Ne voivat olla joko terveyttä vahvistavia tai sitä heikentäviä. Voimavaroja rakennetaan koherenssin tunteen, osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien, omavoimaistamisen sekä sosiaalisen pääoman mekanismien avulla. Voimavararakentelussa kiinnitetään huomiota ympäristöihin ja niiden voimavaroja tukeviin aineksiin. Taustalla ovat arvot ja ihmiskäsitys, jotka suuntaavat voimavararakentelua. Jos voimavaroja on tai niitä voidaan synnyttää ja vahvistaa, ne ovat aina yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin.

Voimavaroja voidaan tietoisesti rakentaa esimerkiksi työyhteisöissä ja muissa yhteisöissä. Konsruktivistisessä lähestymistavassa voimavarat ovat sidoksissa yksilöön, yhteisöön ja vallitsevaan kulttuuriin. Voimavarojen käyttöönotto tulkitaan oman ja yh-

teisön toiminnan kautta. Miten pitkälle ihmiset ovat valmiita ja kykeneviä käyttämään voimavarojaan omiin valintoihinsa ja sitä kautta terveyteensä ja hyvinvointiinsa?

Voimavararakentelun osat kehittyvät ihmisen iän ja kokemuksen myötä, eivät-
kä ole pysyviä ominaisuuksia. Tämän vuoksi terveyden edistämisen interventioilla on mahdollista vaikuttaa näihin voimavaratekijöihin. Tulevaisuudessa voimavarojen rakentelu ja hallinta ovat terveyden edistämisessä väliintulevia tekijöitä tai välituloksia pyrittäessä yksilön ja yhteisön terveyteen ja hyvinvointiin. Kuviossa 5. on esitetty voimavaratekijöitä, jotka esiintyvät ihmisarvon kehikossa. Voimavararakentelun perustana ovat neuvottelu ja kumppanuus. Nämä ovat välttämättömiä sitoutumiselle, luottamukselle, kollektiiviselle turvallisuudelle, vallalle muuttaa normeja, yhteisvastuulle ja vastavuoroisuudelle. Tekijät syntyvät kosketuksessa ympäröivään maailmaan, keskusteluissa, jatkuvuuden kokemisessa, neuvottelutaitojen kautta, vuorovaikutuksessa, muiden erityistarpeita kunnioittamalla sekä oikeuksien ja velvollisuuksien tiedostamisen kautta.

Voimavararakentelussa on olennaista selvittää, vaikuttavatko esimerkiksi elintavat koherenssin tunteeseen, vai onko se yksi ihmisen ominaisuuksista tai persoonallisuuden piirteistä. Toisen ajattelutavan mukaan koherenssin tunne kehittyy elämänkaaren aikana prosessinomaisesti. Elintavat eivät synnytä koherenssin tunnetta, vaan koherenssin tunne auttaa tekemään valintoja terveyskäyttäytymisen suhteen. Koherenssin tunne tai arjen hallinta ja osallistuminen voivat olla oppimisen tulosta, jolloin selittävänä tekijänä voi olla tiedon rakentelu. Sen tuloksena syntyy tekijöitä, jotka voimaannuttavat terveyttä tuottaviin valintoihin.



Kuvio 5. Voimavarojen rakentelu. (Tuomi 2001, sovellus)

4.2.1. Koherenssin tunne

Salutogeeninen lähestymistapa on terveyttä ja stressinkäsittelyn voimavaroja korostava. Koherenssista on käytetty myös suomenkielisiä nimityksiä elämänhallinta ja elämänhallintakyky. Koherenssi on yksilön kokonaisvaltainen ja dynaaminen varmuuden tunne siitä, että sekä sisäinen että ulkoinen ympäristö ovat ennustettavissa ja että asioiden sujuminen on todennäköistä. Vahvan koherenssin omaavilla yksilöillä on taipumus tehdä sekä ympäristöstään että itsestään havaintoja ja tulkintoja, joihin liittyy ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden tunteita. Vahvan koherenssin omaavat ihmiset kykenevät muita paremmin ylläpitämään ja parantamaan asemaansa terveys-sairaus -jatkumolla (Antonovsky 1987).

Tekijöitä, jotka mahdollistavat onnistuneen sopeutumisen ovat vastustusresursseja, jotka vaikuttavat elämäkokemuksiimme. Myönteiset kokemukset muodostavat koherenssin tunteen. Vastustusresursseja ovat yksilöön liittyvät tekijät, kuten fyysiset ominaisuudet, älykyys ja sopeutumisen keinot. Lisäksi näitä ovat sosiaaliset tekijät, kulttuuriin liittyvät tekijät (sosiaalinen tuki, terveystyötyminen, itsetunto, varallisuus ja kulttuurin pysyvyys). Koherenssin tunne käsitteenä on luonteeltaan vuorovaikutuksellinen. Koherenssin tunne ei ole pysyvä ominaisuus, vaan piirre, joka kehittyy

iän myötä. Korkea koherenssin tunne on yhteydessä elämässä pärjäämiseen ja hyvänä koettuun terveyteen. Koherenssin tunteen ja mielenterveyden välillä on vahva korrelaatio (Lindström 2003).

Koherenssin tunne tarkoittaa tunnetta oman elämänsä koossa pysymisestä, elämänhallinnasta. Koherenssin tunteen avainosat ovat 1) ymmärrettävyys kognitiivisena komponenttina, 2) hallittavuus välineenä tai käyttäytymiskomponenttina ja 3) tarkoituksellisuus motivationaalisenä komponenttina. Ymmärrettävyys merkitsee tunnetta siitä, että kykenee hallitsemaan omat sisäiset voimavaransa sekä vuorovaikutuksen sosiaalisen ympäristönsä kanssa. Yksilö kokee, että elämä on selitettävissä sekä tietää ja ymmärtää, mitä hänen pitää tehdä. Hallittavuus viittaa yksilön tunteeseen siitä, että käytettävissä olevat omat tai kontrolloitavissa olevat muiden voimavarat ovat sellaisia, että niiden avulla voidaan vastata eri haasteisiin. Yksilöllä on kyky toimia. Tarkoituksellisuus määrittelee, miten yksilö kokee oman elämänsä tarkoituksen sekä osoittaa onko hän halukas ja pystyykö hän käyttämään voimavarojaan erilaisiin sitoumuksiin, velvoitteisiin ja haasteisiin. Hänellä pitää olla syy tehdä jotakin. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Salutogeeninen lähestymistapa joka korostaa terveyden vahvistamista, on jäänyt terveyden edistämisessä taka-alalle. Esimerkiksi työhyvinvoinnin tutkimuksissa salutogeenistä lähestymistapaa ei ole paljon käytetty. Yhdessä tutkimustapauksessa organisaatioilmaston parantuessa työntekijöiden koherenssin tunne parantui. Jos koherenssin tunteella on yhteyksiä hyvinvointiin, silloin työpaikoilla pitäisi keskittyä keinoihin, jotka vahvistavat ensisijaisesti hyvää työskentelyilmapiiriä. Terveyden edistämisen näkökulmasta tulee tarkastella mahdollisuuksien ja edellytysten luomista ja löytää keinoja, miten vahvistaa yksilön ja yhteisön olemassa olevaa terveyttä voimavarana.

Haluttaessa ylläpitää työntekijöiden terveyttä ja halua jatkaa työelämässä on hyvinvoinnin kahden tekijän, jaksamisen ja motivaation, huomioon ottaminen tarpeellista. Työelämä tutkimusta ja julkista keskustelua työhyvinvoinnista on suunnattava työntekijöiden hyviin ja vahvoin ominaisuuksiin sekä siihen, miten luoda työpaikoille sellaiset olosuhteet, joissa työntekijä voi kokea saavansa tunnustusta ja arvostusta sekä kokea onnistumisia työhön sijoittamiensa voimavarojen vastineeksi.

Koherenssin tunnetta selvittelevissä tutkimuksissa pääpaino on ollut Antonovskyn (1987) esittämän teorian testaamisessa. Ongelmana koherenssin tunteen käytön kannalta on se, että sitä kartoitetaan kysymyksillä, joista hyvää koherenssin tunnetta selittäviksi tekijöiksi nousevat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen aktiivisuus, jotka

myös synnyttävät parempaa koherenssin tunnetta. Loogisesti tämä ajatus muistuttaa klassista kehäpäätelmää.

Tutkimustapauksissa on lähestytty terveyttä myönteisesti. On myös tutkimuksia, joissa eivät terveys tai sen vahvistaminen ja ylläpito ole olleet ensisijaisena kohteena, mutta on huomattu, että tutkittu voimavararakenteluun liittyvä toiminta tuottaa sitä jollakin tavalla.

Tutkimustapaus 1.

Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in working life (Feldt, T. 2000)

Tutkimuksen taustalla on Antonovskyn koherenssin tunteen teoria. Tutkimuksessa selvitettiin työntekijöiden koherenssin tunteen rakennetta, pysyvyyttä ja muutoksia ajassa ja lisäksi iän ja työllisyyden kokemusten suhdetta koherenssin tunteen muutoksiin. Koherenssin tunnetta tutkittiin mediaattorina ja moderaattorina työn luonteen ja hyvinvoinnin suhteiden välillä. Koherenssin välittävää roolia psykososiaalisten työn piirteiden (vaikutusmahdollisuudet, työn epävarmuus, organisaatioilmaston laatu, esimiessuhteiden laatu) ja hyvinvointi-indikaattoreiden (psykosomaattiset oireet, emotionaalinen uupumus) tutkittiin.

Työ perustui viiteen otokseen työntekijöistä 1) tekniset suunnittelijat, 2) kahdessa ikäryhmässä tekniset suunnittelijat, 3)opettajat, 4) päälliköt sekä 5) työntekijät neljässä organisaatiossa. Tulokset näyttivät, että 13-osainen elämän orientaatiokysymyslomake ei ole yksidimensioinen mittari, mutta rakenteet (merkittävyys, ymmärrettävyys ja hallittavuus) kuvasivat sen rakennetta melko hyvin.

Koherenssin tunne havaittiin melko pysyväksi (1 ja 5 vuoden seuranta). Ikä ei ollut merkittävä tekijä selitettäessä pysyvyyttä ja muutoksia koherenssin tunteessa. Vaikka työllisyyden kokemukset eivät olleet suhteessa koherenssin tunteen pysyvyyteen, ne tutkittavat, jotka olivat kohdanneet työttömyyttä viiden vuoden seurantajakson aikana, heillä oli heikompi koherenssin tunne kuin niillä, joilla oli täystyöllisyys viiden vuoden seurantajakson aikana.

Koherenssi välitti organisaatioilmaston ja molempien hyvinvointi-indikaattorien välisiä yhteyksiä. Koherenssin tunteen havaittiin vaikuttavan vahvasti hen-

kilön hyvinvointiin, mitä vahvempi koherenssin tunne, sitä vähemmän tutkittava ilmoitti psykosomaattisia oireita ja emotionaalista väsymystä työssä.

Mediaattorianalyysit (mediaattori – välittäjä) osoittivat, että organisaation ilmapiirillä on merkittävä vaikutus koherenssin tunteen mahdollistamiselle ja sen seurauksena hyvinvoinnille.

Koherenssin tunne moderoi (moderaattori – muuntaja) työn luonteen ja hyvinvoinnin suhdetta kolmella tavalla. 1) Tutkittavat, joilla oli vahva koherenssin tunne olivat paremmin suojattuja erilaisia työn luonnetta koskevia tekijöitä vastaan kuin ne, joilla oli heikompi koherenssin tunne. 2) Hyvät sosiaaliset suhteet työpaikalla painottivat hyvinvointia niiden tutkittavien joukossa, joilla oli erittäin heikko koherenssin tunne. 3) Korkeilla työn vaateilla oli terveyteen vaikuttavia tekijöitä hyvinvointiin kun oli vahva koherenssin tunne ja sairausvaikutuksia, kun havaittiin heikko koherenssin tunne.

Antonovskyn teorian vastaisesti tutkija huomasi koherenssin tunteen muodostuvan myös yli 30-vuotiailla, joka on syytä huomioida psyykkisessä työsuojelussa työpaikoilla. Koherenssia voidaan tukea kiinnittämällä huomiota organisaatioilmaston hyvään laatuun ja työn epävarmuuden vähentämiseen. Työpaikoilla tulisi huomioida työntekijöiden yksilölliset toiveet, tavoitteet ja kyvyt toimenkuvia ja työtehtäviä suunniteltaessa.

Tutkimustapaus 2.

Meaning in Life and its Relation to Functioning in Old Age (Takkinen, S. 2000)

Artikkeliväitöskirjassa tarkasteltiin vanhusten elämän tarkoituksellisuuden kokemisen ja koherenssin tunteen merkitystä heidän toimintakykynsä kannalta. Menetelmänä oli suppeasta aineistosta tehty tilastollinen kyselytutkimus, joka oli rakennettu mainittujen teorioiden näkökulmasta. Työn keskeisiä tuloksia oli, että elämän tarkoituksellisuuden kokeminen ja hyvä koherenssin tunne olivat yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn ja erityisesti psyykkisen terveyteen sekä sosiaalisen vuorovaikutukseen liittyviin kokemuksiin.

Koherenssin tunteen teorian voidaan sen kehittäjän, Antonovskyn, esittämien ajatusten pohjalta ajatella tarjoavan selitysmallin sille, miten yksilön elämänhallinnan tunne muodostuu ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Hyvän koherenssin

tunteen esitetään johtavan terveyden kannalta edullisiin valintoihin, jotka vastavasti synnyttävät koherenssin tunnetta.

Positiivinen mielenterveys, kuten terveyskin on monitahoinen, dynaaminen ja kokonaisvaltainen ilmiö, joka kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Terveys- ja hyvinvointi voidaan nähdä ihmisen tunteiden, ajattelun ja käyttäytymisen kokonaisvaltaisina ilmentyminä tietyssä ajankohtana. Ihmisellä on aina voimavaroja ja myönteisiä terveystekijöitä enemmän tai vähemmän ongelmista ja sairauksista huolimatta. Tämän mukaisesti terveyden edistämiseksi pitäisi keskittyä yhä enemmän myös yksinäisyyden ehkäisyyn ja sosioekonomisiin tekijöihin, ei pelkästään riskikäyttäytymisen ehkäisyyn. Koherenssin tunne on jäänyt taka-alalle, kun on keskitytty esim. ylipainoon terveysriskeinä. Voidaan ajatella, että heikko koherenssin tunne on myös terveysriski ja terveyden edistämisen tehtävänä on vaikuttaa koherenssin tunteen vahvistumiseen.

Tutkimustapaus 3.

Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana (Sohlman, B. 2004)

Teoreettista mallia on testattiin empiiriseen aineistoon. Positiivista mielenterveyttä lisäsivät hyvä sosioekonominen tilanne ja toisen kanssa asuminen ja sitä heikensivät taloudellinen kriisi ja ongelmat läheisten kanssa sekä työttömyys. Vahvan mielenterveyden omaavat kokivat terveytensä ja vointinsa hyväksi ja heillä esiintyi harvoin masennusoireita, ja he kokivat voivansa vaikuttaa itse elämässään tapahtuviin muutoksiin, selkeyttävänsä tulevaisuuden suunnitelmansa jonka lisäksi he suhtautuivat optimistisesti tulevaisuuteensa. Mielenterveyden seuraukset ovat ihmisen tunteiden, ajattelun ja käyttäytymisen kokonaisvaltaisia ilmentymiä tietyssä ajankohtana. Ihmisellä on aina positiivista mielenterveyttä enemmän tai vähemmän ongelmista ja sairauksista huolimatta.

Tutkimustapaus 4.

Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla (Hakanen, J. 2005)

Työhyvinvoinnin tutkimus on pitkään ollut työpahoinvoinnin oireiden, kuten stressin tai työuupumuksen tutkimista. Positiivisen psykologian kehittymisen myötä on virinnyt kiinnostus myös suoraan positiiviseen työhyvinvointiin ja siihen, mitä muuta työuupumusoireiden puuttumisen lisäksi se voisi olla. Tutkimuksen teoreettisina viitekehyksinä ovat voimavarojen säilyttämisteoria ja työn vaatimusten – työn voimavarojen (TV-TV) -malli, joiden avulla on mahdollista tarkastella samanaikaisesti työhyvinvoinnin kielteisiä ja myönteisiä kehityspolkuja. Tutkimuksen aineiston muodostavat Arvo Ylpön aikoinaan käynnistämän Terve lapsi -tutkimuksen 35-vuotis seurantaan osallistuneet ja suuren opetusalan organisaation työntekijät. Kyselytietojen lisäksi valotetaan työntekijöiden kokemuksia työstä ja muusta elämästä. Tutkimuksessa selvitettiin elämäntien, työuran rikkonaisuuden, yksityiselämän kriisien ja persoonallisuuden merkitystä työuupumukselle sekä aidosti myönteistä työhyvinvointikokemusta, työn imua, ja sitä edistäviä työn voimavaratekijöitä.

Tutkimustulosten mukaan yksityiselämän kriisien ja persoonallisuustekijöiden yhteys työuupumukseen oli vähäinen kuormittaviin tekijöihin verrattuna. Työn imu tarkoittaa työssä koettua tarmokkuutta, omistautumista ja uppoutumista. Työn imu oli opetusalan työntekijöillä myönteisessä yhteydessä terveyteen ja työkykyyn sekä käänteisessä yhteydessä eläke- ja eroajatuksiin.

Hallittavuuden ja hallinnan tunne, eli tunne siitä, että omat ja muiden voimavarat ovat kontrolloitavissa, ilmeni tutkimuksissa kahdella tavalla: työn hallinnan tunteen parantaminen ja informaation hallinta. Opettajien ja muiden kouluissa työtä tekevien hallinnan tunnetta voidaan vahvistaa siten, että paloittelaa jäsentymättömältä tuntuvaa muutospainetta hallittavan kokosiin osiin. Informaation hallinnalla on vahva yhteys koherenssintunteeseen niin, että voi ymmärtää, käsitellä ja nähdä maailman tarkoituksellisenä. Niillä ihmisillä, joilla on vahva koherenssin tunne on parempi kyky käsitellä tietoa ja nähdä se merkitykselliseksi ja tarkoitukselliseksi juuri heidän maailmassaan.

Tutkimustapaus 5.

Muutosote, Akvaarioprojektin pedagogisten kehittämishankkeiden toteutustapa ja onnistuminen (Hellström, M. 2004)

Tutkimuksessa selvitettiin pedagogisen kehittämishankkeen muutosotteen ja koetun onnistumisen välisiä yhteyksiä etsimällä onnistumisen suhteen selitysvoimaisimpia yksittäisiä muutosotteen piirteitä sekä selitysvoimaisimpia piirrekimppuja, joilla olisi vahva selitysvoima onnistumisen kokemukseen. Analyysi vahvisti entisestään hankkeen organisoinnin merkitystä ja nosti esiin neljä neuvoa: pienin askelin etenemisen, hankkeen perustelun sydämeen ja järkeen käyvästi, ahkeran ja hyvän työn ja hankkeen etenemisen seurannan ja valvonnan.

Tutkimuskohteena olivat pedagogiset kehittämisprojektit, jota edusti 339 Opetushallituksen vuosina 1995 – 1998 koordinoiman Akvaarioprojektiin kuuluneen hankkeen otos.

Muutosote ja onnistuminen ovat tutkimuksen kaksi avainkäsitettä. Muutosotoiminnalla viitataan kehittämistoiminnan tapaan. Toinen tutkimuksen avainkäsite on onnistuminen ja tarkemmin koettu onnistuminen. Onnistuvan pedagogisen kehittämisprojektin toimijat ovat innostuneita, innovatiivisia, asiantuntevia, heillä on riittävät voimavarat ja he toteuttavat hanketta omasta halustaan. Lisäksi heitä on riittävästi. Onnistuva muutosidea on selkeä, toteuttamiskelpoinen ja radikaali. Ideaa kuljettava kehittämissanke on aidosti tarpeellinen ja hyödyllinen koululle. Onnistuvan hankkeen toteuttamistavan piirteitä ovat ahkera ja hyvä työ sekä yhteistyö. Toteuttamistavassa on sekä strategisia että kommunikatiivisia piirteitä. Edellisiin kuuluu mm. suunnittelu, organisointi ja nopea muutostavuus ja jälkimmäisiin mm. osallistaminen, perustelu, tuki ja me-henkeen panostaminen. Näiden välimaastossa on tiedotus ja ripeä ongelmien ratkaisu. Toimeenpanoon tarvitaan riittävät resurssit. Onnistuvassa hankkeessa hankekoulun toiminnat on suunniteltu hyvin, sen rehtori on vahva pedagoginen johtaja, eivätkä opettajat ole uupuneita.

Opettajan ammatti on jatkuvassa muutoksessa. Niin sanotun toisen asteen työn: varsinaisen työn puitteiden suunnittelu, arviointi ja säätely näyttävät erityisesti lisääntyvän, jos opettajan työn professionaalisuus säilyy. Kehittämis-toiminta on osa tätä toisen asteen työtä, oman työn säätelyä ja hallintaa.

Tutkimustapaus 6.

Om information, media och hälsa i en samhällelig kontext. En empirisk och analytisk studie (Tieto, media ja terveys yhteiskunnallisessa kontekstissa. Empiirinen ja analyttinen tutkielma). (Ek, S. 2005)

Väitöskirjassa tutkittiin yksilöiden jokapäiväisiin terveystietoihin liittyvän informaatiokäyttäytymisen ja itse arvioidun terveyden ja sosiaaliseen asemaan välisiä yhteyksiä. Painopisteenä oli yksilön suhtautuminen muuttuvaan mediaympäristöön ja -kulttuuriin. Erityisesti arvioitiin 18-65-vuotiaiden suomalaisten media- ja terveystiedon käyttöä ja heidän käsityksiä eri lähteiden luotettavuudesta ja selkeydestä.

