



Kerttu Oikarinen

**Terveysmuotokuvamittari
kouluterveydenhoitajan työhön
- Mittarin kehittäminen ja arviointi**

Akateeminen väitöskirja, joka Lapin yliopiston kasvatustieteiden
tiedekunnan suostumuksella esitetään julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston Fellman-salissa
lauantaina 11. maaliskuuta 2006 kello 12

Lapin yliopisto
Kasvatustieteiden tiedekunta

Copyright: Kerttu Oikarinen

Jakelu: Lapin yliopistokustannus
PL 8123
FI-96101 Rovaniemi

puh. + 358 16 341 2924, fax + 358 16 341 2933
julkaisu@ulapland.fi
www.ulapland.fi/julkaisut

Painettu
ISBN 952-484-010-3
ISSN 0788-7604

PDF
ISBN 978-952-484-150-4
ISSN 1796-6310
www.ulapland.fi/unipub/actanet

Jaakolle ja Ilkalle

TIIVISTELMÄ

Oikarinen Kerttu. Terveysmuotokuvamittari kouluterveydenhoitajan työhön. Mittarin kehittäminen ja arviointi.

Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2006, 193 s. Acta Universitatis Lapponiensis 97

Väitöskirja: Lapin yliopisto

ISSN 0788-7604

ISBN 952-484-010-3

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus: Murrosiän kehitysvaiheessa nuoret etsivät sosiaalista asemaansa ja elämäntyyliään kodista ja kodin ulkopuolelta. Tänä herkkänä aikana he tarvitsevat tukea erityisesti psykososiaalisten taitojen kehittämisessä ja mielenterveyskysymyksissä. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää kouluterveydenhoitajille nuorten terveyden edistämiseen sisällöllisesti ja rakenteellisesti perusteltu työväline, josta käytän nimeä terveysmuotokuvamittari. Terveysmuotokuvamittari ja nuori keskustelevat yhdessä nuoren terveystietoisuudesta. Keskustelun tuloksena hahmottuu nuoren yksilöllinen terveystietoisuuskuva.

Menetelmät ja aineisto: Tutkimusmenetelminä ovat realistinen evaluaatio ja laadullinen sisällönanalyysi. Tutkimus etenee teoriaa ja käytäntöä vuorottelevan päättelyn avulla kohti terveystietoisuuskuvamittarin mallinnusta. Aineisto koostuu hoito-, kansanterveys-, sosiaalilääke-, yhteiskunta- ja kasvatustieteellisistä sekä terveystietoisuuskasvatuksen alan tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Empiiristä aineistoa edustavat Kainuulaisten nuorten terveystietoisuuskuva –hankkeen raportit ja tutkimukset. Hankkeen aikana vuosina 1995 – 1998 neljä (4) kouluterveydenhoitajaa kokeili terveystietoisuuskuvamittaria peruskoulun yläasteella yhden ikäluokan (n=118) kouluterveydentarkastuksissa.

Tulokset: Terveystietoisuuskuvamittari saa nuorille ikäspesifin sisällön ja rakenteen evaluaatioprosessin aikana. Interventtiivisessä haastattelussa terveydenhoitaja ja nuori pohtivat modernin nuoruuden tärkeitä arkielämän terveystietoisuuksia. Vuorovaikutustilanteissa syntyy näkemys nuorten vahvuuksista sekä kehittymishaasteista. Terveystietoisuuskuvioiden avulla voidaan tunnistaa yksilölliset ohjauksen tarpeet sekä erityistä tukea tarvitsevat nuoret. Työväline edellyttää vielä empiiristä kokeilua ja luotettavuuden testaamista. Mahdollista olisi kehittää terveystietoisuuskuvamittarista arviointiperusteiseen tietokonesovellukseen osaksi terveydenhuollon terveystietoisuusjärjestelmiä.

Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset: Terveystietoisuuskuvamittari ja interventtiivinen haastattelu mittausmenetelmänä on eräs systemaattinen keino etsiä erityistä tukea tarvitsevia oppilaita ja parantaa nuorten mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Modernia nuoruutta elävät nuoret tarvitsevat tuekseen välittäviä aikuisia, joilla on aikaa kuunnella. Tulokset antavat ideoita terveyden edistämisen koulutussisältöjen ja työmenetelmien kehittämiseen sekä opettajakoulutuksessa että terveystietoisuuskasvatuksen ammatillisessa koulutuksessa. Tutkijoiden haaste on selkeyttää promotiivisia, preventtiivisiä ja terveystietoisuuskasvatuksen ammatillisia työprosesseja nuorten terveyden edistämiseksi sekä tutkia ammattikäytäntöjen toteutumista ja työmenetelmien uudistumista kouluissa ja kouluterveydenhuollossa.

Yleinen suomalainen asiasanasto: terveystietoisuuskuva; nuori; perhe; terveyden edistäminen; terveystietoisuus; mittaaminen; realistinen evaluaatio; interventtiivinen haastattelu.

ABSTRACT

Oikarinen Kerttu. Health Portrait Indicator for School Nurses. Development and Assessment of the Indicator.