Tulokset osoittavat yksiselitteisesti, että koherenssi tunne ja koettu terveys ovat voimakkaasti sidoksissa sukupuoleen, ikään, koulutukseen tai kotitalouden käytettävissä oleviin tuloihin. Koherenssintunne vaihtelee erittäin voimakkaasti käsityksissä sekä medioiden selkeydestä yleensä että medioiden selkeydestä terveyttä koskevissa kysymyksissä. Tämä on vahva todiste siitä, että tiedonhallinta on voimakas tekijä koherenssintunteessa, jotta voi ymmärtää, käsitellä ja löytää maailman mielekkääksi. Vastaajat, jotka omasivat voimakkaan koherenssintunteen vaikuttivat omaavan paremman kyvyn käsitellä tarjottua tietoa. Koherenssintunteen ja tiedonhallinnan läheinen yhteys on väitöskirjan mielenkiintoisin tulos.

4.2.2. Osallistaminen ja vaikutusmahdollisuudet

Yhteisön terveyden edistämiseen tähtäävä prosessi on sitä vahvempi ja vaikuttavampi, mitä enemmän ihmisiä on osallisena ja mitä paremmin osallistujat edustavat kaikkia yhteisön sosiaaliryhmiä. Niillä ihmisillä, jotka osallistuvat vähiten on yleensä vähiten koulutusta, varallisuutta, poliittista valtaa, itsetuntoa ja oma-aloitteisuutta. Tähän liittyy myös heikko koherenssin tunne. Ne ihmiset, joilla olisi eniten hyötyä terveyden edistämisestä, osallistuvat vähiten. Yhteenkuuluvuuden tunne on merkittävä asia osallistumisen ja terveyttä edistävien tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Yhteenkuuluvuuden tunne luottamuksen ja vuorovaikutuksen ohella ovat myös sosiaalista pääomaa tuottavia tekijöitä. (Raeburn & Rootman 1997; Ruuskanen 2001).

Osallistamisen tasoja on useita alkaen siitä, että ihmisillä ei ole osallistumisen

mahdollisuuksia ja päätyen omatoimiseen aloitteentekoon. Yhteisön toiminta terveyden hyväksi on yhteydessä osallistumiseen ja tarkoittaa yhteisöjen pyrkimyksiä lisätä omaa kontrolliaan terveyttä määrittävistä tekijöistä ja siten parantaa terveyttä. Osallistuminen ja vaikuttamisen mahdollisuudet sitouttavat ihmisiä. Tämä puolestaan on välttämätöntä ihmisten omien voimavarojen rakentelussa. Osallistavan prosessin toimivuuden toteaminen ja havaitseminen hyödylliseksi tukee omalta osaltaan terveyden edistämisessä esitettyjä näkemyksiä siitä, että ihmisten kokemus asioihin vaikuttamisen mahdollisuudesta lisää heidän hyvinvoinnin kokemuksiansa.

Tutkimustapaus 7.

”Opetussuunnitelma on sitä elämää” – Päiväkoti-koulu yhteisö opetussuunnitelman kehittäjänä (Poikonen, P-L. 2003)

Tutkimuksessa tarkasteltiin päiväkotikoulu yhteisön opetussuunnitelman laadintaa, laadintaprosessin aikana syntyvää yhteisöllisyyttä sekä prosessiin osallistuvien kokemuksia. Tavoitteena oli edistää lapsen kehityksen kannalta johdonmukaisesti etenevän kokonaisuuden syntymistä ottamalla huomioon siirtymä päiväkodista kouluun vuorovaikutteisena prosessina opettajayhteisön näkökulmasta.

Keskeisenä tuloksena tutkimuksessa nousi esiin se, että vuorovaikutteinen osallistumisprosessi oli alkuvaiheessa työläs ja ulkopuolisen mukanaoloa vaativa, mutta myöhemmin se tuotti pidemmän aikavälin muutoksia opettajien omaan työhön ja sen kehittämiseen suhtautumisessa. Päiväkodin ja koulun mukanaolon katsottiin olevan hyödyllistä sekä opetuksen kehittämisen, työyhteisön toimivuuden että lapsen yksilöllisten ominaisuuksien huomioimisen kannalta. Tulokset olivat jossain määrin poikkeavia verrattuna aiempaan tutkimukseen.

Tutkimuksessa nousi esiin kuitenkin myös se seikka, että prosessiajattelun opettaminen on käytännössä työlästä ja sen kokeminen hyödylliseksi on riippuvainen työyhteisön jäsenten omasta aktiivisuudesta ja asenteista. Tällöin osallistaminen voi tuottaa paradoksaalisesti myös ulkopuolisuutta, jos siihen johtavan prosessin ulkopuolelle syystä tai toisesta jäävät ihmiset eivät koe sitä mielekkääksi.

Osallistaminen voi näkyä esimerkiksi asuinalueen suunnittelussa. Osallistumalla oman asuinalueensa liikuntapaikkasuunnitteluun asukkaat mahdollisesti käyttävät liikuntapaikkoja enemmän. Antamalla mahdollisuus vaikuttaa, heidät sitoutetaan jo alusta alkaen. Lisäksi osallistumisen itsessään on osoitettu tuottavan terveyttä ja hyvinvointia.

Tutkimustapaus 8.

Liikuntapaikkarakentaminen ja maankäytön suunnittelu.

Tutkimus eri väestöryhmät tasapuolisesti huomioon ottavasta liikuntapaikkasuunnittelusta ja sen kytkemisestä maankäyttö- ja rakennuslain mukaiseen kaavoitukseen (Rajaniemi, V. 2005)

Tavoitteena oli kehittää metodeja, joilla tasapuolisesti kaikki väestöryhmät huomioiva liikuntapaikkasuunnittelu voidaan integroida maankäytön suunnitteluun. Tutkimus perustuu Otto I. Meurmanin kehittämään malliin.

Tutkimuksessa analysoitiin asenteita interaktiiviseen suunnitteluun ja etenkin asenteita liikunnan asiantuntijoihin, ja myös suunnittelumetodeja, joita käytetään liikuntapaikkojen suunnittelussa. Tulosten mukaan useimmat suosituimmista liikuntapaikoista eivät olleet alun perin suunniteltu liikunnalle. Erilaiset viheralueet ja jalankulku sekä pyörätiet ovat erittäin suosittuja säännöllisen liikunnan paikkoja. Suunnittelijat painottivat liikunnan asiantuntijoiden aktiivisuutta maankäytön suunnitteluprosessissa.

Johtopäätöksissä huomioitiin, että asukkaita kiinnostaa oman kotinsa lähellä tapahtuvat suunnitelmat. Metodi, jossa asukkaat ensin keskenään suunnittelevat toteutettavaksi aiotun liikuntapaikan joko keskenään tai ulkopuolisen asiantuntijan avustuksella, ja tekevät tämän jälkeen aloitteen asemakaavamuutoksesta, on tutkijan mukaan kannatettava.

Työilmapiirin ja osallistumisen yhteys tukee terveyden edistämisen teorioissa esiintyviä kuvauksia siitä, että osallistuminen parantaa ihmisten hyvinvointia tai ainakin kokemusta siitä. Tulos on kuitenkin vastakkainen sen terveyden edistämiseen sisältyvän ajatuksen kanssa, että viihtyvyys lisää tuottavuutta. Jos osallistuminen heikentää työn tuloksellisuutta, kuten yhdessä tutkimustapauksessa sen osoitetaan tekevän, joudutaan pohtimaan aiempaa vahvemmin arvokysymyksiä: onko ihmisten hyvinvoinnin

kokemus tuloksellisuutta tärkeämpää terveyden edistämässä? Terveyden edistämässä ja voimavararakentelussa on vahva uskomus hyvinvoinnin kokemuksen ja tuloksellisuuden keskinäisestä yhteydestä. Tuloksellisuus tulee määritellä vaikka siten, että sairauspoissaolot vähentävät työn tuottavuutta, mutta ihmisillä voi olla vahva hyvinvoinnin kokemus sairaudesta huolimatta.

Tutkimustapaus 9.

Työilmapiiri, työntekijöiden hyvinvointi ja muutoksen mahdollisuus (Nakari, M-L. 2003)

Tavoitteena tutkimuksessa oli selvittää, pitävätkö oletukset ja aiempi tutkimus työntekijöiden hyvinvoinnin ja työn tuloksellisuuden välisestä yhteydestä paikkansa. Työssä tarkastellaan tätä yhteyttä laadun, johtamisen ja työntekijöiden hyvinvointia mittaavien muuttujien avulla. Aineistona oli viisivuotinen työyhteisötutkimus 2000 hengen sosiaali- ja terveystalouden organisaatiossa.

Tutkimuksen mukaan työn mielekkyyden kokemisella ja asioihin vaikuttamisen mahdollisuuden kokemisella on vaikutus työilmapiiriin. Työn tehokkuuden kannalta hyvä työilmapiiri ei sen sijaan ollut välttämättä paras mahdollinen: esimerkiksi ihmisläheinen johtaja koettiin tutkimuksen mukaan työilmapiiriä parantavana, mutta työn tuloksellisuuden kannalta asiakeskeinen ja ilmapiiriin kielteisesti vaikuttava johtaja oli parempi. Työilmapiirin ja tehokkuuden yhteyksistä on olemassa paljon tutkimusta eikä selkeää näyttöä ole kumpaankaan suuntaan.

4.2.3. Omavoimaistaminen

Terveyden edistämisen käsite perustuu näkemykseen terveydestä yksilön ja yhteisön voimavarana, jolloin omavoimaistamisen käsite on keskeinen. Omavoimaistaminen on prosessi, jonka kautta ihminen voi paremmin kontrolloida omia päätöksiään ja toimiaan, jotka vaikuttavat terveyteen. Prosessi voi olla sosiaalinen, kulttuurinen, psykologinen tai poliittinen. Sen kautta ihmiset voivat ilmaista tarpeitaan ja osallistua päätöksentekoon tarpeiden tyydyttämiseksi. Tällaisen prosessin kautta on mahdollista nähdä yhteyks elämän päämäärien ja niiden tavoittelemisen välillä. Omavoimais-

taminen on yksi prosessi koherenssin tunteen näkyväksi tekemisessä. Terveyden edistämisen avulla pyritään vahvistamaan yksilön elämäntaitoja ja kyvykkyyttä, mutta myös vaikuttamaan taustalla oleviin sosiaalisiin ja taloudellisiin tekijöihin, ja fyysiseen ympäristöön, jotka vaikuttavat terveyteen.

Yksilön omavoimaistamisella viitataan yksilön päätöksentekotaitoihin ja oman elämän kontrollointiin. Yhteisön omavoimaistaminen koskee koko yhteisöä, jossa ihmiset toimivat yhdessä voidakseen paremmin vaikuttaa ja kontrolloida terveyteen vaikuttavia tekijöitä ja elämänlaatua yhteisössä. Omavoimaistamisesta on käytetty myös käsitettä voimaannuttaminen ja valtaistaminen. Omavoimaistamisen tunteeseen ei aina välttämättä liitetä yhteiskunnallista vaikuttamista.

Omavoimaistaminen koostuu viidestä edellytyksestä:

1. Omavoimaistaminen on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, voimaa ei voi antaa toiselle.
2. Omavoimaistaminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, joka jäsentää päämäärät, kykyuskomukset, kontekstiuskomukset ja emootiot sekä näiden sisäiset suhteet.
3. Omavoimaistaminen vaikuttaa katalyytin tavoin sitoutumisprosessiin: vahva katalyytti (empowerment) johtaa vahvaan sitoutumiseen ja heikko katalyytti (disempowerment) johtaa heikkoon sitoutumiseen.
4. Omavoimaistaminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin.
5. Omavoimaistuminen ei ole pysyvä tila.

Hyvinvointiin vaikuttavat toiset ihmiset, koettu itsenäisyys, vapaus ja haasteellisuus. Hyvinvointivaltion yhteiskuntapolitiikan keskeisenä päämääränä on hyvinvoinnin ylläpitäminen. Tämä on lähellä Giddensin (1998) tarkoittamaa elämänpolitiikan käsitettä, joka sisältää niitä toimia, jotka auttavat ihmisiä hallitsemaan elämänsä ja joilla on tekemistä yksilön minän, identiteetin, itsereflektion ja elämäntavan kanssa. Suomessa siirryttiin 1990-luvulla tasa-arvoistavasta kannustavaan sosiaalipolitiikkaan. Kannustava sosiaalipolitiikka heikentää universalismia, lisää eriarvoisuutta ja vähentää julkista vastuuta kansalaisten elämästä. Painopisteen siirtäminen sosiaalipolitiikassa yhteiskunnan vastuusta yksilön vastuun suuntaan saattaa aiheuttaa heijastinvaikutuksia myös terveyden edistämiseen.

Omavoimaisorientoituneet interventiot lisäävät hyvinvointia samalla, kun ne vähentävät ongelmia, tarjoamalla osallistujille mahdollisuuksia kehittää tietoja ja taitoja ja

lisäämällä yhteistyötä ja kumppanuutta ammattilaisten kanssa.
(<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/>)

Perheen omavoimastaminen määritellään tutkimustapauksessa 10 sen kyvyksi vaikuttaa itse omaan elämäänsä. Kun käsite määritellään tällä tavoin, eikä siihen liitetä yhteiskunnallista vaikuttamista, johtopäätökset terveyden edistämisen kannalta ovat myös rajalliset: kuinka astmavalmennus parantaa esimerkiksi perheen taloudellista tilannetta tai vaikuttaa siihen, onko perheessä astmaa sairastavia lapsia vai ei? Käytännössä omavoimastaminen koski tutkimuksessa ainoastaan astman hoitoa ja siihen liittyvään tietoutta, jolloin sillä tarkoitettiin itse asiassa perheen kykyä hoitaa lapsen astmaa itsenäisesti. Valmennuksella pyrittiin vaikuttamaan tähän.

Tutkimustapaus 10.

Empowering Families of Children with Ashtma Through Adaptation Training (Homan-Helenius, P. 2005)

Tutkimuksessa tarkasteltiin kahden eripituisen sopeutumisvalmennuksen vaikutusta astmaa sairastavien perheiden tiedollisiin ja hoidon tarvetta vähentäviin valmiuksiin. Tarkoituksena oli kehittää ja kokeilla sopeutumisvalmennuksen mallia ja sen tehokkuutta. Valmiuksia tarkasteltiin voimaantumisen käsitteen kautta.

Tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, että kokeiluista valmennusmalleista lyhyempi oli yhtä tehokas kuin pitkä. Eniten ongelmia oma-aloitteisessa astmahoidossa oli perheillä, joilla oli joko riittämättömät tiedot tai vaillinaiset hoitovalmiudet astman suhteen, heikko taloudellinen tilanne tai puutteelliset elinolosuhteet tai joissa oli pieniä astmaa sairastavia lapsia. Valmennusta suositeltiin kohdennettavaksi erityisesti näille ryhmille, joskin tutkimuksessa havaittiin myös, että valmennukseen osallistuneiden perheiden astmaa koskevat tiedot olivat varsin hyviä jo ennen sitä.

Perheen voimaantuminen määriteltiin tutkimuksessa sen kyvyksi vaikuttaa itse omaan elämäänsä. Kun käsite määritellään tällä tavoin, johtopäätökset asettuvat outoon valoon: kuinka astmavalmennus parantaa esimerkiksi perheen taloudellista tilannetta tai vaikuttaa siihen, onko perheessä astmaa sairastavia lapsia vai ei? Käytännössä voimaannuttaminen koski tutkimuksessa ainoastaan astman hoitoa ja siihen liittyvään tietoutta, jolloin sillä tarkoitettiin itse asiassa

perheen kykyä hoitaa lapsen astmaa itsenäisesti. Valmennuksella pyrittiin vaikuttamaan tähän.

Voimaannuttamisen määrittelyä ja siihen liittyviä ongelmia käsiteltiin tutkimuksessa, mutta tältä osin määrittely tyypistyi muutamiksi tilastollisiksi muuttujiksi. Epäselväksi jäi, millä tavoin voimaannuttaminen itse asiassa oli tarpeellinen tutkimusasetelman kannalta.

Lapsuusajan perheen elämäntapahtumat ja olosuhteet vaikuttavat elämänhallintaan ja terveyteen aikuisena. Lapsen kehitykselle perhe on kasvuympäristönä se keskeinen tekijä, joka vaikuttaa tulevien vuosien elämään. Avuttomuus ja neuvottomuus sekä psykososiaaliset ongelmat liittyvät usein elämäntilanteiden muutoksiin. Jotta vanhemmat kykenevät huolehtimaan lapsistaan, heiltä edellytetään itsenäisyyttä ja osamista kasvattajina.

Elämänhallinnan tausta-ajatteluun perustuvilla toimintamalleilla ja työmenetelmillä oletetaan olevan käyttöä ehkäisevässä perhehoitotyössä. Elämänhallintavalmiuksia ovat koko perheen ja yksittäisten perheenjäsenten arvostukset, tiedot ja sosiaaliset suhteet. Jos perheenjäsenet luottavat siihen, että elämässä on jatkuvuutta ja ennustettavuutta, he kokevat voivansa vaikuttaa arkipäivän asioihin. Lapsiperheiden vanhemmuuden ja toimintatapojen muutosten tukeminen erilaisissa elämäntilanteissa ja olosuhteissa edellyttävät varhaista tukea. Perheiden ohjaukseen tarvitaan vanhemmuutta ja lasten psykososiaalista kehitystä tukevia malleja ja menetelmiä. Terveyden edistämisen lähtökohdista perheneuvotteluintervention voidaan ajatella vahvistavan yksilön ja yhteisön olemassa olevaa terveyttä voimavarana, vaikka lähtökohta onkin pitkäaikaissairas lapsi ja hänen perheensä.

Tutkimustapaus 11.

Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet. Perheohjauksen arviointi (Eirola, R. 2003)

Tutkimuksessa kuvataan lapsiperheiden elämänhallintavalmiuksia videoavusteisen perheohjauksen avulla ja arvioidaan sitä preventiivisenä perhehoitotyön menetelmänä lapsiperheiden ja perhetyöntekijöiden näkökulmasta. Elämänhallinta tutkimuksessa perustuu Antonovskyn salutogeeniseen, terveyttä painottavaan teoriaan.

Toiminnan tarkoituksena oli varhaisessa vaiheessa ohjata perheitä itse ratkaisemaan elämäntilanteensa kysymyksiä ennen kuin ne muuttuivat pysyviksi ja vaikeasti hallittaviksi perheongelmiksi. Omaa toimintaa tulee tarkastella objektiivisesti. Ulkokohtaisen tiedon jakamisen sijaan tarvitaan vuoropuhelu, tiedon prosessointi ja jalostaminen yksilön/perheen omista lähtökohdista.

Tutkimuksessa luotiin konkreettinen työmenetelmä perheenjäsenten ohjaukseen. Työmenetelmä on perheen toimintojen peili, joka jäseni perheen elämää lyhyessä ajassa. Työmenetelmää kuvattiin tehokkaaksi väliintuloksi. Kuvattujen kotitilanteiden avulla voitiin objektiivisesti tarkastella toimintoja yhdessä perheenjäsenten kanssa.

Videokuvaan perustuva työmenetelmä mahdollistaa moniulotteisen tiedon tuottamisen lapsiperheiden orientoitumisesta perhe-elämään. Perheenjäsenten vahvuuksien käyttöönoton aktivointi ja tukeminen korostuvat ongelmien korjaamisen sijasta videoavusteisessa perheohjauksessa. Tämän katsotaan parantavan henkilökohtaisten vahvuuksien löytämistä ja niiden käytössä harjaantumista. Perheenjäseniä ohjataan havaitsemaan henkilökohtaiset vahvuutensa sosiaalisessa prosessissa. Videoavusteisessa perheohjauksessa annetaan arvoa sille, että perheenjäsenten vahvuuksia ja mahdollisuuksien kehittämistä painotetaan enemmän kuin ongelmien esille nostamista.

Tutkimustapaus 12.

Somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistäminen – toimintatutkimus lastenosastolla (Hopia, H. 2006)

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa substantiivinen teoria somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistämisestä lapsen sairaalahoidon aikana sekä arvioida perhehoitotyön toteutumista ja kehittää sitä lastenosastolla toimintatutkimuksen keinoin. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten terveydenhuollon ammattilaiset voivat edistää perheen terveyttä lapsen sairaalahoidon aikana. Kehittämisen tavoitteena oli luoda perheen terveyttä edistävä interventio hoitotyöhön. Tutkimusaineisto koostui 31 perhehaastattelusta, hoitajien sekä hoitajien ja perheiden vuorovaikutuksen havainnoinnista kahden eri sairaalan lastenosastoilla.

Tutkijan ja hoitajien yhteistyönä kehitettiin perheneuvotteluinterventio hoitotyöhön. Tutkimuksessa luotu substantiivinen teoria vahvistaa perhehoitotieteellistä tietoperustaa tekemällä perheiden terveyden edistämisen entistä näkyvämmäksi osaksi hoitajan työtä. Tulosten mukaan sairaanhoitajat toimivat kolmella eri tavalla hoitaessaan perheitä: systemaattisesti, selektiivisesti ja tilannesidonaisesti. Tulevaisuudessa teoriaa on testattava ja kehitettävä edelleen erilaisissa toimintaympäristöissä sekä erilaisten potilasryhmien parissa.

Luovuus mielletään hyvinvoinnin tuottajaksi. Hyvinvoinnin nähdään puolestaan tuottavan terveyttä. Tämä vahvistaa näkemystä siitä, että koettu terveys ja hyvinvointi ovat käypiä hyvinvointimittareita fyysisen terveyden ohella. Flow:n on havaittu tuottavan hyvinvointia esimerkiksi ikääntyneillä teatteriharrastuksen kautta. Flow:ssa ihminen unohtaa pakottavan maailman ja näyttämö tarjoaa luvan siihen ”apumaailmana”. Kun ihminen ikääntyy ja kypsyä, maailmalla ei ole enää niin väliä. Tutkimus tuo esiin lupa-logiikan uudentyypisenä tarkastelunäkökulmana.

Tutkimustapaus 13.

Luvan Ottaminen – Ikäihmiset teatterin tekijöinä (Hohenthal-Antin, L. 2001)

Tavoitteena oli kuvailla ikääntymisen ja näyttelämisen suhdetta Kutkus-teatteriryhmän kautta. Teoreettisena viitekehystenä oli Goffmannin dramaturginen sosiologia ”ihmiselo teatterina”. Tämän mukaisesti sosiaalinen käyttäytyminen tapahtuu aina jossakin kehityksessä tai merkitysjärjestelmässä. Teatteri on areena, jossa on lupa käyttäytyä ja olla toisin. Teatterin toimijoiden kokemukset, tunteet ja elämykset sekä myös katsojan kokemukset ovat merkityksellisiä.

Tutkimuksessa käytettiin Tornstamin gerotranssendenssia teatterin kehityksessä. Vanhenemiseen tai elämiseen sisältyy gerotranssendenssin mahdollisuus. Gerotranssendenssi käynnistyy ja lisääntyy asteittain. Muutoksen myötä vaihtuu suhde itseen ja maailmaan. Elämänkaarellisesti gerotranssendenssi rakentuu U-muotoon: lapsena on transsendenttinen tila, jossa minun ja sinun, nykyisen ja menneen, fantasian ja todellisuuden rajat ovat liukuvia. Asteittain rajat kulttuurin määrittäminä täsmentyvät. Elämän jälkipuoliskolla nämä rajat alkavat pyyhkiytyä ja transsendenssin aste lisääntyy. Ikääntyminen sisältää elämänvaiheet ja elämän

kokemuksen. Gerotranssendenssi on vaistonvarainen ja transkulturaalinen – jatkuva prosessi, jonka kehitystä voidaan kiihdyttää tai jarruttaa.

Tutkimuksessa pohditaan gerotranssendenssia näyttelymiseen laatua tuovana tekijänä – luovuus voi tulla levon, tehottomuuden ja tuottamattomuuden kautta. Todellistuuko gerotranssendenssi näyttelymisessä? Aitous, spontaaniisuus ja rohkeus kytkeytyvät ikään siten, että suorittamisen tarve vähenee. Ikä muuttaa suhdetta omaan itseen. Tietoisuus minän hyvistä ja huonoista puolista kasvaa, kasvojen menetys ei pelota ja avoimuus lisääntyy.

Flow on mielentila, jossa ihminen on niin uppoutunut tekemiseensä, että mikään muu ei merkitse mitään. Kokemus itsessään on niin nautinnollinen, että ihminen haluaa jatkaa tekemistään vaikka hinta on kova, pelkästä ilosta, että saa tehdä. Tuloksena on omanlaista teatterin tekemisen kulttuuria, jossa luovuus on jokaisessa vaiheessa mukana. Teatterin tekeminen on elämäntapana ja Kutkituksen viesti on: me haluamme luvan olla näyttelijöitä, me haluamme luvan olla ajassa kiinni, me haluamme luvan näkyä, me haluamme luvan olla arvostettuja, me haluamme luvan ottaa yhteiskunnallisesti kantaa. Jokainen ihminen voi olla luova. Ikääntyminen voi olla eduksi näyttelymisessä.

4.2.4. Sosiaalinen pääoma

Sosiaalinen pääoma on ihmisten kykyä toimia yhdessä yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (Hyyppä 2002). Sosiaalisesta pääomasta on useita erilaisia näkemyksiä, mutta kaikille niille on yhteistä sen näkeminen voimavarana. Taloudellisen, kulttuurisen ja sosiaalisen pääoman kokonaisuus on ihmisille voimavara. Sosiaalinen pääoma nähdään myös yksilöiden käytössä olevina suhdeverkostoina. Sosiaalinen pääoma koostuu verkostoista, normeista ja luottamuksesta. Sosiaalisen pääoman muotoja ovat veloitteet ja odotukset, sosiaalisessa rakenteessa olevat informaatiovirrat sekä sosiaaliset normit ja niihin liittyvät sanktiot. Sosiaalinen pääoma on yhteisön sosiaalista yhteenkuuluvuutta eli yhteisöllisyyttä.

Yhteisön sosiaalinen pääoma koostuu viidestä tekijästä: sosiaaliset suhteet, sosiaaliset verkostot, sosiaaliset normit ja arvot, luottamus sekä voimavarat. Nämä tekijät edistävät vuorovaikutusta. Sosiaalista pääomaa syntyy arkipäivän vuorovaikutustilanteissa ihmisten välillä. Mitä enemmän yhteisössä on sosiaalista pääomaa, sitä

parempi yhteisö on sen kaikille jäsenille. Näiden eri tekijöiden avulla sosiaalinen pääoma tuottaa terveyttä.

Sosiaalisten verkostojen merkitys marginaalissa oleville nuorille on suuri. Tämä olisi hyvä huomioida erilaisissa terveyden edistämisen interventioissa. Sosiaaliset verkostot ovat yhteiskunnallistumisen mahdollisuus ja portti osallistumiseen marginaaliin jääneille nuorille. Sosiaalinen kiinnittyminen palkkatyön marginaalissa on mahdollista erityisesti nuorille naisille. Nuorten kontaktit rajoittuvat muutamiin elämänpiireihin (perhe, ystävät, suku, hyvinvointivaltio) ja ovat alueellisesti tiivisrajaisia. Marginaali voi näyttäytyä nuorelle palkkatyölle vaihtoehtoisena elämäntilana ja samanaikaisesti syrjäytyneisyyden tilana. Sukupuolten tasa-arvon näkökulmasta kiinnostavaa on se, että nuorten naisten verkostot ovat lähes kaikilla osa-alueilla miesten verkostoja laajempia. Verkostojen rajautuminen alueellisesti on kiinnostavaa sikäli, että muutto työn tai koulutuksen perässä toiselle paikkakunnalle saattaa aiheuttaa verkostojen katoamisen. Sosiaalinen pääoma on aina tuotettava uudelleen, sitä on hoidettava ja ylläpidettävä. Erityisesti sellaiset nuoret, jotka eivät suostu muuttamaan työn perässä muille paikkakunnille tarvitsevat vaihtoehtoisia integraation muotoja. Heidän näkökulmastaan olisi suotavaa, että nykyistä enemmän keskusteltaisiin mahdollisuudesta tehdä palkkatyötä toisenlaisin ehdoin.

Verkostojen kyky tukea nuorta marginaalissa on varsinkin pitkällä tähtäimellä riippuvainen siitä, miten yhteiskunta tulee vastaan omilla toimillaan, millaisia mahdollisuuksia se antaa nuorten itsenäistymiselle tilanteessa, jossa palkkatyötä ei ole saatavilla. On olennaista havaita, että nuorten verkottuminen ja sosiaalisten verkostojen saamat merkitykset selviytymisen tukijana ja integraation reunaehtona ovat merkkejä siitä, että myöhäismodernia yhteiskuntaa pitää koossa myös muut voimat kuin markkinatalous, ehkä juuri sosiaalinen pääoma.

Tutkimustapaus 14.

Nuorten sosiaaliset verkostot palkkatyön marginaalissa (Suutari, M. 2002)

Tutkimus tarkastelee sitä, miten ulkopuolisten kategorisointien ja institutionaalisten määrittelyjen kautta "syrjäytymisvaarassa" olevien ryhmään sijoittuvat nuoret elävät elämäänsä työmarkkinoiden marginaalissa sosiaalisten verkostojen

tukemina. Tutkimus kyseenalaistaa yhteiskunnallisen syrjäytymiskeskustelun esioletuksia.

Syrjäytyminen on yksilön ulkopuolelta tuleva leima. Syrjäytyminen jäsenyyttä sosiaalisesti yleistykseksi, joka sopii parhaiten kvantitatiivisiin tutkimuksiin tai tilastollisiksi kategorioiksi, kun taas ihmisten kokemusten ja elämän merkitysten tutkiminen edellyttää toisentyyppistä näkökulmaa. Marginaali voidaan määrittellä tilanteeksi, jossa nuoret elävät yhteiskuntaan ankkuroitumisen ja täydellisen syrjäytyneisyyden välillä. Välitilana marginaali ei ole yksinomaan innovatiivinen tila, muttei myöskään pelkkää syrjäytymistä. Ongelmana voidaan nähdä se, että jos nuoret eivät ole osallisia yhteiskunnan keskeisimpänä pidetyllä foorumilla, palkkatyössä, heidän oletetaan olevan syrjässä myös muusta elämästään.

Nuorten verkottuminen ja sosiaalisten verkostojen saamat merkitykset selviytymisen tukijana ja integraation reunaehtona ovat merkkejä siitä, että myöhäismodernia yhteiskuntaa pitää koossa myös muut voimat kuin markkinatalous.

Sosiaalisen pääoman aineksia ovat luottamus, yhteisvastuu ja vuorovaikutus, nämä tekijät vahvistavat toisiaan. Yhtenä mallina sosiaalisen pääoman mekanismeista on tutkimus, jonka ydinaineokset ovat ihmisarvo ja maailmankansalaisuus. Mekanismit toteutuu neuvotteluna ja kasvatuskumppanuudessa, joita käyttäen päästään yksilön ja ryhmän tasapainoon. Tämän taustalla ovat vastavuoroisuuden periaate, sitoutuminen ennakkoluulottomaan totuuden etsimiseen, luottamus oikeudenmukaiseen kohteluun, kollektiivinen turvallisuus, ryhmän valta muuttaa omia normejaan sekä yhteisvastuu.

Keskeinen tekijä sosiaalisen pääoman tuottamisessa on vuorovaikutus, joka toteutuu yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden ja kulttuurien välillä. Vuorovaikutus sisältää valtaa, yhteistyötä tai sosiaalisesti jaettuun yhteisiin sääntö rakenteita. Dialogisuus voidaan ymmärtää myös yhteisöllisenä kysymyksenä, jolloin keskeistä on henkilöiden kommunikaatiotaidot ja yhteistoimintaan sitoutuminen. Vuorovaikutusongelmia ei tule kohdistaa pelkästään johonkin toimijaryhmään, vaan ilmiö tulee hahmottaa laajempaan vuorovaikutuskulttuurisena ilmiönä.

Tutkimustapaus 15.**Human Dignity in the Learning Environment. Testing a Sociological Paradigm for a Diversity-Positive Milieu with School Starters (Tuomi, M.T. 2001)**

Tutkimus tukee ennaltaehkäisevää työtä tavoitteena luoda moninaisuudelle myönteinen ilmapiiri. Tutkimuksen tavoitteena on estää ongelmien alkaminen luokassa, keventää opettajan taakkaa ja tarjota oppimiselle suotuisa ympäristö. Moninaisuudelle myönteinen ilmapiiri on miljö, jossa vallitsee oikeudenmukaisuus ja on mahdollista neuvotella sekä tavoitteiden että niiden toteuttamiskeinojen valitsemiseksi.

Tutkija esittää mallin siitä, miten tällainen ympäristö luodaan. Sen toteuttamiskelpoisuuden arvioimiseksi tehtiin toimintatutkimus ensimmäisellä ja toisella luokalla. Mallin ytimet ovat ihmisarvo ja maailmankansalaisuus. Toteutustapoina ovat neuvottelu ja kasvatuskumppanuus, joita käyttäen päästään ykseyteen moninaisuudessa (ryhmän ja yksilön tasapaino), jonka taustalla ovat vastavuoroisuuden periaate, sitoutuminen ennakkoluulottomaan totuuden etsimiseen, luottamus oikeudenmukaiseen kohteluun, kollektiivinen turvallisuus, ryhmän valta muuttaa omia normejaan sekä yhteisvastuu.

Tutkimuksen pohjana on käytetty systeemiteoreettista ajattelua, johon kuuluvat bifurkaatio (kohta, jossa systeemi tulee liian komplisoiduksi stabiilisuuteen; bifurkaatio toteutuu, kun vakaata tilaa ei enää voida pitää yllä ja autopoiesis korvautuu kriittisen stabiilisuuden jaksolla) ja autopoiesis (autopoieesisysteemi yrittää pitää yllä olemassaoloaan kehittämällä oman kielen ja toimimalla oman hyvän lisäämiseksi; alasyteemit toimivat kuin olisivat riippumattomia) eivät jalkautuneet tutkijan omassa mallikehityksessä.

Asiakassuhdetta ei nykyisellään käsitetä kahden toimijan väliseksi suhteeksi, jossa molemmat vaikuttavat toisiinsa. Asiakastyölle on myös tyypillistä positiivinen suhderetoriikka, jolla on merkitystä asiakkaan osallisuuden kannalta. Tällöin ei ole yhdentekevää, miten asiakkaasta puhutaan, minkälainen asema hänelle annetaan tai minkä aseman hän ottaa vuorovaikutuksessa. Dialogisella vuorovaikutuksella on mahdollisuuksia myös kasvatuksessa ja dialogisuudesta on ollut hyötyä esimerkiksi moniammatillisessa vuorovaikutuksessa ja voimavararakentelussa. Sama asia tulee esille sosiaalisista verkostoista syrjäytymisessä nuorilla. Nähdään, että syrjäytymistä parempi käsite on marginaali, johon voidaan liittää myös myönteisiä konnotaatioita.

Tutkimustapaus 16.**Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa (Mönkkönen, K. 2002)**

Väitöskirja käsittelee sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuskysymyksiä dialogisuuden näkökulmasta tutkien dialogisen vuorovaikutuksen esteitä ja edellytyksiä. Kytkeäntöjä pyritään tekemään myös laajempiin vuorovaikutuskulttuurisiin kysymyksiin.

Tutkimuksen tarkastelussa on vuorovaikutusorientaatio. Tämä tarkoittaa tapaa, jolla ihmissuhdeammattilainen tarkastelee asiakassuhdetta eli jäsentääkö hän ilmiötä asiantuntijakeskeisesti, asiakaskeskeisesti vai dialogisesti. Asiantuntijakeskeisessä orientaatioissa toimintaa ohjaavat vahvasti asiantuntijoiden tai järjestelmän määrittämät tavoitteet ja tulkinnat, jolloin asiakasta ei tarkastella täysivaltaisena tavoitteellisena toimijana. Asiakaskeskeinen orientaatio korostaa asiakkaan kokemusmaailmaa ja lähtee hänen tarpeistaan, jolloin työntekijän rooli voidaan nähdä lähinnä foorumina, jossa asiakas voi reflektoida asioitaan. Sen lieveilmionä voidaan pitää eräänlaista neuvottomuutta, puuttumattomuutta ja vallankäytön kätkemistä. Dialogisessa orientaatioissa puolestaan vuorovaikutus nähdään vastavuoroisena suhteena, jossa molemmat vaikuttavat. Siinä pyritään nostamaan esiin vastavuoroisuuden, tasavertaisuuden ja yhteisen ymmärryksen rakentumisen merkitys vuorovaikutuksessa sekä korostamaan moniäänisyyttä ja moniarvoisuutta. Tässä on käytetty hyväksi esimerkiksi narratiivista lähestymistapaa.

Aito hämmästyminen on merkityksellistä vuorovaikutuksen kehittämisen kannalta, sillä asiakassuhteessakin yhteinen hämmästyminen ja ihmettely luovat edellytyksiä avoimelle dialogille paremmin kuin esimerkiksi valmiit määritelmät ja kommentit. Pidetään myös tärkeänä sitä, että katse suunnataan voimavaroihin, kieleen ja vuorovaikutussuhteeseen esimerkiksi yksilöpsykologisen tarkastelun sijasta, ja että asiakkaasta tehdään aktiivinen osallistuja auttamisprosessissa. Myös motivaatio tulee ymmärtää asiakkaan ja työntekijän välisenä vuorovaikutusilmionä.

Asiakassuhdetta ei ole kahden toimijan välinen suhde, jossa molemmat vaikuttavat toisiinsa. Hänen mukaansa asiakastyölle on myös tyypillistä positiivinen suhderetoriikka, joka näkyy esimerkiksi siinä, että ei-toimivaa asiakas-

suhdetta kuvaavia käsitteitä on huomattavasti vähemmän kuin toimivan suhteen kuvailuja. Retoriikalla on merkitystä asiakkaan osallisuuden kannalta, jolloin ei ole yhdentekevää miten asiakkaasta puhutaan, minkälainen positio hänelle annetaan tai minkä position hän ottaa vuorovaikutuksessa. Dialogisella vuorovaikutuksella on mahdollisuuksia myös kasvatuksessa ja dialogisuudesta on ollut hyötyä esimerkiksi moniammatillisessa vuorovaikutuksessa.

4.3. Elinolojen vuorovaikutusrakentelu

Elinolot ovat ihmisten arkinen ympäristö, jossa he elävät, tekevät työtä ja viettävät vapaa-aikaa. Ne ovat tulosta sosiaalisista ja taloudellisista oloista sekä fyysisestä ympäristöstä. Elinolot vaikuttavat terveyteen ja ne ovat suurelta osin yksilön oman kontrollin ulkopuolella. Ottawan asiakirjan yhtenä tärkeänä toimintalinjana on tuottaa terveyttä tukevia ympäristöjä, mikä vastaa elinolojen kehittämistä terveyttä edistäviksi. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

4.3.1. Terveyden taustatekijät

Elinolojen vuorovaikutusrakenteluun vaikuttavat terveyden taustatekijät. Ne ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, taloudellisia, rakenteellisia, kulttuurisia ja ympäristötekijöitä, jotka ovat yhteydessä yksilöiden ja väestöjen terveydentilaan. Yksilöllisillä tekijöillä tarkoitetaan ihmisten ikää, sukupuolta, perimää, tietoja, taitoja, kokemuksia ja tapoja hahmottaa maailmaa. Sosiaalisia tekijöitä ovat sosioekonominen asema, toimeentulo, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot (mm. perhe ja muut lähiyhteisöt) ja niiden keskinäinen vuorovaikutus. Rakenteellisia tekijöitä ovat koulutus, elinympäristö, työolot, vapaa-aika sekä peruspalveluiden tasapuolinen saatavuus ja toimivuus. Kulttuurisia tekijöitä ovat fyysisen, poliittisen ja taloudellisen ympäristön turvallisuus, viihtyisyys, vuorovaikutteisuus ja asenteet terveyteen. Ympäristötekijöillä viitataan terveyttä määrittäviin tekijöihin ihmisten elinympäristössä. Niitä ovat mm. saasteet ja psykososiaaliset tekijät kuten ihmisten keskinäinen vuorovaikutus ja yhteistyö.

Elinolojen vuorovaikutusrakentelulla tarkoitetaan tässä sitä, että terveyden taustatekijät ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja vaikuttavat terveyteen. Taus-

tatekijöiden vuorovaikutuksen rakentelussa olennainen asia on se, miten eri tekijät ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja mikä on tämän vuorovaikutuksen tulos. Vuorovaikutuksen tulos on terveyttä ja hyvinvointia määrittävä tekijä. Terveyden edistämisen toimenpiteet tulisikin kohdentaa terveyden taustatekijöihin, eikä ainoastaan yksilön käyttäytymiseen ja elämäntyyliin.

Yhä enemmän on haluttu saada tietoa terveyden taustatekijöiden erillis- ja yhteisvaikutuksista väestön terveyden fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa kehittämisessä. Terveyden edistämisen taustatekijät ovat etäällä vaikuttavia, mutta suoranaista yhteyttä edes väliin tuleviin tekijöihin ei yleensä ole haluttu osoittaa tai sen merkitystä terveyden edistämisen kohteena ei ole nähty tärkeänä. Esimerkiksi erilaisissa terveyden edistämisen interventioissa keskitytään useimmiten terveyskäyttäytymiseen yksilötasolla, eikä terveyden taustatekijöihin.

Koko väestön terveyden edistämiseksi tarvitaan laajaa ja vahvaa tietopohjaa. Tätä voidaan kutsua myös elinolojen vuorovaikutuksen rakenteluksi. Keskeisenä tekijänä on terveyspolitiikka, jonka tehtävänä on aikaansaada sosiaalista ja taloudellista turvallisuutta, sosiaalista koheesiota, solidaarisuutta, sosiaalista oikeudenmukaisuutta, tasa-arvoa, terveysarvoja, terveyttä edistävää toimintaa, sairauksien hoitoa ja terveydenhuoltoa.

Elinolojen vuorovaikutuksen rakentelu on laajimmillaan terveyden taustatekijöiden havainnointia kaikissa politiikoissa ja jatkuvaa terveysvaikutusten ennakoarviointia (Kauppinen & Nelimarkka 2003). Näiden tekijöiden avulla vahvistetaan yksilöiden ja yhteisöjen voimavaroja tarjoamalla mahdollisuuksia terveyteen arjen areenoilla tai vaikutetaan terveyden riskitekijöihin elintapoja muutamalla. Terveys kaikissa politiikoissa on horisontaalinen politiikkaohjelma, jonka tarkoituksena on parantaa väestön terveyttä. Sen keskeinen sisältö on huomion kiinnittäminen tekijöihin, joihin vaikuttamalla terveyttä voidaan parantaa, mutta jotka ovat muiden politiikkasektoreiden hallinnassa.