Rovaniemi: University of Lapland. 2006. 193 pages. Acta Universitatis Lapponiensis 97

Doctoral thesis: University of Lapland

ISSN 0788-7604

ISBN 952-484-010-3

Adolescents who seek models for their lifestyle and social status are influenced by factors inside and outside their home environment. Young people need special support in health promotion, psychosocial relationships and mental health during this particular period in their lives. The purpose of this study was to develop a so-called health portrait indicator, which would be suitable in contents and structure to help school nurses to foster adolescent health. The topical contents of the indicator guide and help school nurses and adolescents to interact in a conversation that leads to the nurse drawing a personal health portrait of the young client.

The research methods of this study comprise realistic evaluation and qualitative content analysis. Theory and practise interact in the inference process that leads to the modelling of the health portrait indicator. The data consists of research materials and literature from the fields of nursing science, national health science, socio-medical science, social sciences, educational sciences and health science. The empirical data comprises reports and research from a Health Portrait Project that was implemented during the years 1995-1998 in Kajaani, Finland. During the time of the project four (4) public health nurses tested the indicator in practise by conducting and implementing physical examinations to secondary school children of the same age (n = 118).

During the evaluation process the health portrait indicator will get an age-specific customisation to its contents and structure. During the interview between the public health nurse and the student important health choices are discussed. The interactive situation will give the nurse an impression of the strengths and development needs of the adolescent. The health portraits will help the nurse to recognise individual needs for counselling and those adolescents who need special support. The indicator as a tool still needs empirical testing to prove its reliability. It has potentials to be further developed into an assessment-based computer application that could be used in the virtual system of patient medical records.

A health portrait indicator of adolescents and an interventive interview as measuring tools are a systematic means to look for and to recognise adolescents who need special support and whose potentials to take care of their own health and environment need to be improved. Adolescents in the modern society need the support of caring adults who have time to listen. The results of this study provide ideas to develop educational contents for health promotion and methods to be used in the training of various health care professionals. The academic challenge is to clarify promotive, preventive and professional work processes in health education in the context of health promotion of adolescents. Scholars need to study professional practices, their implementation and reformations.

Keywords: health portrait indicator, adolescent, family, health promotion, health education, measurement, realistic evaluation, interventive interview.

Kiitokset

Terveysten edistämisen ammattikäytäntöjen tutkiminen ja kehittäminen on kiinnostanut minua siitä lähtien, kun 1990-luvun alkupuolella olin lopettelemassa hoitotieteen opintojani Oulun yliopistossa. Professori Maija Hentinen oli antanut meille hoitotieteen opiskelijoille tehtäväksi kehittää analogista ajattelua ja tehdä syventävien opintojen tehtävänä toisen tieteenalan teoreettisesta mallista hoitotieteellinen sovellutus. Joulupäivän aamuna 1992 heräsin Minäavain -kiekon alkuideaan.

Kehitin elämäntilanteiden arviointivälineen protoversion. Kiitän professori Maija Hentistä idean hyväksymisestä ja myöhemmin kannustuksesta lähteä kokeilemaan mallia käytännön terveyden edistämistyössä. Sisäinen innostukseni kasvoi niin, että painatin kirjapainossa tuhansia kiekkoja. Kiitän silloista Kajaanin ammattikorkeakoulun rehtoria Risto Hurttiaa uskomi-
sesta asiaan ja myöhemmin rehtoriksi tullutta Kari Juntusta saamastani tu-
esta. Perustin verotuksellisen toiminimen ja kiertelin ympäri Suomea Mi-
näavaimen myynti- ja koulutustyössä.

Tässä vaiheessa tutustuin kollegaani, nykyiseen terveystieteiden tohtori Raija Seppäseen. Hän näki Minäavaimessa ideaa ja päätimme jatkaa yhdessä terveyden edistämisen menetelmien kehittelyä Terve Kajaani –
hankkeessa. Kiitokset yhteistyöstä perusturvajohtaja Kalevi Yliniemelle, osastonhoitaja Annikki Aitoaholle, terveydenhoitaja Pirkko Jaurulle sekä arvokkaasta työpanoksesta kokeilussa kouluterveydenhoitaja Tuula Karjalaiselle ja Kajaanin ammattikorkeakoulun silloisille terveydenhoitajaopis-
kelijoille. Tästä alkoi terveystieteiden tutkimuksen kehittämisen prosessi.

Jatkoin terveystieteiden opiskelua Oulun yliopistossa ja myöhemmin Kuopion yliopistossa. Lisensiaatintutkimukseni aiheeksi valitsin terveyden edistämisen mittaamisen. Kiitän lämpimästi professori Anna-Maija Pietilää keskusteluista, ohjauksesta ja tieteen tarkalla polulla pitämisestä sekä professori Katri Vehviläinen-Julkusta ohjauksesta. Lisensiaatintutkimukseni Terveyden edistämisen mittaaminen; terveystieteiden tutkimuksen kehittäminen ja kokeilu terveydenhoitajan työssä valmistui vuonna 2001. Kiitän vielä professori Maija Hentistä ja yliassistentti Marja-Terttu Tarkkaa työni tarkastamisesta ja hyväksymisestä.