Terveyden taustatekijöiden vähemmälle jättäminen on seurausta terveydenhuollon dominoivuudesta terveyden edistämisessä sekä siitä, että terveyden taustatekijät ovat moniulotteisia ja vaikeasti ositettavissa vaikuttamisen poluiksi väestön terveydentilan ja elämisen laadun määrittelyssä.

Näyttää siltä, että tarvitaan myös terveydenhuollon sektorilla voimakkaampaa otetta, jotta terveys kaikissa politiikoissa toteutuisi: terveyssektori edelleen medikalisoitua terveyttä ja ongelmia tai välttää tuomasta esille niiden yhteiskunnallisia

syitä ja muiden sektoreiden roolia terveyden edistämässä ja sairauksien ehkäisyssä. Myöskään terveydestä vastuulliset ammatilliset ryhmät eivät näe ympäristö-, sosiaali-, maatalous- ja talouspolitiikan ja niiden ohjelmien terveysvaikutuksia. Kansainvälisellä, kansallisella ja paikallisella tasolla on voimakas tarve vahvistaa ja koordinoita terveyden kehittymistä. (Sihto ym. 2006.)



Kuvio 6. Terveyden taustatekijät. (Dahlgren & Whitehead) (www.empho.org.uk)

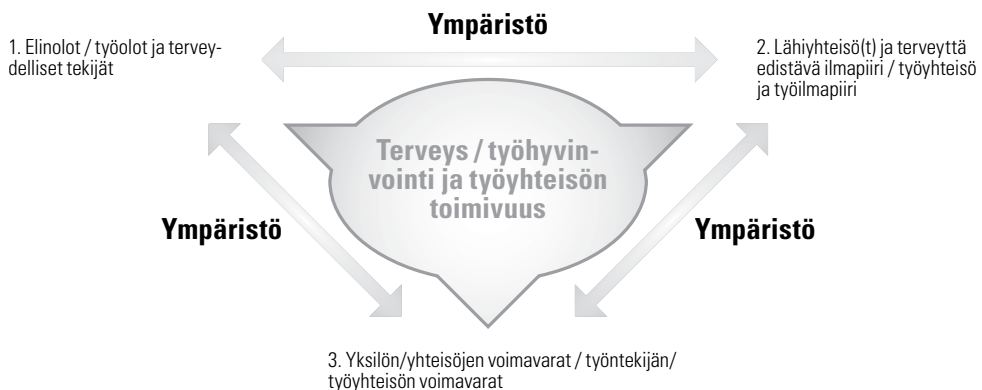
Terveyden edistämisen menetelmien kehittämisessä on merkityksellistä, että terveyden taustatekijät muuttuvat tekijöiksi, joihin voidaan vaikuttaa (kuvio 6.). Ne ovat tekijöitä, joita yksilöt tarvitsevat toimiakseen terveyttä tuottavalla tavalla. Ihmisille tarjotut mahdollisuudet ja heidän elintapansa ovat vuorovaikutuksessa keskenään omavoimaistaen, lisäten voimavaroja ja vahvistaen sosiaalista pääomaa. Tuloksena on väestön terveydentilan, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn parantuminen. (Noack 2006.) Elinolojen vuorovaikutuksen rakentelussa voidaan osoittaa eri tekijöiden erilainen merkitys koherensintunteelle, omavoimaistamiselle, terveyttä tukeville valinnoille, terveydelle sekä hyvinvoinnille.

4.3.2. Terveyden edistämisen areenat

Elinolojen vuorovaikutuksen rakentelussa on tutkimusten pohjalta nähtävissä esimerkkejä erilaisista lähestymistavoista. Näitä ovat organisaatioiden kehittäminen ja siihen liittyvä työhyvinvoinnin edistäminen ja sen vaikutukset yksilön ja yhteisön elämään, koulun ja perheiden vuorovaikutussuhteiden merkitys terveydelle, kansalaisten mahdollisuudet osallistua elinympäristönsä suunnitteluun sekä ajankäytön hallinta. Tässä alaluvussa tullaan yhdeksän tutkimustapauksen kautta tarkastelemaan näiden lähestymistapojen suhdetta elinolojen vuorovaikutuksen rakentelun kontekstissa.

Organisaatioiden kehittäminen on yksi terveyden edistämisen keino, jolla vahvistetaan erilaisia osatekijöitä tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden aikaansaamiseksi. Tämä tarkoittaa työntekijöiden ja asiakkaiden terveyttä edistävän toiminnan kehittämistä ja toteuttamista organisaatioiden sisällä. Esimerkki organisaatioiden kehittämiseen liittyvästä terveyden edistämisen toiminnasta on tasa-arvopolitiikan noudattaminen. Työhyvinvointi on keskeinen organisaation kehittämisessä ja yrityksen toiminnassa. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi on kirjattu työikäisten työ- ja toimintakyvyn parantamiseen ja lisäämiseen liittyvä tavoite. Organisaatioiden kehittämiseen tulisi selkeämmin liittää laajempi terveyden edistämisen näkökulma ja ymmärrys sekä määritellä terveyttä edistävän työkuultuurin kriteerit.

Kuviossa 7. on hahmoteltu terveyteen vaikuttavien tekijöiden vuorovaikutusta. Tarkastelutasoja on kaksi: laajempi terveyteen liittyvä näkökulma sekä työhyvinvointi esimerkinomaisena yhtenä elinolojen vuorovaikutusrakentelun lähestymistapana.



Kuvio 7. Terveysteen ja työhyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden vuorovaikutus. (Loppela 2004, sovellus)

1. Elinolot sisältää sen kontekstin, jossa yksilö elää eli elinolosuhteet ja niiden terveydelliset ja terveyttä edistävät tai vähentävät tekijät. Työoloilla ja terveydellisillä tekijöillä viitataan samoihin asioihin, mutta kohdentuen erityisesti työympäristöön ja niiden terveydellisiin ja työkykyä ylläpitäviin tekijöihin. Erik Allardtin hyvinvoinnin määritelmässä tämä kolmion kulma paikantuisi having -ulottuvuuteen. Hyvinvoinnin kontekstissa having viittaa elintason, joka sisältää mm. asumisen ja toimeentulon. Työhyvinvoinnin tapauksessa puhuttaisiin työoloista.

2. Lähiyhteisö ja terveyttä edistävä ilmapiiri sisältää sekä yksilöllisyyden että yhteisöllisyyden samanaikaisen korostamisen, yksilön vaikutusmahdollisuuksien sekä elämiseen ja kontekstiin liittyvän tarkastelun. Tähän alueeseen kuuluvat verkostot ja luottamusta synnyttävä vuorovaikutus ympäristön kanssa. Työyhteisön ja työilmapiirin näkökulmasta keskiössä ovat työntekijän vaikutusmahdollisuudet, työpaikan vuorovaikutussuhteet ja tiedonkulku sekä työn hallintaan vaikuttavat tekijät. Allardtin hyvinvoinnin määritelmässä vastaavuus löytyy loving -ulottuvuudesta, jolla viitataan sosiaalisiin suhteisiin ja niiden olemassa oloon.

3. Yksilön/yhteisöjen voimavarat sisältää yksilöiden ja yhteisöjen oppimis- ja kehittämismahdollisuuksien huomioimisen (kokemuksellinen oppimisen ja hiljaisen tiedon merkitys), motivaatioon liittyvät tekijät ja yksilöön itseensä liittyvät tekijät. Työntekijän ja työyhteisön voimavaroilla viitataan mm. työntekijöiden ja koko työyhteisön oppimis- ja kehittämismahdollisuuksien huomioimiseen ja työmotivaation tarkasteluun. Alldartiin viitaten voitaisiin puhua myös being -ulottuvuudesta, jolla tarkoitetaan itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia.

Työhyvinvoinnin edistämisen tavoitteiden saavuttaminen noudattaa erilaisia polkuja. Ensinnäkin on nähtävä kaksi vastakkaista lähestymistapaa. Organisaatiota kehittämällä vaikutetaan ihmisten työkykyyn, terveyteen ja hyvinvointiin tai päinvastoin työkykyä parantamalla vaikutetaan organisaation kehittämiseen ja sitä kautta terveyteen ja hyvinvointiin. Elinolojen vuorovaikutusrakentelun näkökulmasta tällä tarkoitetaan sitä, että vaikutetaan molempiin tekijöihin yhtä aikaa.

Organisaatioiden kehittämiseen ja työhyvinvointiin liittyvissä tutkimuksissa keskeisiksi elementeiksi nousevat useimmiten vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja työpaikan asioihin sekä vastuun saaminen ja uuden oppiminen. Samoin yhteisöllinen toimintakulttuuri ja ammatillinen osaaminen nähdään merkittävänä työhyvinvointiin vaikuttavina tekijöinä. On myös havaittu, että organisaatioiden on huolehdittava työntekijöidensä hyvinvoinnista ja keskittyä ns. työyhteisöorientoituneen työhyvinvoinnin edistämiseen ylläpitääkseen innovatiivisuutta ja luovuutta sekä mahdollistaakseen hiljaisen tiedon (kokemuksellinen tieto) ja täsmätiedon (uloskirjoitettu, seikkaperäisesti jäsenelty tieto) vuorovaikutuksen. Työhyvinvoinnin ylläpitäminen nähdään vaikuttavan tästä näkökulmasta yhtäältä työntekijöiden työolosuhteisiin, terveyteen ja hyvinvointiin ja toisaalta edesauttaa organisaation selviytymistä yrityskaupan kilpailusta.

Tutkimustapaus 1.**Ihminen ja työ – keskustellen työkuuntoon. Työyhteisön kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyksessä (Loppela, K. 2004)**

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, minkälaiset työoloihin ja terveydellisiin tekijöihin, työyhteisöön ja työilmapiiriin sekä työntekijän voimavaroihin liittyvät tekijät vaikuttavat työyhteisön kehittämiseen ja työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseen työntekijöiden itsensä kokemana. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös sitä, mitkä työntekijöiden itse asettamista kehittämistavoitteista olivat sellaisia, joita he pystyivät itse saavuttamaan. Tarkastelun kohteena oli myös yhteisöllisen kehittämisen ja työkyvyn ylläpitämisen yhteys työntekijän kokemaan henkilökohtaiseen työkykyyn. Tutkimuksen lähtökohtana oli työyhteisön toimijalähtöinen kehittäminen sekä työkykyä ylläpitävä toiminta työpaikalla toteutettuna.

Keskeisimmiksi työyhteisön kehittämiseen ja työkyvyn ylläpitämiseen vaikuttaviksi tekijöiksi nousivat työntekijän vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja työpaikan asioihin sekä vastuun saaminen ja uuden oppiminen. Yhteisöllinen työyhteisön kehittäminen vaikutti myönteisesti myös työntekijöiden henkilökohtaiseen työkykyyn. Kehittämistyön koettiin yleisesti ottaen lisänneen työssä jaksamista, työn mielekkyyttä ja työiihtyvyyttä sekä parantaneen työmotivaatiota työstressiä vähentäen. Tasavertainen ja avoin keskustelukulttuuri erilaisiin työasioihin liittyen koettiin tärkeäksi kehittämisen menetelmäksi. Tutkimuksen perusteella työyhteisön kehittämistyötä ja siihen yhteydessä olevaa työkykyä on mahdollista kehittää osana arkityötä, mikäli kehittämiselle luodaan systemaattinen toimintamalli. Kehittämisellä on vaikutusta myös laadun varmistukseen ja yrityksen toimintaperiaatteisiin. Ylimmän johdon sitoutuminen sekä keskijohdon ja esimiesten syvälinen paneutuminen kehittämistyöhön nähtiin ensiarvoisen tärkeänä.

Tutkimustapaus 2.**Promotion of school community staff's occupational well-being in co-operation with occupational health nurses (Saaranen, T. 2006)**

Tutkimuksen tarkoituksena oli edistää koulun henkilöstön hyvinvointia työkykyä ylläpitävällä toiminnalla yhteistyössä työterveyshoitajien kanssa. Tutkimuksessa kuvattiin koulun henkilöstön hyvinvointia ja työkykyä ylläpitävää toimintaa hankkeen suunnittelu- ja aloitusvaiheessa sekä raportoitiin hankkeen toimintavaiheen tuloksia. Lisäksi tutkimuksessa kehitettiin tietoperustaa koulun henkilöstön hyvinvoinnin edistämiseksi.

Koulun henkilöstön työhyvinvointia kehittävään toimintaan on panostettava, jotta henkilöstön työssä uupumista voidaan estää. Opettajien hyvinvoinnilla on vaikutusta myös oppilaiden hyvinvointiin ja oppimistuloksiin. Työterveyshuollon henkilöstö, erityisesti työterveyshoitajat, ovat tärkeitä yhteistyötahoja koulun henkilöstön työhyvinvoinnin edistämiseksi. Kouluissa tapahtuva työkykyä ylläpitävä toiminta oli liiaksi keskittynyt yksittäisen työntekijän fyysiseen toimintaan. Koulun henkilöstön voimavarakelijänä on erityisesti koulun yhteisöllinen toimintakulttuuri. Kehittämishankkeen aikana myönteistä kehittymistä oli osoitettavissa työhyvinvoinnin eri osa-alueilla, jotka koostuivat yksilön terveydestä ja voimavaroista, työyhteisön toimivuudesta, ammatillisesta osaamisesta ja työolojen kunnosta. Tutkimus osoitti, että koulun henkilöstön työhyvinvoinnin edistämisen sisältömalli on hyödyllinen viitekehys suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa koulun henkilöstön kehittämishankkeita.

Tutkimustapaus 3.**Essays on managing knowledge and work related wellbeing (Hussi, T. 2005)**

Tutkimus kuvaa henkisen pääoman (intellectual capital) ja työkyvyn ylläpidon (maintenance of work ability) keskinäisiä yhteyksiä. Henkistä pääomaa leimaa ihmisen pääoman, sisäisten ja ulkoisten rakenteiden yhtymäkohdat. Työkyvyn ylläpitämisellä puolestaan viitataan holistiseen lähestymistapaan, jossa korostuvat osaamisen, työympäristön ja terveyden keskinäinen riippuvuus työhyvinvoinnin avaimena.

Työkyvyn ylläpitämisen viitekehys tarkoittaa työelämän kehittämistä proaktiivisella tavalla sairauksien ehkäisyn ohella. Terveiden ohella työkyvyn ylläpitäminen sisältää osaamisen lisäksi hyvin organisoidun työympäristön ja toiminnallisen työyhteisön. Työntekijöiden hyvinvoinnin tukeminen on hyödyllistä tiedon tuottamiselle, jos mainitut tekijät ovat tasapainossa keskenään. Viitekehys on käyttökelpoinen, kun kuvataan hiljaisen tiedon muuttumista täsmätiedoksi organisaatiossa. Työyhteisöorientoitunut työkyvyn ylläpitäminen johtaa luovuuteen ja näiden kahden tiedonlajin vuorovaikutukseen, kun taas yksilösuuntautunut työkyvyn ylläpitäminen näyttäisi vahvistavan täsmätietoa.

Työterveyttä ja -hyvinvointia on määritelty ja tutkittu monin tavoin. Yhteenvetona voidaan todeta, että miltei kaikki tutkimustapaukset vahvistavat käsitystä siitä, että terveyden edistämiseksi pitäisi pyrkiä tarkastelemaan useita taustatekijöitä samanaikaisesti. Esimerkiksi työpaikan sisäilmaongelman ratkaisemiseksi ei aina riitä keskittyminen sisäilman puhdistamiseen vaan työhyvinvointiin vaikuttaa myös se, miten sisäilman ongelmista ja riskeistä tiedotetaan työyhteisössä.

Tutkimustapaus 4.

Psykologinen näkökulma työpaikkojen sisäilmasto-ongelmiin: psykososiaalinen työympäristö ja organisaation ongelmanratkaisutaidot ongelmavyyhden osatekijöinä (Lahtinen, M. 2004)

Tutkimuksen avulla pyrittiin paremmin ymmärtämään sisäilmasto-ongelmien monimutkaisuutta sekä edistää valmiuksia ratkaista niitä. Tarkoituksena oli kehittää teoreettista viitekehystä, joka auttaa ymmärtämään sisäilmasto-ongelmien ja psykososiaalisten tekijöiden välistä yhteyttä. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin psykososiaalisten työympäristöjen piirteiden roolia sisäilmasto-ongelmien synnyssä ja pahenemisessa.

Viihtyvyyshaittoja ja terveysriskejä aiheuttavat sisäilmasto-ongelmat ovat toimistotyöpaikan ajankohtainen haaste. Tutkimustiedon lisääntyessä ongelmat ovat osoittautuneet taustaltaan monitekijäisiksi kemiallisten, fysikaalisten, biologisten ja psykososiaalisten työympäristötekijöiden sekä yksilöllisten tekijöiden vuorovaikutuksesta kehittyväksi tilaksi. Tutkimuksen tulokset tukivat näkemystä psykososiaalisen työympäristön merkityksestä sisäilmasto-ongelmien tausta- ja osatekijänä. Vaikka tutkimuksen mukaan sisäilmasto-ongelmien ydin on fyysises-

sä työympäristössä, psykososiaalinen työympäristö vaikuttaa siihen, millaisen ilmiön ongelma saa työpaikalla. Mikäli työntekijöiden subjektiivinen kokemus ja tulkinta tilanteesta eivät muutu, sisäilmasto-ongelmat ja siitä johtuvat työympäristöön kohdistuvat valitukset ja koetut oireet pysyvät työpaikalla huolimatta teknisesti onnistuneista ratkaisuista. Tutkimuksessa tuli esille neljä menestystekijää, joiden avulla sisäilmasto-ongelmien ratkaisuisissa päästiin onnistuneeseen lopputulokseen: 1) laaja moniammatillinen yhteistyö ja osallistava toimintatapa, 2) suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen toiminta, 3) tiedotukseen ja tiedonkulun varmistamiseen panostaminen sekä 4) prosessimainen eteneminen ja oppiminen.

Työhyvinvointia on tarkasteltu tutkimuksissa myös Brofenbrennerin ekologisen viitekehyksen näkökulmasta, jossa sosiaaliset prosessit on jaettu mikro-, meso- ja eksosysteemeihin. Viitekehyyksessä prosessimalli on holistinen ja koostuu sisäkkäisistä kokonaisuuksista, jossa uloimpana voidaan työhyvinvoinnin näkökulmasta nähdä mm. kansainväliset terveyteen liittyvät ohjelmat, kansallinen lainsäädäntö ja terveystoiminnat, keskimmaisella kehällä tarkastella yhteisötasoa, tukiverkostoja ja muita palvelujärjestelmiä (Kela, työterveyshuolto ja kuntoutus) ja sisimmässä kehässä työyhteisön henkilöstön hyvinvointia, joka koostuu yksilön voimavarojen edistämisestä, työyhteisön toiminnan parantamisesta, ammatillisen osaamisen sekä työn ja työyhteisön kehittämisestä.

Koulun hyvinvointimallia on tutkittu Brofenbrennerin ekologista viitekehystä mukaillen. Tällöin koulun mikrosysteeminä voidaan tarkastella kotia ja luokahuonetta, mesosysteeminä nähdä eri mikrosysteemit ja niihin sisältyvät prosessit kuten esimerkiksi kodin ja koulun vuorovaikutus ja eksosysteeminä tarkastella yhä useampien eri linkkien välisiä prosesseja, joihin ei suoranaisesti liity yksilö, mutta jotka silti vaikuttavat yksilöihin. Tästä viitekehyyksestä tarkasteltuna työhyvinvoinnin tutkimuksen lähtökohdat lähenevät elinolojen vuorovaikutusrakentelun näkökulmia.

Tutkimustapaus 5.**Adolescents' Subjective Well-being in their Social Contexts (Joronen, K. 2005)**

Tutkimuksessa selvitettiin nuorten hyvinvoinnin kokemuksia ja siihen liittyviä tekijöitä. Lisäksi haluttiin ymmärtää paremmin perheen vaikutusta nuoren hyvinvoinnin kokemuksessa, kaverisuhteissa ja koulunkäynnissä. Tutkimuksen lähestymistapana olivat resurssit ja hyvinvointi. Tutkimuksessa haluttiin saada selville henkilökohtaisen hyvinvoinnin kokemuksen, arvojen, sosiaalisen kontekstin ja terveyskäyttäytymisen yhteydet.

Tutkimus tuotti uutta tietoa nuorten koetun hyvinvoinnin ja arvojen, koulun ja perheen välisistä vahvoista ja monimutkaisista yhteyksistä. Sosiaalinen konteksti on tärkeä osa hyvinvoinnin kokemusten muodostumista. Nuoren elämässä erityisesti perhe toimii kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin kontekstina. Tulosten pohjalta voidaan arvioida nuorten hyvinvointia ja mm. terveyskäyttäytymistä sekä ymmärtää nuoren hyvinvoinnin monitahoisuutta.

Perheiden ja eri yhteisöjen vuorovaikutussuhteiden merkitys terveydelle on yksi näkökulma tarkastella elinolojen vuorovaikutusrakentelua. Bronfenbrennerin ekologinen systeemimalli, jossa yksilö on ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa samoin kuin yksilöt keskenään soveltuu myös tarkasteltaessa perheiden vuorovaikutussuhteiden merkityksiä. Yksilö ja perhe ovat vuorovaikutuksessa yhteisön kanssa ja myös laajemmin sosiaalisen, kulttuurisen ja taloudellisen makrosysteemin kanssa. Tasot vaikuttavat toinen toisiinsa.

Perheen ja eri yhteisöjen ohella koululla on merkittävä rooli lasten ja nuorten kokemassa hyvinvoinnissa. Koululla on myös vaikutusta terveyskäyttäytymiseen ja -osaamiseen. Hyvinvoiva koulu luo hyvinvointia myös nuorelle ja sitä kautta vaikuttaa myös perheiden vuorovaikutukseen. Tästä syystä perheitä olisi tuettava enemmän terveyden edistämisen työssä, jotta rakastava ilmapiiri, toiminnallinen tuki, avoin kommunikaatio, välittäminen ym. olisi mahdollista. Terveyden edistämisen yhtenä tehtävänä on vaikuttaa sukupolvien yli kulkevaan sosioekonomisia terveyseroja ruokkivaan kierreeseen. Terveyden edistämisen tehtävänä on lisätä tietoa tekijöistä, joihin tulisi pyrkiä vaikuttamaan negatiivisten kierteiden katkaisemiseksi ja perheissä olemassa olevien negatiivisten kehityskulkujen lieventämiseksi.

Tutkimustapaus 6. Oppilaiden hyvinvointi koulussa (Konu, A. 2002)

Tavoitteena oli tuottaa malli kouluhyvinvoinnin mittaamisen. Tämän lisäksi tarkasteltiin hyvinvointia oppilaiden näkökulmasta ja oppilaiden kokemana. Tutkimuksessa hyvinvointi määriteltiin Allardtin hyvinvoinnin ulottuvuuksien pohjalta (having, loving, being).

Koulun ilmapiiri, opetus ja kasvatusta, oppiminen, oppimissaavutukset, koulun olosuhteet, sosiaaliset suhteet ym. liittyvät prosessinomaisesti toisiinsa ja vaikuttavat niin yksilön kuin koko yhteisön hyvinvointiin koulussa. Huolimatta kokonaisvaltaisista ohjelmista (esimerkiksi Euroopan terveet koulut, ETK) ja laajasta hyvinvoinnin määrittelystä, on terveyden edistämisen käytännön toiminta kouluissa enimmäkseen rajoittunut yksittäisiin terveystyöskäytösten interventiöihin.

Tutkimustapaus 7. Koulutuksen ja lapsi-vanhempisuhteen yhteys elämässä selviytymiseen. Sosiaalinen perimä ja koulutuskulttuurisen pääoman periytyminen sukupolvesta toiseen (Kärkkäinen, T. 2004)

Tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät ennustavat elämässä selviytymistä ja elämänhallinnan voimavaroja lapsuudesta aikuisuuteen eri tieteenalojen tutkimusten ja teorioiden mukaan. Lisäksi tutkittiin empiirisesti, miten kirjallisuuden pohjalta muodostetut oletukset pätevät espanjalaisessa koululaisaineistossa. Syrjäytymisen tutkimisen sijaan painotuttiin tekijöihin, jotka ennustavat hyvää elämänlaatua, elämänhallintaa ja elämässä hyvin selviytymistä.

Tutkimuksessa oletettiin, että vanhemmuus on vaikuttanut ratkaisevasti vanhempi-lapsisuhteiden välityksellä lapsen elämänhallinnallisiin voimavaroihin. Empiirisen aineiston mukaan kaikilla aikuisiässä hyvin selvinneillä oli ollut hyvä lapsi-vanhempisuhte molempiin vanhempiin. Tulokset tukivat aikaisempia tutkimuksia koulutuksen periytyvyydestä vanhemmilla lasten suhteen olleiden koulutustavoitteiden kautta.

Kansalaisten **mahdollisuudet osallistua oma elinympäristönsä suunnitteluun** nähdään myös yhtenä elinolojen vuorovaikutusrakentelun lähestymistapana. Viimekädessä kyse on osallisuudesta tai osattomuudesta. Hajautuneen vallan maailmassa suunnittelu on pohjimmiltaan sosiaalisten ryhmien toimintaa, jonka luonteen määräävät ryhmissä vallitsevat ajattelu- ja toimintamallit. Toisin kuin luonnonlait, rakenteet ovat riippuvaisia ajasta ja paikasta, ja muotoutuvat vuorovaikutuksessa sen toiminnan kanssa, jota ne ohjaavat. Yhdyskuntasuunnittelu on tulevaisuuteen tähtäävää toimintaa, siksi siihen liittyy vahvasti myös kysymys oikeudenmukaisuudesta ja osallistumismahdollisuuksista. Huolimatta lainsäädännön pyrkimyksistä ihmisillä on eriarvoiset mahdollisuudet osallistua oman asuin- ja elinympäristönsä suunnitteluun. Vaikka mahdollisuuksien tasa-arvo on tuskin mahdollinen, pyrkimys sitä kohden voi olla todellista.

erveyden edistämässä paikallisen merkityksen huomioiminen voi olla sekä haastavaa että antoisaa. Käytännössä onnistuneesti toteutetut paikallistason interventiot eivät ole siirrettävissä sellaisenaan muualle. Yhtäältä ongelmana voidaan nähdä myös se, että lukuisista, toisistaan eriytyneistä paikallistason interventioista on vaikeaa muodostaa teoriaa interventioiden vaikutuksista. Toisaalta paikallinen potentiaali saattaa tuoda etua terveyden edistämisen interventioille. Esimerkiksi erilaiset yhteisöterveyden interventiot ovat miltei mahdottomia, jos yhteisöä ja sen taustatekijöitä ei tunneta. Tässäkin kohtaa voidaan soveltaa Erik Allardtin hyvinvoinnin määritelmää. Voidakseen hyvin, yhteisössä pitää olla elinolot kohdallaan (having) ja sosiaalisia suhteita (loving). Lisäksi tarvitaan mahdollisuus itsensä toteuttamiseen (being). Tässä kontekstissa mahdollisuus oman elinympäristön suunnitteluun on terveyden edistämisen kannalta tärkeää. Kun ihmisellä on kokemus siitä, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan elinympäristöönsä, hän myös huomioi ympäristöänsä arkielämässä. Tässä suhteessa voidaan ajatella, että yksilö on erottamaton osa ympäristöään.

Tutkimustapaus 8.

Yhdyskuntasuunnittelun paikallinen potentiaali (Hynynen, A. 2000)

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten yhteiskunnan globalisoivat prosessit vaikuttavat paikallistason suunnitteluun, ja toisaalta millaista potentiaalia paikallisyhdyskunnilla on ohjata omaa kehitystään uudentyypisten yli paikallisten kehitysvirtojen pyörteissä.

Kansalaisyhteiskunnan osuus yhteisen toimintaympäristön muokkaamisessa ei ole vielä niin suuri kuin talouden ja hallinnon vastaavat osuudet. Meneillään oleva hyvinvointivaltion murros voidaan nimittää postfordistiseksi, jonka tunnuksia ovat suoritus, menestys, nokkeluus, yksityistäminen, perhe, uhrautuminen ja moraali. Kehitystä luonnehtivat yhteiskunnallisten rakenteiden ylikansallistuminen ja moninaistuminen.

Samassa kunnassa voi olla yhtä aikaa erilaisia toimintaympäristöjä, kun vanhojen vielä tarpeellisten instituutioiden ohelle ja sisään syntyy uusia instituutioita ja verkostoja. Paikallinen kokemus on verkostojen se ulottuvuus, joka voi auttaa ymmärtämään niiden sisäisiä valtarakenteita ja toimintatapoja. Verkostojen olemuksen ymmärtäminen on edellytys myös tehokkaalle työskentelylle niiden kanssa.

Ajankäytön hallinta on yksi elinolojen vuorovaikutusrakentelun tarkastelutapa. Terveiden edistämisen tehtävänä on tukea ihmisiä, jotta he kiinnittäisivät huomiota riittävään lepoon ja uneen. Lisääntyvä vapaa-aika ei itsessään ratkaise mitään, vaan tarvitaan keskustelua siitä, mikä on todellista lepoa. On kolme keskeistä rajanvetoa, jotka auttavat vapaa-ajan konstruoinnissa. Kaikki nämä rajat liittyvät symboliseen taisteluun: a) raja työn ja vapaa-ajan välillä joutuu kiistanalaiseksi tietoyhteiskunnassa, b) likainen ja puhdas vapaa-aika moraalisenä seikkana ja c) raja hereillä olemisen ja nukkumisen välillä. Jos vapaa-aika mielletään edelleen työn vastakohtaksi, niin mikä on eläkeläisten, työttömien ja opiskelijoiden aika. Jos ei ole aikaa, ei sitä voi saada myöskään hallintaan.

Tutkimustapaus 9.

Rethinking Free Time: A Study on Boundaries, Disorders and Symbolic Goods (Valtonen, A. 2004)

Tutkimuksen tavoitteena on vastata kysymykseen, miten vapaa-aika tuotetaan, uudelleen neuvotellaan ja hoidetaan kulutuksen kentällä? Vapaa-aika ei ole vastakohta työlle vaan kompleksinen alue, joka vaatii jatkuvaa hoitamista ja ylläpitoa. Erilaisia rajoja ja symbolisia taisteluja on tunnistettavissa vapaa-ajan kontekstissa.

Uni edustaa vapaa-aikaa siten, että se mahdollistaa vapauden. Uni vie ihmisen toiseen maailmaan, jossa ihminen vapautuu arkipäivän velvoitteista ja rationaalisesta ajattelusta. Tutkimuksen mukaan uni on yksi miellyttävimmistä toiminnoista vapaa-aikana, eikä sitä siksi saisi sulkea pois vapaa-aikaa koskevasta tutkimuksesta. Vapaa-aika on mielenmaisema, jossa päästään ajatuksista eroon, unessa tämä onnistuu tehokkaasti.

Symbolinen taistelu voidaan ymmärtää ajallisena taisteluna. Historiallisesti tarkasteltuna vapaa-aika on konstruoitu eri tavoin eri järjestelmissä. Tutkimuksessa tunnistettiin kaksi sosiaalista järjestelmää, jotka vaikuttavat ihmisten arkipäivässä: talous ja traditionaalinen järjestelmä. Ne molemmat määrittelevät vapaa-ajan eri tavoin.

Symbolinen kulutus vapaa-aikaa konstruoidessa on mahdollista ymmärtää performatiivisena kulutuksena. Kulutuksella hallitaan ajatuksia, hyödykkeet eivät ainoastaan viesti omistajastaan vaan myös tekevät jotain.

5. Vaikuttaminen ja valinnat

Terveyden edistäminen on ideologis-poliittista toimintaa ja vaikuttamista terveyttä tuottavien valintojen aikaansaamiseksi. Terveyden edistäminen on myös mahdollisuuksien luomista sille, että ihmisten valinnat ovat terveyttä tuottavia. Näitä valintoja ei kuitenkaan saavuteta tietoa jakamalla ja huolehtimalla siitä, että tieto on oikeanlaista ja se sisältää niitä aineksia, joilla riskikäyttäytymistä vältetään. Useaan kertaan on todettu, että terveyden edistämisen perinteinen työmuoto, tiedonjakaminen ei tuota toivottuja tuloksia. Vaikuttaminen on nähty behavioristisen lähestymistavan tarjoaman mallin mukaisesti. Terveyden edistämisen ydinstrategiana on perinteisesti ollut viestintä ja sen vaikutukset, mutta ei niinkään vaikuttamista siihen kontekstiin, jossa viestintä tavoittaa kohteensa. Kohtaamisessakin on useimmiten tarkkailtu itse vain rajoitetusti ihmisen käyttäytymisen taustalla olevia tekijöitä.

Väitöskirjatutkimuksia käytettiin tässä kartoituksessa neuvoantavina ja vuoropuhelukumppaneina terveyden edistämisen ytimen kirkastamiseksi ja sen huomaami-

seksi, milloin ollaan terveyden edistämisen rajoilla. Löytyi kolme olennaista aluetta, joita voidaan käyttää määriteltäessä terveyden edistämisen vaikuttamistapoja ja etsittäessä terveyden edistämisen menetelmiä. Nämä ovat tiedonrakentelu, voimavararakentelu ja elinolojen vuorovaikutusrakentelu. Vaikuttaminen terveyden edistämisessä perustuu käsityksiin ja tietoon ihmisen toiminnasta, häiriöiden luonteesta ja niistä tekijöistä, joilla uskotaan saavutettavan tuloksia.

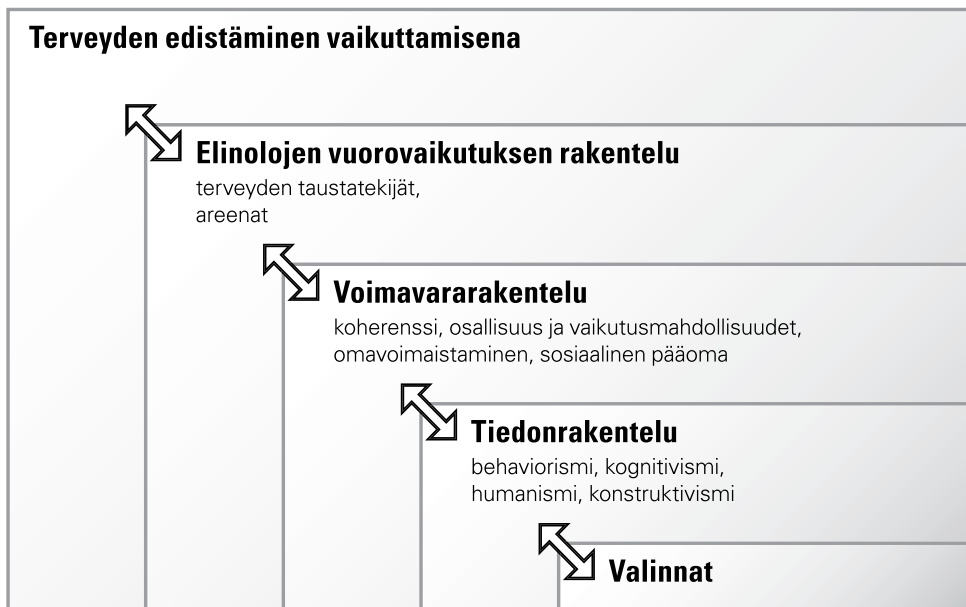
On oltava käsitys siitä, minkälaista on ihmisen toiminta, mistä häiriöt ovat peräisin ja voiko niihin vaikuttaa vai ei. Äärilaita on se, että ei voida vaikuttaa ollenkaan, esimerkiksi lääketieteellinen tautimalli. Toisaalta ihmisen toiminta kuten erilaiset toiminnan häiriöt koostuvat osasista ja vaiheista muodostuvan kehitysprosessin tulosta. Terveyden edistäminen on vaikuttamista prosessiin tai sen osatekijöihin, esimerkiksi vuorovaikutuksellinen malli.

Terveyden edistämisessä vaikutetaan ensisijaisesti sellaisiin valintoihin, jotka tuottavat terveyttä. Kuviossa 8. on kuvattu sitä, miten ihmisten valinnat eivät ole vapaita, vaan muokkautuvat erilaisten prosessien ja vaiheiden kautta osana tiedonrakentelua, voimavararakentelua ja elinolojen vuorovaikutusrakentelua. Rakentelu tarkoittaa sellaisten tekijöiden tunnistamista ja niiden keskinäisten vaikutusketjujen löytämistä, jotka saavat aikaan terveyttä tuottavaa tietoa, voimavaroja ja elinoloja. Näihin tekijöihin ja prosesseihin on voitava vaikuttaa samanaikaisesti. Rakentelut koostuvat useista väliin tulevista tekijöistä, jotka samalla määrittävät ihmisen valintaa, joka omalta osaltaan vaikuttaa näihin taustaprosesseihin.

Pietilä ym. (1998) toteavat, että ihmisen elämänhallinta liittyy elämäntilanteeseen ja terveyteen sekä terveysvalintoihin. Terveys liittyy elämän kokonaisuuteen eikä sitä ole tarkoituksenmukaista arvioida erillisinä ihmisten elämäntilanteesta. Terveysvalinta tarkoittaa ihmisen päätöstä tai tekoa, joka liittyy arkielämään sekä terveyteen ja johtaa mahdollisesti terveystavan kokeilemiseen tai omaksumiseen. Terveysvalintojen tunnistamiseen tarvitaan koko ihmisen elämäntilanteen huomioivaa lähestymistapaa sekä tiedonrakentelun, voimavararakentelun ja elinolojen vuorovaikutusrakentelun monitasoista vuoropuhelua.

Kuviossa 8. on tiedonrakentelu, voimavararakentelu ja elinolojen vuorovaikutusrakentelu nähty mustan laatikon sisältönä, panokset ovat terveyden edistäminen vaikuttamisena ja tuotoksena ihmisen valinnat. Valinnat (arvot, ajattelu, käyttäytyminen, toiminta) voivat olla joko terveyttä tuottavia tai terveyttä tuhoavia riippuen siitä, miten terveyden edistämisen avulla on voitu vaikuttaa tiedonrakenteluun, voimavararakenteluun

teluun ja elinolojen vuorovaikutuksen rakenteluun. Terveyden edistäminen saa tiedonvälittämistä huomattavasti laajemman tehtävän. Rakentelu tarkoittaa monivaiheista vuorovaikutusta eri ympäristöjen kanssa. Tiedonrakentelu pohjaa voimavararakenteluun ja voimavararakentelu elinolojen vuorovaikutusrakenteluun.



Kuvio 8. Vaikuttamisen prosessit ja valinnat.

6. Terveyden edistämisen toimintaote ja menetelmät

6.1. Terveyden edistämisen toimintaote

Terveyden edistäminen sisältää luvun 2.2. kuvion 1. mukaisesti kolmenlaisia toimintaotteita: tulkinnallinen humanismi, joka näyttäytyy tiedonrakentelussa, radikaali humanismi, joka näyttäytyy voimavararakentelussa, sekä radikaali strukturalismi, joka on pohjana elinolojen vuorovaikutusrakentelussa.

Terveyden edistämisen toimintaote pohjautuu eri tieteenalojen tietoon, menetelmiin ja tulkintamalleihin. Terveyden edistämisen toimintaote tarkoittaa terveyden edistämisen kulttuurin tietoista luomista ja kehittämistä. Kulttuuri on kulloisenkin yhteisön jäsenille opittujen käyttäytymispiirteiden ja -kaavojen sekä näiden tuotteiden integroitunut, yhtenäinen kokonaisuus. Tämä siirtyy ja pysyy voimassa oppimisen avulla.

Terveyden edistämisen toimintaotteen määrittelyssä on olennaista erottaa asiantuntijuus, asiakaslähtöisyys ja dialogisuus, koska jokainen näistä määrittää käytettävät menetelmät. Asiantuntijuus tarkoittaa eritasoista tilaa tietämisessä ja hallinnassa terveyden edistämisen prosessiin osallistuvan ja asiantuntijan kanssa samoin kuin säädökset, ohjeet ja määräykset, joita ihmiset eivät ole sisäistäneet. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan tilan ja vaiheen huomioon ottamista ja dialogisuus puolestaan tasavertaista vuorovaikutusta, jossa tavoitteena on ongelmien ratkaisu tai vaihtoehtoisten menettelytapojen löytäminen.

Terveyden edistäminen vaikuttamisena ja toimintana on perinteisesti perustunut objektiiviseen tietoon terveydestä ja näyttöön perustuviin keinoihin terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Terveyteen on pyritty vaikuttamaan: 1) muuttamalla yksilön ja yhteisön käyttäytymistä, 2) luomaan mahdollisuuksia ja edellytyksiä sekä 3) vahvistamalla yksilön ja yhteisön olemassa olevaa terveyttä voimavarana. Terveyden edistämisen menetelmän valintaa merkittävämpi on valittu toimintaote: kokeellinen, kehityksellinen, kriittinen tai konstruktivistinen.

Kokeellisuuden tarkoituksena on "oikean totuuden" tai toimivan käytännön löytäminen. Kehityksellisyydessä kiinnostuksen kohteina ovat myös prosessit, osallisten

ilmiölle antamat merkitykset ja paikallinen toimintaympäristö. Kriittisyyden tavoitteena on yksilöiden ja yhteisöjen omavoimaistaminen. Konstruktivisuus tarkoittaa siirtymistä ulkokohtaisesta ja objektiivisesta vaikutusmittauksesta kohti osallistavampaa, vuorovaikutuksellisempaa ja moniarvoisempaa prosessointia.

Sosiaalinen konstruktionismi painottaa tietämisen sosiaalista aspektia sekä kulttuuristen, historiallisten, poliittisten ja taloudellisten olosuhteiden vaikutusta (Payne 1999). Ihmisen maailmasta tekemät oletukset ovat häilyviä. Muiden ihmisten käsitykset vaikuttavat tulkintoihin ja saavat aikaan muutoksia niissä. Voi ajatella että terveyden edistäminen on sosiaalisesti konstruoitunutta, ihmiset vaikuttavat luotuun todellisuuteen sitä muuttaen. Esimerkiksi mediassa käyty keskustelu muokkaa kansalaisten käsityksiä terveyden edistämisestä. Tämä puolestaan vaikuttaa median tulkintoihin. Ihmiset muokkaavat yleistä mielipidettä ja yleinen mielipide muokkaa ihmisten mielipiteitä.

Sosiaalinen konstruktio on syklinen prosessi, joka on uusiutuva ja refleksiivinen. Interaktiot eri osapuolten ja tapahtumien välillä vaikuttavat toisiinsa pannen alulle uudelleen määrittämiä, jotka puolestaan vaikuttavat eri osapuoliin. Terveyden edistämisen menetelmien kuvaamisen pohjana voisi olla sosiaalisen konstruktion malli terveyden edistämisestä, jossa sitä kuvataan kehänä. Terveyden edistämisen makrotason kehällä on useita mikrotason kehä, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Makrotason sosiaaliset konstruktioit liittyvät terveyden edistämisessä esimerkiksi jaettuihin käsityksiin yhteiskunnan rakenteesta ja organisoitumisesta kuten terveydenhuollosta ja ammatillisista terveyden edistäjistä. Mikrotason kehät muodostuvat asiakas – terveyden edistäjä – eri areenat -kehästä. Eri organisaatiot esimerkiksi työpaikat – ammattilaiset -kehästä ja poliittis – sosiaalis – ideologisesta -kehästä. Kaikki kehät ovat yhteydessä toisiinsa keskittyen erilaisiin terveyden edistämisen alueisiin.

Makrotason konstruktiokehä kuvaa, kuinka terveyden edistämisen kontekstit ja poliittiset konstruktioit vaikuttavat siihen, miten terveyden edistämisen prosessissa mukana olevat ja terveyden edistäjät konstruoivat omaa toimintaansa sitä muovaten. Tämä vaikuttaa myös siihen, miten terveyden edistämisen palveluja välittävä taho ja ammattilaiset konstruoivat itsensä, mikä puolestaan vaikuttaa jälleen kontekstiin. Kehän voidaan ajatella toimivan toiseen suuntaan ja mistä tahansa aloituskohdasta tai se voi toimia molempiin suuntiin samanaikaisesti muodostaen jatkuvan keskinäisen vaikutuksen prosessin. Terveyden edistämisessä ei voida toimia moraalisen tyhjiön lähtökohdista, vaan on olemassa tietyt universaalit ja moraaliset periaatteet, joiden

puitteissa työskennellään terveyden edistämisen prosessiin osallistuvan kanssa. Vaikka arkielämän käytännöt ovat moninaisia, katsotaan yhteiskunnassa vallitsevan esimerkiksi terveystyöskentymisessä tietyt normit ja standardit, joiden mukaista käyttäytymistä terveyden edistäjät pyrkivät vahvistamaan.

Teorian avulla voidaan jäsentää terveyden edistämisen ilmiö kartoittamalla erilaiset suoraan ja epäsuorasti terveyteen ja terveyden edistämiseen vaikuttavat tekijät. Näiden keskinäiset suhteet kuvaavat useimmiten uskoa ja ymmärrystä vaikutusketjuista. Kiinnostuksen kohteena ovat lopputulokseen johtaneet vaiheet ja prosessit. Toimivia käytäntöjä ei ehkä ole tarpeenkaan hakea, tilanteilla on voimaa, silloin kun on kyse kehittävästä otteesta terveyden edistämisen moniulotteisessa maailmassa.

Realismi on yksi todellisuuden konstruoimistapa, joka on ollut mielekäs tieteellisessä kommunikaatiossa yhteiskunnallisen merkityskellistämisen tapana – objektivoivana tietona. Ongelmana on valita erilaisten merkityskellistämistapojen joukosta ne, jotka tuottavat (arjessa, elinoloissa, politiikassa, professionaaliossa ja tieteellisessä elämässä) ratkaisuja, jotka parantavat ihmisten elinoloja.

Sosiaalisesti konstruktionismiksi kutsutun ajattelutavan ydin on että todellisuus, kieli -käsitteet ovat yhteiskunnallisesti tuotettuja. Kieli tuottaa todellisuutta eikä vain kuvaa sitä. Terveyden edistämiseen ajattelutapa merkitsee sitä, että terveyden ja sairauden ilmiöt eivät ole luonnollisia lääketieteellisiä tai autenttisia, vaan ne ovat rakentuneet yhteiskunnallisissa käytännöissä ja suhteissa, joita kieli, tieto ja valta muokkaavat.

Alun pitäen tilastotieteellisessä merkityksessä käytetty riskin käsite on irtaantunut alkuperäisestä tilastotieteellisestä yhteydestään ja muuttunut ihmisten käsityksissä terveystyöskentymisten ja seulontojen myötä eräänlaisiksi olioiksi tai tautien esiasteeksi. Asiantuntijapuhe muovaa arkiajattelun piirteitä ja lääketieteellistää niitä, mutta samalla myös alkuperäiset lääketieteelliset merkitykset muovautuvat toisenlaisiksi (Sachs 1998).

Siinä missä esimoderneissa yhteisöissä uhka tai suorastaan vaara oli arkipäivää, puhutaan myöhämodernissa riskeistä. Yhteiskunta on monella mittarilla tarkasteltuna turvallisempi kuin koskaan, mutta riskit ovat arkipäiväistyneet. Esimerkiksi esimoderneissa yhteisöissä lapsien kuolemat olivat kohtuullisen tavallisia, teollistumisen alkuaikoina työtaturmat arkipäiväisiä, köyhyys ja nälkä Suomessa tavanomaisia vit-sauksia suurimmalle osalle väestöä. Tämän kaltaisesta absoluuttisesta köyhyydestä ollaan pääosin päästy eroon mutta tilalle ovat astuneet riskit. Sosiaalivakuutus turvaa

ihmisen elämää pahimpien uhkien varalta (esim. työttömyys, työkyvyttömyys, sairaudet jne.) Riskien määrittelijöinä toimivat usein asiantuntijat. Modernin yhteiskunnan tuottamia uusia riskejä maallikon saattaa olla myös vaikea itse havaita. Saasteet eivät aina haise tai maistu, UV-säteily ei näy tai huono rasva ei maistu pahalle. Ihmiset ovat yhä suuremmissa määrin riippuvaisia asiantuntijoista, samaan aikaan asiantuntijoiden asiantuntijuus keskittyy yhä pienemmille osa-alueille. Asiantuntija-näkemyksellä voidaan perustella usein aivan vastakkaisia näkökulmia, kuten esimerkiksi tehtiin ennen päätöstä lisäydinvoimanrakentamista vuonna 2002. Asiantuntijoita oli puhumassa niin ydinvoiman vastustajien kuin kannattajienkin puolella. Miten tehdä päätös siitä, kenellä on alan paras asiantuntemus?

Asiantuntijateorioihin suhtaudutaan pääsääntöisesti myönteisesti, mutta mikäli asiantuntijat epäonnistuvat itselle läheisen ongelman ratkaisussa tai omakohtaiset kokemukset ovat ristiriidassa asiantuntijoiden teorioiden kanssa, joutuu asiantuntijanäkemyksensä kyseenalaiseksi. Maallikkotieto tai paikallinen tietoa asetetaan usein asiantuntijatiedon haastajaksi. (Raivola 1995; Peuhkuri 2004.)

Riskikommunikaatiolla tarkoitetaan riskejä koskevan tiedon jakamista riskeille altistuneille ihmisille. Usein riskikommunikaatio ymmärretään asiantuntijatiedon välittämisenä maallikolle. Tosiasiassa riskikommunikaatioon osallistuu useampia tahoja. Se on prosessi, jossa riskien sosiaalis-konstrukttiivinen luonne korostuu. Katkoksia kommunikaatioon tulee väistämättä, mikäli viestintä ymmärretään yksisuuntaisena toimintana. Ikään kuin viestin vastaanottaja ei lainkaan tekisi tulkintaa saamastaan viestistä. Käytännössä ihmiset pyrkivät jonkinlaiseen tiedon synteysiin. Uusi tieto yritetään sovittaa yhteen vanhaan, jo aikaisemmin omaksuttuun tietoon. Uutta tietoa tulkitaan vanhoista tiedon kerrostumista käsin. (Vornanen 2000)

6.2. Terveyden edistämisen menetelmät

Terveyden edistäminen ei ole perustiede eikä selvärajaisesti hahmottunut yhteiskunnallisen käytännön alue. Siinä hyödynnetään erityistieteellisiä tiedonhankintakeinoja. Terveyden edistämisenä on ideologis-poliittinen pohja, jonka mukaisesti siinä käytetty tutkimus tehdään tiettyyn tarkoitukseen, ei pelkän tiedon intressin vuoksi. Terveyden edistäminen on tavoitteellista muuttamista, johon sisältyy interventioita (Nupponen 2005).

Menetelmän tulee olla käyttäjästä riippumaton ja toistettavissa. Millä perusteella valitaan tarkoituksenmukaiset menetelmät, kun toiminnan sisältönä on terveyden edistäminen? Mitkä ovat politiikan menetelmät (yhteiskunnallisten käytäntöjen ja rakenteiden muuttaminen) terveyden edistämässä käytettynä?

Menetelmät ovat syntyneet inhimillisen käytännön tarpeista. Menetelmä vastaa ilmiöaluetta ja kohdetta, johon sitä käytetään. Päteviä tuloksia ei saada, vaikka menetelmiä käytettäisiin täsmällisesti ja virheettömästi. Pelkän virheettömän logiikan avulla ei saada lasta oppimaan hampaiden pesua. Empiirisiin ilmiöihin luoduilla menettelyta-paohjeilla saattaa olla kapea sovellettavuusalue.

Mitkä ovat terveyden edistämisen menetelmät, kun lähestymistapana on se, että maailma on sosiaalisesti konstruoitu ja jossa korostuu toimivan subjektin mahdollisuus luoda itse todellisuutta.

Asiantuntijasuuntautuneisuus tarkoittaa perinteisten menetelmien mallia silloin, kun ensisijaisena tavoitteena on muutoksen aikaansaaminen tietoa välittämällä joukoille suunnattuina kampanjoina, ryhmiin suunnattuna opetuksena ja yksilöihin suunnattuna neuvontana ja ohjauksena. Asiakaslähtöiseen ja dialogiin pohjautuvat menetelmät tarkoittavat muutoksen aikaansaamiseksi yksilöiden ja yhteisöjen sisäisiä prosesseja ja näiden prosessien mahdollistamista. Terveyden edistäjä on yksilö tai yhteisö itsessään ja kulloinenkin ympäristö ei ulkopuolinen ja erillinen terveyden edistämisen tehtävää suorittava henkilö. Terveyttä tuottavien prosessien liikkeellepanijana voi olla kuka tahansa yksilö tai mikä tahansa yhteisö, jonka kanssa on mahdollisuus vuoropuheluun. Terveyden edistäminen ei ole yksinomaan erillisten ulkoisten tehtävien oppimista kuten hampaiden harjausta, vaan sen yksilöllistä ja yhteisöllistä oivaltamista miksi näin tehdään, mikä on synnyttänyt tarpeen ja mihin toiminta johtaa.

Terveyden edistämässä hyödynnettävissä olevia työmenetelmiä ja osallisuuden tasoja tarkasteltujen tutkimusten mukaan ovat mm.:

- Osallistumisen mahdollistaminen: kuunteleminen, kysymyksiin vastaaminen, keskustelu.
- Kannustaminen: arviointi, positiivisen palautteen antaminen.
- Tiedon lisääminen: kysymysten esittäminen, kokemusten jakaminen, tiedon jakaminen, kertaus.
- Ohjaaminen: neuvonta ja ohjaus, interventio.
- Yhteistyö: yhteisten linjojen sopiminen, yhdessä tekeminen.

- Mukanaolo: asiakas katsoo, että hänen näkemyksellään tilanteissa on merkitystä ja kokee subjektiivista asiantuntijuutta.
- Osatoimijuus: asiakas on tilanteessa aktivoitunut, kommentoi käsiteltäviä asioita ja osoittaa kiinnostuksensa.
- Sitoutuminen: asiakas on ennakolta valmistautunut tilanteeseen. Hän on aktiivinen ja pyrkii olemaan tilanteissa tasa-arvoisena toimijana. Asiakas tuo esille asioita, joita haluaa käsiteltävän.
- Vastuunotto: asiakas on rohkeasti oman ja lähiyhteisönsä (esimerkiksi perheensä) terveyden asiantuntija.
- Kohtaaminen: asiakas haluaa esittää omia näkemyksiään ja toiveitaan terveyden edistämisestä ja haluaa kuulla asiantuntijan mielipiteen asiaan.
- Osallisuuden edistäminen: kysymysten esittäminen, asiakkaan toiminnan hyväksyminen ja positiivinen palaute sekä kysymyksiin vastaaminen, vaihtoehtoisten tapojen esittäminen ja myönteinen ilmapiiri.

7. Tutkimusten tarjoamia haasteita terveyden edistämiselle

7.1. Terveyden edistämisen interventiot

Interventiolla vahvistetaan olemassa olevaa terveyttä, mahdollistetaan parempi terveys ja muutetaan yksilön ja yhteisön käyttäytymistä terveyttä tuottavaksi. Terveyden edistämisen intervention tulee rakentua tiedolle, voimavarojen käytölle ja elinolojen vuorovaikutukseen.

Terveyteen vaikuttavat fysiologiset tekijät ja riskit sekä riskikäyttäytyminen tunnetaan melko hyvin. Sen sijaan alueella, jossa vaikutetaan käyttäytymisen muutokseen, terveyden vahvistamiseen ja mahdollisuuksien luomiseen, ollaan uskomusten vallassa, jossa kausaaliketjut ovat monisäikeiset ja jossa ei ole riittävästi selkeytetty väliin tulevi-

en tekijöiden osuutta yksilön ja yhteisön terveystalintojen tekemisessä.

Monimuotoisissa interventioissa joissa kohteena on vaikuttaminen kompleksiseen sosiaaliseen tilanteeseen, ei satunnaistettu koeasetelma ole riittävä. Lisäksi on tutkittavia asioita, joissa ei voi kokeellisen asetelman avulla kerätä tietoa. Esimerkiksi tieto tupakan terveystalintoista on melko yleinen, mutta siitä huolimatta valittava terveyden edistämisen interventio on tupakan terveystalintoista tiedottaminen. Tuloksia saadaan samalla tavoin kuin aina ennenkin on saatu, osa lopettaa tupakoinnin, osa epäonnistuu tai tulokset ovat lyhytaikaisia ja vain tiettyjä väestöryhmiä koskevia. Käyttämättä jää voimavararakentelu ja elinolojen vuorovaikutusrakentelu.

Pysyviä tuloksia on mahdollista saada vain, jos voidaan vaikuttaa yksilöiden ja yhteisöjen omaan osallistumiseen ja sitoutumiseen sekä koherenssin tunteen vahvistamiseen. Samalla tulee vaikuttaa elinolojen vuorovaikutukseen ja siinä oleviin tekijöihin. Terveyden edistämässä on toimittava yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla samanaikaisesti tiedonrakentelun, voimavararakentelun ja elinolojen vuorovaikutusrakentelun avulla.

Terveyden edistäminen keinona terveyden aikaansaamiseksi edellyttää sekä realistista että relativistista tietoa ja toimintaa. Terveyden edistämisen rajallisuus on syytä tunnistaa, mutta myös nähdä sen mahdollisuudet monimuotoisena ja moniulotteisena interventiona. Rajallisuus tarkoittaa sitä, että terveyden edistämisen interventiot ovat suhteessa johonkin. Terveyden edistämisen interventio edellyttää lähestymistavan valintaa ja sen tietoista hallintaa. Kvantitatiivinen lähestymistapa perustuu realistiseen (mitattavissa oleva todellisuus) ja kvalitatiivinen lähestymistapa relativistiseen (ei objektiivisesti mitattavissa olevaa todellisuutta) hahmottamiseen todellisuudesta. Kvalitatiivinen todellisuus ei ole yksittäinen havaintokohde, jota voidaan mitata objektiivisesti. Yksilöt ja ryhmät konstruoivat oman todellisuutensa. Kvantitatiivisten menetelmien avulla uskotaan kausaalisuuden havaitsemisen tarkentumiseen. Kausaalisuus voidaan kuitenkin nähdä ainoastaan välillisesti. Tällöin merkittäviä ovat ymmärrystä lisäävät loogiset ketjut ja lukuisten merkityksellisten väliin tulevien tekijöiden tunnistaminen. Terveyden edistämisen lopputuloksen ei välttämättä tarvitse olla yksilön ja yhteisön parantunut terveys, vaan terveystalintoyhtymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ja niissä muutoksen aikaan saaminen.

7.2. Tutkimuksien sisältöjä

Taulukkoihin 3., 4. ja 5. on koottu tutkimusten ydintulokset esimerkinomaisesti ja kuvattu niiden merkitys terveyden edistämisen tavoitteiden ja toiminnan näkökulmasta. Tulokset kuvaavat tutkimuksia, jotka on jaoteltu koskemaan tiedonrakentelua, voimavararakentelua ja elinolojen vuorovaikutusrakentelua. Tutkimuksia koskeva yleinen havainto tieteenalasta riippumatta on, että tutkimuksissa tarkastelun kohteena ovat olleet:

- 1) Terveyden edistämisen hallinta sen määrittelyn ja konkretisoinnin avulla.
- 2) Merkitykselliset tekijät ihmisten elämässä ja hyvinvoinnissa.
- 3) Terveyden edistämisessä huomioon otettavat tekijät.

Kysymykseen, mitkä ovat terveyden edistämisen mahdollisuudet, on tarkasteltujen tutkimusten pohjalta vaikea vastata. Näyttää siltä, että mahdollisuudet ovat rajattomat. Tämä tosin on sidoksissa terveyden ja terveyden edistämisen ymmärrykseen ja määrittelyyn sekä uskomukseen niistä ketjuista, joita pitkin voidaan tuottaa terveyttä.

Taulukko 3. Tiedonrakentelua kuvastavia tutkimustuloksia ja niiden haasteet terveyden edistämiseksi.

Esimerkkejä ydintuloksista	Haasteet terveyden edistämiseksi
Nuorten yksilöllisen psykososiaalisen kehityksen huomioon ottaminen ja seksuaalisuuteen liittyvien arjen asioiden hallinta ovat olennaisia seksuaalikasvatuksen kehittämisessä.	– psykososiaalisen kehityksen huomioon ottaminen – arjen asioiden hallinta tavoitteena
Tulokset osoittivat eroja tasapainohallintakyvyssä eri ikäryhmissä, jotka tulisi ottaa huomioon valittaessa eri-ikäisille sopivia tasapainotestejä. Laitoksessa asuvien ikääntyneiden henkilöiden tasapainoa voidaan parantaa harjoittelulla ja kaatumisten ehkäisy on mahdollista.	– hallintakyvyssä eroja eri ikäryhmissä – tasapainoa voidaan parantaa harjoittelulla
Tietolähdekäyttäytyminen oli yhteydessä haastateltujen tiedon tasoon ja jossain määrin myös terveyteen ja ravitsemuskäyttäytymiseen. Tiedon puute ei kuitenkaan ole tärkein ”syy” esimerkiksi haastateltavien tupakointiin tai alkoholi-käyttöön. Syynä saattaa tutkimuksen mukaan olla tapa ja nautinto.	– tiedolla ei ole suoranaista yhteyttä terveyskäyttäytymiseen – tietolähdekäyttäytyminen oli yhteydessä tiedon tasoon
Tulosten mukaan nuorten aikuisten käyttämät ajattelu- ja toimintastrategiat vaikuttivat heidän sopeutumiseensa uuteen opiskelu-ympäristöön ja strategiat myös muuttuivat ympäristöltä saadun palautteen seurauksena. Sosiaaliset strategiat olivat yhteydessä siihen, millaisia havaintoja opiskelijat tekivät tovereistaan ja strategioiden vaikutus toverisuhteisiin välittyi tätä kautta.	– orientaatiomallin merkitys havaintojen ja käyttäytymisen taustalla – vuorovaikutus ajattelutapojen muutosten pohjana
Tutkimuksessa painotettiin jaetun asiantuntijuuden merkitystä eli terveyden edistämisen asiantuntijoiden ja/tai asiakkaiden välistä uudenlaista yhteistyötä ja laadullisesti erilaisen tiedon ja osaamisen jakamista yhteisten päämäärien saavuttamiseksi.	– päämiehen ja agentin keskinäinen yhteistyö tiedon ja osaamisen jakamisessa
Opettaja pystyi vaikuttamaan oppilaiden motivaatiotekijöihin korostamalla liikuntatuntien tehtäväsuuntautuneisuutta, sillä oppilaiden itsemääräämismotivaatio koulun liikuntatunnilla nousi.	– tehtäväsuuntautuneisuus ja autonomia ovat tärkeitä tekijöitä oppilaiden motivaation kannalta
Terveyden edistäminen on yhdessä oppimista, jonka perustana on hyvä vuorovaikutussuhde. Hyvän vuorovaikutussuhteen elementtejä ovat ihmisen kuunteleminen, häneen tutustuminen, hänen erilaisuutensa hyväksyminen ja lisäksi ihmisen oman vastuun tiedostaminen.	– yhdessä oppimisen perustana hyvä vuorovaikutussuhde
Tutkimuksen mukaan oppilaat ovat ilmaisseet olevansa kiinnostuneita terveysopetuksesta, kun se liittyy heidän kiinnostuksen kohteisiin ja kokemusmaailmaan.	– taustalla kiinnostuksen kohteet ja kokemusmaailma
Yhteistyön ja siten terveyden edistämisen yhteisen ymmärryksen lisääminen/mahdollistaminen edellyttää terveyden edistämisen määrittelyä ja konkretisointia, joka helpottaa toiminnan suunnittelua, toteutusta ja arviointia ja asiakastilanteessa asiakkaan osallisuuden vahvistamista.	– yhteisen ymmärryksen pohjana terveyden edistämisen konkretisointi osallistumisen vahvistamiseksi
Instituutioiden ja auttamistyön järjestelmien käytännöllillä ja sopimuksilla on aina seurauksia ihmisille. Osa näistä seurauksista leimaa erilaisuuden ja työntää asianosaiset marginaaliin. Instituutioiden työkäytännöt ja niiden ylläpitämät keskustelut ja määritelmät ovat omalta osaltaan tarjoamassa aineksia leimatun identiteetin rakentumiselle.	– auttamistyön roolin mukaista käyttäytymistä vahvistava vaikutus

Tiedonrakentelussa esille nousi tekijöitä, joihin on mahdollisuus vaikuttaa terveyden edistämisen keinoin. Nämä tekijät eivät ole ennen tuntemattomia, mutta tutkimuksissa niiden merkitys on osoitettu tieteellisesti. Yksittäisestä tutkimuksen tuottamasta sirpaletiedosta voidaan muodostaa kokonaisuus, jossa terveyden edistämisen tiedonrakentelu saa tavoitteekseen arjen hallinnan. Tiedolla ei nähdä olevan yhteyttä terveystyöskäytymiseen. Ehtona terveyden edistämisen interventiolle on kehitysvaiheen ja ikäryhmätason tarkastelu sekä kiinnostus että tavat käyttää tietolähteitä. Keinoina ovat osallistuminen, yhteistyö ja vuorovaikutus sekä asian konkretisoiminen niin, että osallistuminen oman ja muiden terveyden aikaansaamiseksi vahvistuu. Intervention (oppimisen ja harjoittelun) tuloksena asetetut tavoitteet toteutuvat. Pelkällä tiedolla ei kuitenkaan ole yhteyttä terveystyöskäytymiseen.

Terveyden edistämisen intervention riittävä tulos on tiedonrakentelu, jossa tietoa on käytetty uudella tavalla tai niin, että sillä on vaikutusta: ei mekaanisesti, vaan osallistujien senhetkiseen tarpeeseen ja mahdollisuuksiin suhteutettuna.

Taulukko 4. Voimavararakentelua kuvaavia tutkimustuloksia ja niiden haasteet terveyden edistämiseksi.

Esimerkkejä ydintuloksista	Haasteet terveyden edistämiseksi
Koherenssia voidaan tukea kiinnittämällä huomiota organisaatioilmaston hyvään laatuun ja työn epävarmuuden vähentämiseen. Työpaikoilla tulisi huomioida työntekijöiden yksilölliset toiveet, tavoitteet ja kyvyt toimenkuvia ja työtehtäviä suunniteltaessa.	– yksilön koherenssin tukeminen eri tekijöihin (toiveet, tavoitteet ja kyvyt) vaikuttamalla
Hyvän koherenssin tunteen esitetään johtavan terveyden kannalta edullisiin valintoihin, jotka vastaavasti synnyttävät koherenssin tunnetta.	– koherenssi yhteydessä valintoihin itseänsä vahvistavana kehänä
Positiivista mielenterveyttä lisäsivät hyvä sosioekonominen tilanne ja toisen kanssa asuminen ja sitä heikensivät taloudellinen kriisi ja ongelmat läheisten kanssa sekä työttömyys.	– mielenterveys yhteydessä voimavaroihin ja elinoloihin
Tutkimustulosten mukaan yksityiselämän kriisien ja persoonallisuustekijöiden yhteys työuupumukseen oli vähäinen kuormittaviin tekijöihin verrattuna. Työn imu tarkoittaa työssä koettua tarmokkuutta, omistautumista ja uppoutumista. Työn imu oli opetusalan työntekijöillä myönteisessä yhteydessä terveyteen ja työkykyyn sekä käänteisessä yhteydessä eläke- ja eroajatuksiin.	– työn imun (vrt. flow, koherenssin tunne) yhteys terveyteen
Onnistuva muutosidea on selkeä, toteuttamiskelpoinen ja radikaali. Ideaa kuljettava kehittämissanke on aidosti tarpeellinen ja hyödyllinen koululle. Onnistuvan hankkeen toteuttamistavan piirteitä ovat ahkera ja hyvä työ sekä yhteistyö. Toteuttamistavassa on sekä strategisia että kommunikatiivisia piirteitä. Onnistuvassa hankkeessa hanke-koulun toiminnot on suunniteltu hyvin, sen rehtori on vahva pedagoginen johtaja, eivätkä opettajat ole uupuneita.	– hyvä suunnittelu, johtajuus, yhteistyö
Koherenssi tunne ja koettu terveys ovat voimakkaasti sidoksissa sukupuoleen, ikään, koulutukseen tai kotitalouden käytettävissä oleviin tuloihin. Tiedonhallinta on voimakas tekijä koherenssintunteessa, jotta voi ymmärtää, käsitellä ja löytää maailma mielekkäänä. Vastaajat, jotka omasivat voimakkaan koherenssintunteen vaikuttivat omaavan paremman kyvyn käsitellä tarjottua tietoa. Koherenssintunteen ja tiedonhallinnan läheinen yhteys on väitöskirjan mielenkiintoisin tulos.	– voimakas koherenssintunne on yhteydessä kykyyn käsitellä tarjottua tietoa
Vuorovaikutteinen osallistumisprosessi oli alkuvaiheessa työläs ja ulkopuolisen mukanaoloa vaativa, mutta myöhemmin se tuotti pidemmän aikavälin muutoksia opettajien omaan työhönsä ja sen kehittämiseen suhtautumisessa.	– vuorovaikutteisen osallistumisen merkitys työn kehittämiseksi
Useimmat suosituimmista liikuntapaikoista eivät olleet alun perin suunniteltu liikunnalle. Erilaiset viheralueet ja jalankulkusekä pyörätiet ovat erittäin suosittuja säännöllisen liikunnan paikkoja.	– ihmiset itse tarvittaessa luovat mahdollisuuksia terveyskäytännöille
Työn mielekkyyden kokemisella ja asioihin vaikuttamisen mahdollisuuden kokemisella on vaikutus työilmapiiriin. Työn tehokkuuden kannalta hyvä työilmapiiri ei sen sijaan ollut välttämättä paras mahdollinen: esimerkiksi ihmisläheinen johtaja koettiin tutkimuksen mukaan työilmapiiriä parantavana, mutta työn tuloksellisuuden kannalta asiakeskeinen ja ilmapiiriin kielteisesti vaikuttava johtaja oli parempi.	– vaikuttamisen mahdollisuuden kokeminen yhteydessä työilmapiiriin – työilmapiirin ja työn tuloksellisuuden korreloimattomuus – painotetaanko tuloksellisuutta vai työilmapiiriä?
Kokeiluista valmennusmalleista lyhyempi oli yhtä tehokas kuin pitkä. Eniten ongelmia oma-aloitteisessa astmahoidossa oli perheillä, joilla oli joko riittämättömät tiedot tai vaillinaiset hoitovaihtoehdot astman suhteen, heikko taloudellinen tilanne tai puutteelliset elinolosuhteet tai joissa oli pieniä astmaa sairastavia lapsia.	– oma-aloitteisen hoidon yhteys tietoihin, osaamiseen ja elinoloihin

taulukko jatkuu →

Esimerkkejä ydintuloksista	Haasteet terveyden edistämislle
<p>Tutkimuksessa luotiin konkreettinen työmenetelmä perheenjäsenen ohjaukseen. Perheenjäsenen vahvuuksien käyttöönoton aktivointi ja tukeminen korostuivat ongelmien korjaamisen sijasta videoavusteisessa perheohjauksessa. Tämän katsotaan parantavan henkilökohtaisten vahvuuksien löytämistä ja niiden käytössä harjaantumista. Perheenjäseniä ohjataan havaitsemaan henkilökohtaiset vahvuutensa sosiaalisissa prosesseissa.</p>	<p>– omien vahvuuksien havaitseminen ja niihin harjaantuminen yksilötasolla</p>
<p>Tutkijan ja hoitajien yhteistyönä kehitettiin perheneuvottelu-interventio hoitotyöhön. Tutkimuksessa luotu substansiivinen teoria vahvistaa perhehoitotieteellistä tietoperustaa tekemällä perheiden terveyden edistämisen entistä näkyvämmäksi osaksi hoitajan työtä. Tulosten mukaan sairaanhoitajat toimivat kolmella eri tavalla hoitaessaan perheitä: systemaattisesti, selektiivisesti ja tilannesidonnaisesti.</p>	<p>– perheneuvotteluinterventio osana hoitajien ammatillista työtä</p>
<p>Aitous, spontaanisuus ja rohkeus kytkeytyvät ikään siten, että suorittamisen tarve vähenee. Ikä muuttaa suhdetta omaan itseän. Tietoisuus minän hyvistä ja huonoista puolista kasvaa, kasvojen menetys ei pelota ja avoimuus lisääntyy.</p>	<p>– ikästereotyyppiasta luopuminen</p>
<p>Marginaali voidaan määritellä tilanteeksi, jossa nuoret elävät yhteiskuntaan ankuroitumisen ja täydellisen syrjäytyneisyyden välillä. Välitilana marginaali ei ole yksinomaan innovatiivinen tila, muttei myöskään pelkkää syrjäytymistä. Ongelmana voidaan nähdä se, että jos nuoret eivät ole osallisia yhteiskunnan keskeisempänä pidetyillä foorumeilla, palkkatyössä, heidän oletetaan olevan syrjässä myös muusta elämästään.</p>	<p>– välitilan hyödyntäminen nuorten terveyden edistämässä</p>
<p>Moninaisuudelle myönteinen ilmapiiri on miljö, jossa valitsee oikeudenmukaisuus ja on mahdollista neuvotella sekä tavoitteiden että niiden toteuttamiskeinojen välitsemiseksi. Tutkija esittää mallin siitä, miten tällainen ympäristö luodaan. Mallin ytimet ovat ihmisarvo ja maailmankansalaisuus.</p>	<p>– moninaisuudelle myönteisen ilmapiirin luominen</p>
<p>Retoriikalla on merkitystä asiakkaan osallisuuden kannalta, jolloin ei ole yhdentekevää miten asiakkaasta puhutaan, mikälainen positio hänelle annetaan tai minkä positio hän ottaa vuorovaikutuksessa. Dialogisuudesta on ollut hyötyä esimerkiksi moniammatillisessa vuorovaikutuksessa.</p>	<p>– asiakkaan vuorovaikutuksessa ottaman position hyödyntäminen</p>

Voimavararakentelussa nousi esiin tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa terveyden edistämiseksi. Voimavararakentelun ajatusketju etenee suunnittelun, johtajuuden ja yhteistyön sekä elinolojen kautta voimavaroja synnyttäen ja niiden saattamiseen aktiiviseen käyttöön. Voimavaratekijöitä ovat mm. työn imu, flow, koherenssintunne oma-johtajuus sekä arjen hallinta. Nämä synnyttävät kykyä käsitellä tarjolla olevaa tietoa, vuorovaikutuksellisuuden ja osallistumisen moninaisuutta hyödyntävän ilmapiirin rakentamista, oman terveyskäyttämisen roolin konstruointia, itse luotuja mahdollisuuksia, kohtaamisia eri ikäryhmissä tai esimerkiksi välitilassa olevia nuoria. Näillä tekijöillä on yhteyksiä yksilöllisiin ja yhteisöllisiin valintoihin ja terveyskäyttäytymiseen. Tuloksina ovat sekä terveys että positiivinen mielenterveys. Voimavararakentelu synnyttää kehän, jossa vaikuttavat tekijät ovat myös tuloksia.

Voimavararakentelu pohjaa ymmärrykseen voimavaroista yksilöllisinä ominaisuuksina, joita voidaan tukea ja vahvistaa. Näiden ominaisuuksien vahvistamisessa on kuitenkin olennaisena tekijänä vuorovaikutus ympäristön kanssa. Terveystiedon intervention tulos on siinä, että kyetään aikaansaamaan ja synnyttämään sekä käyttöön ottamaan yksilölliset ja yhteisölliset voimavarat.

Taulukko 5. Elinolojen vuorovaikutusrakentelua kuvaavia tutkimustuloksia ja niiden haasteet terveyden edistämiseksi.

Esimerkkejä ydintuloksista	Haasteet terveyden edistämiseksi
Keskeisimmiksi työyhteisön kehittämiseen ja työkyvyn ylläpitämiseen vaikuttaviksi tekijöiksi nousivat työnteekijän vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja työpaikan asioihin sekä vastuun saaminen ja uuden oppiminen. Yhteisöllinen työyhteisön kehittäminen vaikutti myönteisesti myös työnteekijöiden henkilökohtaiseen työkykyyn. Kehittämistyön koettiin yleisesti ottaen lisänneen työssä jaksamista, työn mielekkyyttä ja työviihtyvyyttä sekä parantaneen työmotivaatiota työstressiä vähentäen.	<ul style="list-style-type: none"> – vaikutusmahdollisuudet omaan työhön, vastuun saaminen ja uuden oppiminen – yhteisöllinen työyhteisön kehittäminen
Opettajien hyvinvoinnilla on vaikutusta myös oppilaiden hyvinvointiin ja oppimistuloksiin. Kouluissa tapahtuva työkykyä ylläpitävä toiminta oli liiaksi keskittynyt yksittäisen työnteekijän fyysiseen toimintaan. Koulun henkilöstön voimavaratekijänä on erityisesti koulun yhteisöllinen toimintakulttuuri. Myönteistä kehittymistä oli osoitettavissa työhyvinvoinnin eri osa-alueilla, jotka koostuivat yksilön terveydestä ja voimavaroista, työyhteisön toimivuudesta, ammatillisesta osaamisesta ja työolojen kunnosta.	<ul style="list-style-type: none"> – voimavaratekijänä koulun yhteisöllinen toimintakulttuuri
Työyhteisöorientoitunut työkyvyn ylläpitäminen johtaa luovuuteen ja näiden kahden tiedonlajin (hiljainen tieto ja täsmätieto) vuorovaikutukseen, kun taas yksilösuuntautunut työkyvyn ylläpitäminen näyttäisi vahvistavan täsmätietoa.	<ul style="list-style-type: none"> – työyhteisöorientoitunut työkyvyn ylläpitäminen yhteydessä luovuuteen sekä hiljaisen ja täsmätiedon vuorovaikutukseen
Tutkimuksessa tuli esille neljä menestystekijää, joiden avulla sisäilmasto-ongelmien ratkaisussa päästiin onnistuneeseen lopputulokseen: 1) laaja moniammatillinen yhteistyö ja osallistava toimintatapa, 2) suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen toiminta, 3) tiedotukseen ja tiedonkulun varmistamiseen panostaminen sekä 4) prosessimainen eteneminen ja oppiminen.	<ul style="list-style-type: none"> – sisäilmasto-ongelmien ratkaisu yhteisön toimintaa kehittämällä
Tutkimus tuotti uutta tietoa nuorten koetun hyvinvoinnin ja arvojen, koulun ja perheen välisistä vahvoista ja monimutkaisista yhteyksistä. Sosiaalinen konteksti on tärkeä osa hyvinvoinnin kokemusten muodostumista. Nuoren elämässä erityisesti perhe toimii kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin kontekstina.	<ul style="list-style-type: none"> – sosiaalisen kontekstin merkitys arvioitaessa nuorten hyvinvointia ja mm. terveyskäyttäytymistä – nuoren hyvinvoinnin monitahoisuuden ymmärtäminen
Terveyden edistämisen käytännön toiminta kouluissa on enimmäkseen rajoittunut yksittäisiin terveyskäyttäytymisen interventioihin.	<ul style="list-style-type: none"> – yksilösuuntautunut terveyskäyttäytymisen interventio ei ole riittävä
Kaikilla aikuisiässä hyvin selvinneillä oli ollut hyvä lapsi-vanhempisuhte molempiin vanhempiin. Tulokset tukivat aikaisempia tutkimuksia koulutuksen periytyvyydestä vanhemmilla lasten suhteen olleiden koulutustavoitteiden kautta.	<ul style="list-style-type: none"> – koulutuksen periytyvyys – hyvän lapsi – vanhempisuhteen merkitys
Samassa kunnassa voi olla yhtä aikaa erilaisia toimintaympäristöjä, kun vanhojen vielä tarpeellisten instituutioiden ohelle ja sisään syntyy uusia instituutioita ja verkostoja. Paikallinen kokemus on verkostojen se ulottuvuus, joka voi auttaa ymmärtämään niiden sisäisiä valtarakenteita ja toimintatapoja. Verkostojen olemuksen ymmärtäminen on edellytys myös tehokkaalle työskentelylle niiden kanssa.	<ul style="list-style-type: none"> – verkostojen ominaisuuksien ja niiden toiminnan ymmärtäminen ja hyödyntäminen terveyden edistämiseksi
Symbolinen kulutus vapaa-aikaa konstruoidessa pitää ymmärtää performatiivisena kulutuksena. Kulutuksella hallitaan ajatuksia, hyödykkeet eivät ainoastaan viesti omistajastaan, vaan myöskin tekevät jotain.	<ul style="list-style-type: none"> – kulutushyödykkeiden ja terveyden edistämisen keskinäinen yhteys

Elinolojen vuorovaikutusrakentelu tarkoittaa terveyden taustatekijöihin vaikuttamista, rakenteiden kehittämistä ja sitä kautta mahdollisuuksien luomista. Elinolojen vuorovaikutusrakentelussa esille nousseita tekijöitä joihin tulee vaikuttaa tarkasteltujen tutkimusten osalta, ovat yhteisöllisen työyhteisön samoin kuin koulun toimintakulttuurin kehittäminen, työyhteisöorientoituneen työkyvyn aikaansaaminen. Sosiaalisen kontekstin merkitys on mahdollista ymmärtää, vaikka kysymyksessä on ympäristöön liittyvien ongelmien ratkaisu. Sosiaalisten tekijöiden periytyvyys edellyttää hyvää vuorovaikutussuhdetta erityisesti lasten ja heidän vanhempiensa välillä. Kulttuuriset tekijät ja niihin vaikuttaminen tarkoittaa esimerkiksi vapaa-ajan ja kulutuksen hyödyntämistä palvelemaan terveyttä. Terveyden edistämisen intervention tuloksena voisi olla syrjäytymisen kierteen katkeaminen, terveyden ja elinoloihin liittyvän tasa-arvon lisääntyminen, hyvinvointia tuottavien tekijöiden periytyminen erilaisten toimintakulttuurien yhteisöllinen kehittyminen. Terveysteen vaikuttavat rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät eivät saisi olla taustamuuttujina, vaan niiden tulisi olla terveyden edistämisen vaikuttamisen kohteena.

8. Lopuksi

Tutkimusten tarkastelu ja niiden tulosten hyödyntäminen terveyden edistämisen ytimen löytämiseksi auttaa terveyden edistämisen ajattelun ja toiminnan kehittämisesä. Tutkimusten avulla ja erityisesti vuoropuhelussa niiden kanssa, lisätään syvempää ymmärrystä terveyden edistämisestä ja siihen liittyvästä tietotaidosta hyödyntämällä tutkimusten teoreettista kehittelyä terveyden edistämisen analysointiin, tulkintaan ja kehittämiseen. Tutkimuskatsaus antaa samalla kuvan siitä, mitkä ovat terveyden edistämisen ajankohtaiset aihealueet. Se tarjoaa myös kuvan teorioista ja malleista, joilla uskotaan olevan selitysvoimaa ja joita voidaan hyödyntää terveyden edistämisen kehittämisessä.

Tutkimusten tulokset kertovat myös siitä tilasta ja vaiheesta, jonka varaan terveyden edistämisen osaamista rakennetaan. Kaikki tutkimukset toivat esille yhteisen sanoman yhteiskunnan kompleksisuudesta ja vaikuttamisen ketjujen monimuotoisuudesta. Tutkimukset ja niiden tarkastelu antoivat mahdollisuuden informaalisti määrit-

tää, milloin ollaan terveyden edistämisen rajoilla ja milloin ytimessä. Tämä puolestaan määrittyy useiden eri tekijöiden kuten yhteiskuntapolitiikan, vallalla olevien diskurssien ja tutkimusten tarjoamien tulosten kautta.

Tutkimukset tarjosivat mahdollisuuden luokitteluun, joita nimitetään tiedonrakenteluksi, voimavararakenteluksi ja elinolojen vuorovaikutusrakenteluksi. Tiedonrakentelun juuret ovat tutkimuksissa edelleen perinteisessä valistuksessa, vaikkakin niissä on haluttu löytää uudenlaisia vaikuttavia tekijöitä. Voimavararakentelu on löytänyt luontevan alueen työhyvinvoinnin parantamisessa. Nämä molemmat lähestymistavat korostavat yksilön omaa osuutta ja merkitystä terveysvalinnoissa. Elinolojen vuorovaikutusrakentelussa ei kiinnitetty huomiota hallinnointiin (government) hallinnan (governance) sijaan, joka näyttää liittyvän myös terveyden edistämiseen (Dean 1999). Hallinto on samaistettu hierarkiaan ja hallinta verkostoon. Hallinnasta voidaan puhua globaalilla eurooppalaisella sekä paikallisella tasolla. (Julkunen 2006; Möttönen & Niemelä 2005). Terveyden edistämisen näkökulmasta hallinnassa ei ole kyse valtion muo- dollisesta vallasta, vaan valtioon liitetyn monimutkaisen kokonaisuuden kyvystä tehdä terveys- ja terveyden edistämisen politiikkaa ja toteuttaa yhteisiä tavoitteita. Kunnan tehtävänä ei ole yksinomaan palvelujen tuotanto, vaan sen väestön hyvinvoinnin edistäminen. Kunta on nimetty väestön hyvinvointivastuun kantajaksi. Onko kunnissa tätä ajattelua vahvistava tahtotila?

Kun halutaan muuttaa terveyden edistämisen toimintaotetta, se samalla merkitsee muutosta todellisuuden hahmottamisessa ja terveyden edistämisen käytännön työn toteuttamisessa sekä vastuun ja toimijoiden uudelleen määrittelyssä. Toimintaotteiden muutoksia ovat siirtyminen dikotomisesta ajattelusta ja toiminnasta prosessikeskeiseen toimintaan, patogeenisestä lähestymistavasta salutogeeniseen, yksilösuuntautuneisuudesta yhteisöllisyyteen sekä yhden syyn ja seurauksen yksioikoisesta ajattelutavasta konstruktivistiseen ajatteluun. Näiden lähestymistapojen tiedostaminen on pohja terveyden edistämisen ymmärtämiselle ja siihen kohdistuville tuloksille ja odotuksille. Tarkastelluissa tutkimuksissa on aineksia kaikista näistä lähestymistavoista joskin epäyhtenäisesti ja vain joitakin osia painottaen. Tutkimusten tulokset terveyden edistämisen perustana jäävät edelleen hajanaiseksi ja antavat pontta matkalle terveyden edistämisen rajoilta kohti ydintä.

Siirtyminen yksilösuuntautuneisuudesta yhteisöllisyyteen tarkoittaa sen tosiasian myöntämistä, että yksilö ei toimi irrallaan yhteisöstä, jossa elää ja toimii. Elämän rakentuu vuorovaikutuksesta fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa.

Vaikuttaminen yksilöön on merkityksetöntä, jos ei vaikuteta myös häntä ympäröivään yhteisöön.

Terveiden edistämisen ydintä voidaan tarkastella seuraavien ehtojen, kriteerien tai kulmakivien avulla:

Vuoropuhelu. Ulkokohtaisen tiedonjakamisen sijaan tarvitaan vuoropuhelua. Tietoa tulee prosessoida ja jalostaa yksilön ja yhteisön omista lähtökohdista. Tämä on työläs prosessi, jossa on sovittava missä ja mikä taho toteuttaa tämäntyyppistä terveyden edistämistä. Voidaanko vuoropuhelu luontevasti ottaa käyttöön esimerkiksi hoitotyön osana. Tutkimukset ja niiden tulokset sekä kaikki tehdyt kokeilut, joissa korostetaan prosessien merkitystä, edellyttävät uudelleen järjestelyjä terveyden edistämistä toteuttavissa yhteisöissä kuten esimerkiksi perusterveydenhuollossa.

Terveiden edellytykset. Terveiden edellytykset eivät ole toisistaan riippumattomia. Terveiden edellytykset ovat keskinäisessä vuoropuhelussa. Yhtä polkua seuraamalla ei päästä tuloksiin, joilla tarkoitetaan mahdollisuuksien luomista, muutoksen aikaansaamista, terveyden, voimavarojen ja terveyskäyttäytymisen vahvistamista. Tarvitaan samanaikaista toimintaa terveyden edellytyksistä vastaavilla eri sektoreilla esimerkiksi terveyden ja terveyden edistämisen näkymistä ja huomioon ottamista kaikissa politiikoissa.

Omaan elämään sitoutuminen. Ulkoapäin ohjautuvuuden, joka tarkoittaa esimerkiksi ulkopuolelta tulevien ärsykkeiden ja viestien kontrolloimatonta vastaanottoa, sijaan tarvitaan terveyden lukutaitoa, viestien prosessointia ja jalostamista. Ydinkäsitteinä ovat itseohjautuvuus, omajohtajuus, vastuu ja sitoutuminen ”oman elämänsä ja yhteisön elämäntapaan”.

Valinnat. Syntykö esimerkiksi lihavuus omien valintojen eikä yhteiskunnallisten prosessien ja rakenteiden tuloksena? Sosiaalipolitiikka on yhä enemmän terveyden ja elämäntapojen politiikkaa (politics of conduct) hallinnan käsittein. Yksilöiltä edellytetään uudenlaista tietoisuutta ja vastuuta omista valinnoista. Yksilöt ovat tahtomattaankin omavoimaistettuja ja tietoisempia itsestään valintoja tekevinä sosiaalisina toimijoina.

Vastuu. Omaan vastuuta koskevan diskurssin painopiste on muualla kuin ongelmia välttävissä käyttäytymisessä, seuraustietoisissa oman elämän valinnoissa ja elämäntapoliitikkassa. Ajatuksena on, että yksilöt voivat omilla valinnoillaan ja teoillaan tuottaa hyvän elämäntapoliitikan, välttää sairaudet ja kouluttautua sekä huolehtia hyvin lapsistaan ja näin vähentää taloudellista kuormaa. ”Elämästä ei voi kuitenkaan elimi-

noida sattumaa, tai onnetarta, joka jakelee geenejä sekä lapsuuden ympäristöjä, töitä ja työpaikan menetyksiä, terveyttä ja sairauksia” (Julkunen 2006).

Oman vastuun ja yksilöllisyyden korostamisessa jää ottamatta huomioon luokka- ja muut sosiaaliset rakenteet. Terveydellä ja siihen vaikuttavalla käyttäytymisellä on luokka- ja sukupuolirakenne. Jos terveyden edistämisen yhtenä tehtävänä on saada ihmiset uskomaan, että elämää ja terveyttä voi hallita, voi tuloksena olla pettymyksiä ja vääryyden kokemuksia, kun ”oikeaoppisista” elämäntavoista huolimatta sairaudet osuvat kohdalle.

Maailmanrauha ja mielenrauha. Yksilön ja yhteisön objektiivinen ja subjektiivisesti koettu turvattomuus on terveysuhka. Levollisuus lähiyhteisöissä (perheissä, kouluissa ja työyhteisöissä) voi mahdollistaa innovatiivisuuden ja terveyttä tuottavan ajattelu- ja toimintatavan.

Terveyden edistämisen monimuotoisuus. Ymmärrys terveyden edistämisestä ei lisääny yhteen osa-alueeseen paneutumalla. Terveyden edistämisen interventioiden toteuttamisessa tarvitaan mielikuvitusta, hyvää teoreettista osaamista ja taustatietoja vaikutettavan asian asettamiseksi kontekstiinsa. Terveyden edistäminen on keino kansalaisten terveyden aikaansaamiseksi. On myös useita muita keinoja, joita ei ole syytä nähdä erillään terveyden edistämisen pyrkimyksistä.

Kokoava ja yhdistävä tieto. Absoluuttisten tulosten ja sirpalemaisen tiedon sijaan tarvitaan kokoavaa ja yhdistävää tietoa varsinaisen intervention ymmärtämiseksi. Sirpalemainen tieto ei lisää terveyden edistämisen ymmärrystä ja alan tiedon keräytymää. Tarkastelluissa tutkimuksissa toteutui eri tieteenalojen toisistaan tietämätön lähestyminen, vaikka tieteenalasta riippumatta tehdään samansuuntaista työtä. Voimavaroja ei ole yhdistetty ja tämä näkyy mahdollisuutena hyödyntää terveyden edistämisessä saatuja tuloksia.

Terveyden edistämisen toimintajärjestelmä. Yksittäisen vaikuttamisen kohteen (mm. yksilö, yhteisö, toimintaedellytykset) sijaan tulee vaikuttaa koko toimintajärjestelmään. Terveyden edistäminen irrallisine kohdennettuine interventioineen ei takaa jatkuvuutta eikä tuloksellisuutta pitkällä aikavälillä. Tarvitaan rakenteita, jotka tukevat toisiaan ja toimivat terveyttä tuottavien tavoitteiden aikaansaamiseksi.

Terveyden edistämisen tuloksellisuus. Terveyden edistäminen on keino terveyttä tuottavan käyttäytymisen aikaansaamiseksi ja mahdollisuuksien luomiseksi. Väliin tulevat mikro-, meso- ja makrotason tekijät on tarkoin eriteltävä. Viime kädessä riittävä tutkimuksellista tietoa ei olemassa, joten toiminta saattaa rakentua uskomusten va-

raan. Porter & Teisberg (2006) korostavat terveydenhuollon informaatiohierarkiaa ja osoittavat, että tieto on parhain toimintaa motivoiva ja synnyttää parempia käytäntöjä. He kuvaavat tuloksien informaatiohierarkiaa, jossa ylimpänä ovat yksilöä koskevat tiedot, kuten intervention tulokset, niiden kustannukset ja hinnat. Seuraava taso sisältää kokemuksen eri toimijoiden toteuttamasta työstä. Kolmas taso on tietoa menetelmistä. Menetelmät ovat itsessään hoidon tai terveyden edistämisen prosesseja, jotka ovat keskeisiä haluttaessa tietää kuinka tulokset on saavutettu (Chen 2005). Menetelmiä koskeva tieto on merkityksellistä parannettaessa prosesseja. Alimmainen taso on yksilön ominaisuudet kuten ikä, sukupuoli, elinolot ja genetiikka. Yksilön ominaisuudet vaikuttavat terveyden edistämisen tai hoidon prosessiin ja ovat keskeisiä kontrolloitaessa oloja ja riskejä.

Terveyden edistämisen intervention tuloksista tulee kerätä hierarkisesti tietoa kaikista tutkimusten kautta esille tulleista aihealueista: tiedonrakentelusta, voimavararakentelusta ja elinolojen vuorovaikutusrakentelusta.

Areena-ajattelun vahvistaminen. Työyhteisöjen voimavaratutkimukset ovat merkityksellisiä haluttaessa selvittää tekijöitä, joilla on yhteyksiä yksilöiden työ- ja toimintakykyyn. Sen sijaan toimintaympäristön muutos on tuonut vapaa-ajan uudella tavalla tarkastelun kohteeksi ja siinä olevista tekijöistä, joilla on vaikutusta ihmisten ja heidän yhteisöjensä terveyteen. Tämä on erityisesti tulevaisuuden kannalta kiinnostava osa-alue. Tarvittaisiin tutkimustietoa terveyden edistämisen pohjaksi esimerkiksi IT-tekniologian vaikutuksesta ihmisten hyvinvointiin. Yleisesti puhutaan tietotulvasta ja siitä, miten kännykät mahdollistavat sen, että ihmiset aina tavoitetaan. Terveyttä tuottavan vapaa-ajan hyvinvointitutkimuksia tarvitaan kuten työhyvinvointiin liittyviä tutkimuksia.

Terveyden edistämisen politiikka. Julkusen (2006) mukaan hyvinvointietosta kannatteleva tasa-arvo-ajatus perustuu kanssaihminen arvon ja arvokkuuden tunnustamisesta. Poliitikalla halutaan puuttua kansalaisten tilanteisiin eikä niinkään muuttaa heitä itseään tai heitä halutaan muuttaa välillisesti elämäntilanteiden kohentamisen kautta. Voidaanko ajatella että myös terveyspolitiikan tehtävänä on terveyteen liittyvien vääryyksien korjaaminen. Tämänhetkinen yksilövastuun korostaminen murtaa tämän arkisen eetoksen. Terveyden edistämisen politiikka puuttuu suoraan kansalaisten moraalisiin ja minuuteen, kasvattaa heitä, vaikka ei pystyisikään muuttamaan heidän elämäntilanteitaan.

Lähteet

- Aarø, L. & Mittelmark, M. (2003) Health promotion research. Bergen. Paper in seminar in Helsinki. April 2003.
- Antonovsky, A. (1987) Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass. San Francisco, Ca.
- Burrell, G. & Morgan, G. (1979) Sociological paradigms and organisational analysis. Ashgate Publishing Company. Vermont.
- Chen, H-T. (2005) Practical program evaluation. Sage Publications, Thousand Oaks, Ca.
- Davies, J.K. (2006) The challenge of globalization. 7th IUHPE European Conference on Health and Health Education. 18 – 21 October, Budapest. Hungary.
- Dean, M. (1999) Governmentality. Power and rule in modern society. London: Sage.
- Fogel, R.W. (2000) The fourth great awakening and the future of egalitarianism. Chicago: The University Of Chicago. Press.
- Giddens, A. (1998) The third way. Renewal of social democracy. Gambridge: Polity Press.
- Glanz, K., Lewis, F.M. & Rimer, B.K. (editors) (1997) Health behaviour and health education. Theory, research and practise. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Ca.
- Hakkarainen, K. & Järvelä, S. (1999) Tieto- ja viestintätekniikka asiantuntijaksi oppimisen tukena. Teoksessa A. Eteläpelto ja P. Tynjälä (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma (s. 241 – 256). Juva: WSOY.
- Hyyppä, M.T. (2002) Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys. Keuruu: Otava.
- Julkunen, R. (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes. Helsinki. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kauppinen, T. & Nelimarkka, K. (2003) Suunnitelmien ja ohjelmien vaikutusten arviointi on ennakkoarviointia. Hallinnon tutkimus 22, 4: 327 – 337.

Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen, J. (1999) Framework for promoting mental health in Europe. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health. Stakes.

Lahtinen, E., Koskinen-Ollonqvist, P., Rouvinen-Wilenius, P. & Tuominen, P. (2003) Muutos ja mahdollisuus. Terveiden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 15. STM. Helsinki.

Latomaa, T. (2006) Psykologiatieteen perusteita vai "käsitepurkua". *Psykologia* 5: 374 – 381.

Leinonen T. (2001) Tiedonrakentelua tukevat oppimisympäristöt. Luento televerkko-seminaarissa 8.11.2001.

Lindström, B. (2003) Luento. 4th Nordic Health Promotion Research Conference 10. – 13.6.2003, Västerås. Sweden.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2006) Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, vol. 21 No. 3: 238 – 244.

Lillrank, P. (2006) Takapuoli edellä tulevaisuuteen. Kanava 6.

Möttönen, S. & Niemelä, J. (2005) Kunta ja kolmas sektori. Yhteistyön uudet muodot. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Noack, H. (2006) Policy, evidence and practice. 7th IUHPE European Conference on Health and Health Education. 18 – 21 October, Budapest. Hungary.

Nupponen, R. (2005) Terveiden edistämisen menetelmät. (Käsikirjoitus kirjaan: Terveiden edistämisen ydin).

Payne, M. (1999) Social construction in social work and social action. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Pösö, T. (toim.) Constructing social work practices. Aldershot & Brookfield: Ashgate, 25 – 65.

Peuhkuri, T. (2004) Tiedon roolit ympäristökiistassa. Saaristomeren rehevöityminen ja kalankasvatus julkisen keskustelun ja päätöksenteon kohteena. Turun yliopiston julkaisu, sarja C, osa 220. Turku.

Pietilä, A-M., Eirola, R. ja Oikarinen, K. (1998) Terveysmuotokuva-käsitejärjestelmä. Hoitotieteen näkökulma terveyden tutkimiseen. *Hoitotiede*, vol. 10, no 2: 78 – 86.

- Porter, M.E. & Teisberg Olmsted, E. (2006) Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press.
- Raeburn, J. & Rootman, I. (1997) People-centered health promotion. Great Britain: Bookcraft (Bath) Ltd.
- Raivola, P. (1995) Ympäristöuhan sosiaalinen representaatio. Rikka rokassa vai viimeinen pisara? Turun yliopisto. Psykologian laitos.
- Rauhala, L. (2005) Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ruuskanen, P. (2001) Sosiaalinen pääoma – käsitteet, suuntaukset ja mekanismit. VATT-tutkimuksia 81. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Sachs, J.D. (1998) International economics: Unlocking the mysteries of globalization. Foreign Policy, Spring.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. (2005) Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisusarja 3.
- Schein, E.H. (1999) The corporate cultural survival guide – sense and nonsense about culture change. San Francisco: Jossey-Bass Ins. Publishers, Ca.
- Seedhouse, D. (1988) Ethics: The heart of health care. New York: John Wiley & Sons.
- Sihto, M., Ollila, E. & Koivusalo, M. (2006) Principles and challenges of health in all policies. In the book: Stall, T. et al. (editors) Health in all policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland.
- Soini, T. (2000) Aktiivisen transferin edellytykset oppimisprosessissa. Psykologia 4: 321 – 324.
- Stahl, G. (2000) A model of collaborative knowledge-building. In B. Fishman & S. O'Connor-Divelbiss (eds.) Fourth International Conference of the Learning Science. (pp. 70 – 77) Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tynjälä, P. (1999) Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa A. Eteläpelto ja P. Tynjälä (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma (s. 160 – 179). Juva: WSOY.
- Upanne, M. (2001) Professional paradigms in suicide prevention. Evolving a conceptual model. Helsinki: Stakes, Research Report 121.

Vaihekoski, M. (1994) Tieteen lähestymistavat ja ontologinen ongelma. *Tiedepolitiikka* 3, 94: 45 – 54.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001) Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 4.

Vornanen, R. (2000) Teknologiset riskit ja turvallisuus. Teoksessa Niemelä, P. & Lahikainen, A-R. (toim.) *Inhimillinen turvallisuus*. Vastapaino, Tampere, s. 321 – 344

Äijö, R. (2001) Oppimisympäristöt käytössä ja tutkimuskohteena. Luento televerkkoseminaarissa 18.10.2001.

www-lähteet

www.healthpromotion.ch.

www.okry.fi

<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/>

www.empho.org.uk

Lähteet (tutkimustapaukset)

Eirola, R. (2003) Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet. Perheohjauksen arviointi. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Ek, S. (2005) Om information, media och hälsa i en samhällelig kontext. En empirisk och analytisk studie. Ekonomisk-statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi.

Eriksson-Backa, K. (2003) In sickness and in health. How information and knowledge are related to health behaviour. Åbo Akademi.

Eronen, S. (2000) Achievement and social strategies and the cumulation of positive and negative experiences during young adulthood. Helsingin yliopisto, Psykologian laitoksen tutkimuksia.

Feldt, T. (2000) Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in working life. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 158. University of Jyväskylä.

- Hakanen, J. (2005) Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalipsykologian laitos, Helsingin yliopisto.
- Hellström, M. (2004) Muutosote, Akvaarioprojektin pedagogisten kehittämishankkeiden toteutustapa ja onnistuminen. Soveltavan kasvatustieteen laitos, Helsingin yliopisto.
- Hohenthal-Antin, L. (2001) Luvan Ottaminen – Ikäihmiset teatterin tekijöinä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 191. Jyväskylän yliopisto.
- Homan-Helenius, P. (2005) Empowering families of children with ashtma through adaptation training. Turun yliopiston julkaisuja sarja D, osa 669. Medica-Odontologica. Turun yliopisto.
- Hopia, H. (2006) Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen –toimintatutkimus lastenosastolla. Hoitotieteen alaan kuuluva väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Hussi, T. (2005) Essays on managing knowledge and work related wellbeing. Hanken.
- Hynynen, A. (2000) Yhdyskuntasuunnittelun paikallinen potentiaali. Tampereen teknillinen korkeakoulu, Julkaisuja 289.
- Jaakkola, T. (2002) Muutokset oppilaiden liikuntamotivaatiossa, koetussa fyysisessä pätevyyydessä sekä tavoiteorientaatiossa liikunnanopettajien täydennyskoulutusohjelman seurauksena. Jyväskylän yliopisto.
- Jakonen, S. (2005) Terveyttä joka päivä. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Joronen, K. (2005) Adolescents' subjective wellbeing in their social contexts. Acta Universitatis Tamperensis 1063. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Konu, A. (2002) Oppilaiden hyvinvointi koulussa. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta.
- Kulmala, A. (2006) Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Kärkkäinen, T. (2004) Koulutuksen ja lapsi-vanhempisuhteen yhteys elämässä selviytymiseen. Sosiaalinen perimä ja koulutuskulttuurisen pääoman periytyminen

- sukupolvesta toiseen. Helsingin yliopisto, Soveltavan kasvatustieteen laitos.
- Lahtinen, M. (2004). Psykologinen näkökulma työpaikkojen sisäilmasto-ongelmiin: psykososiaalinen työympäristö ja organisaation ongelmanratkaisutaidot ongelmavyyhden osatekijöinä. Työterveyslaitos. Työ ja ihminen Tutkimusraportti 25.
- Liimatainen, L. (2002) Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta – Hoitotyön amk-opiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Jyväskylän yliopisto.
- Loppela, K. (2004) Ihminen ja työ – keskustellen työkuuntoon. Työyhteisön kehittämisen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyksessä. Tampereen yliopisto.
- Mönkkönen, K. (2002) Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopisto.
- Nakari, M-L. (2003) Työilmapiiri, työntekijöiden hyvinvointi ja muutoksen mahdollisuus. Jyväskylä Studies in Educational and Social Research 226. Jyväskylän yliopisto.
- Nummelin, R. (2000) Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Tampereen yliopisto.
- Okkonen, T. (2004) Lapsen terveystietoisyydestä lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Poikonen, P-L. (2003) "Opetussuunnitelma on sitä elämää" – Päiväkoti-koulu yhteisö opetussuunnitelman kehittäjänä. Jyväskylä Studies in Educational and Social Research 230. Jyväskylän yliopisto.
- Rajaniemi, V. (2005) Liikuntapaikkarakentaminen ja maankäytön suunnittelu. Studies in Sport, Physical Education and Health 109. Jyväskylän yliopisto.
- Saaranen, T. (2006). Promotion of school community staff's occupational well-being in co-operation with occupational health nurses. Kuopion yliopisto.
- Sihvonen, S. (2004) Ikääntyminen ja tasapaino: Eri-ikäisten tasapaino ja tasapainoharjoittelun vaikuttavuus ikääntyneillä palvelukodissa asuvilla naisilla. Fysioterapian alaan kuuluva väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Sirviö, K. (2006) Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämisessä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta. Kuopion yliopisto.

Sohlman, B. (2004) Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Stakes. Tutkimuksia 137.

Suutari, M. (2002) Nuorten sosiaaliset verkostot palkkatyön marginaalissa. Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisotutkimusseura. Julkaisuja 26. Yliopistopaino, Helsinki.

Takkinen, S. (2000) Meaning in life and its relation to functioning in old age. Jyväskylä Studies in Educational and Social Research 167. Jyväskylän yliopisto.

Tuomi, M.T. (2001) Human dignity in the learning environment. Testing a sociological paradigm for a diversity-positive milieu with school starters. Research Reports 10. Institute for Educational Research. University of Jyväskylä.

Valtonen, A. (2004) Rethinking free time: A study on boundaries, disorders and symbolic goods. Helsinki School of Economics.