Uuden sysäyksen jatkaa terveystieteiden tutkimuksen kehittäminen sain ystäväni Tanja Jakosen väitöstilaisuudessa vuonna 2004. Silloin professorit Kaarina Määttä Lapin yliopistosta ja Merja Nikkonen Kuopion yliopistosta kannustivat väitöskirjatyöhön. Kiitän innostamisesta.

Väitöskirjatyöni eri vaiheissa ratkaiseva tukija, ohjaaja ja luottamuksen valaja on ollut professori, dekaani Kaarina Määttä. Ilman hänen valoisaa persoonaansa ja aktiivista tapaansa ohjata väitöskirjatyötäni, se ei olisi pysynyt aikataulussaan. Kiitän erityisen lämpimästi häntä.

Työni esitarkastajat professorit Merja Nikkonen ja Jukka Laitakari ansaitsevat parhaimmat kiitokseni kriittisestä, perusteellisesta, kannustavasta ja ripeästä palautteesta työni tarkastusvaiheessa. Esitarkastajien palaute ja korjausehdotukset edistivät väitöskirjani käsitelmäärittelyjen ja pohdinnan täsmentämistä sen viimeistelyvaiheessa.

Haluan kiittää Rovaniemen ammattikorkeakoulun johtoa ja työtovereitani kannustuksesta tutkimusprosessin eri vaiheissa. Koulutuspäällikkö Kirsti Ylipulli-Kairala, opetustoiminnan kehitysjohtaja Outi Hyry-Honka ja kansainvälisen toimiston päällikkö Hellevi Leppiaho ansaitsevat erityiset kiitokset. Taloussihteri Lahja Alasuutarille ja opettaja Taina Liulle kiitos työni viimeistelystä ja painokuntoon saattamisesta. Väitöskirjani kannen innovatiivisesta suunnittelusta kiitän Lapin yliopiston graafista suunnittelijaa Niina Huuskosta.

Tutkimustyötäni sen eri vaiheissa ovat tukeneet läheiseni, ystäväni ja tuttavani, mistä olen heille monin tavoin kiitollinen. Sydämelliset ja rakastavat kiitokseni osoitan pojilleni Jaakolle ja Ilkalle osallistumisesta tuhansien kiekkojen kokoamiseen. Heille omistan tämän väitöskirjan. Rakkaat kiitokset miehelleni Eskolle, joka on jaksanut esilukea tekstejä, motivoida miehisellä tyylillään ja pitää yllä onnistumisen uskoa työni loppuun saattamisessa. Kiitän myös rakkaita vanhempiani, äitiä ja edesmennyttä isääni, koko elämäkulun mittaisesta ja pyyteettömästä huolenpidosta. Kiitokset tuesta ja kannustuksesta ansaitsevat myös mieheni vanhemmat ja sisarukset.

Väitöskirjatyöni keskeinen anti on ollut tieteellisen työskentelyn oppiminen ja uusien oivallusten tekeminen. Nuorten terveyden edistäminen ja ammattikäytäntöjen kehittäminen ovat ajankohtaisia tutkimusaiheita.

Rovaniemellä helmikuussa 2006

Kerttu Oikarinen

Kerttu Oikarinen

SISÄLLYS

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA	10
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	27
3	TUTKIMUSMENETELMÄ	28
3.1	Tutkimusaineisto	28
3.2	Realistinen evaluaatio terveysmuotokuvamittarin kehittä- lyssä	29
3.3	Mittaamisen suunnittelua ohjaavat kysymykset	33
3.4	Luotettavuus mittaamisessa	34
3.5	Eettiset periaatteet terveysmuotokuvamittarin kehittä- lyssä	37
4	TERVEYSMUOTOKUVAMITTARIN KEHITTÄ- MISPROSESSI JA ARVIOINTI	39
4.1	Terveysmuotokuvamittarin alkumielikuvan luominen ..	39
4.1.1	Terveysmuotokuvamittaria edeltäneen Minäavaimen ra- kenne ja sisältö	39
4.1.2	Minäavaimen käyttötarkoitus	48
4.1.3	Minäavaimella tuotetun tiedon arviointikäytäntö	49
4.2	Terveysmuotokuvamittarin tavoitekuvan analyttinen erittely	53
4.2.1	Mittaaminen terveyden edistämisen tutkimuksessa	53
4.2.1.1	Promotiiviset mittarit	56
4.2.1.2	Primaaripreventiiviset mittarit	64
4.2.1.3	Sekundaaripreventiiviset mittarit	67
4.2.1.4	Tertiaaripreventiiviset mittarit	75
4.2.1.5	Mittaamisen arviointia	80
4.2.2	Nuoret terveyden edistämisen kohderyhmänä	83
4.2.2.1	Nuorten terveys ja terveystieteet	86
4.2.2.2	Nuorten elämänpiiri	91
4.2.2.3	Kohderyhmän erityispiirteiden arviointia	95
4.3	Terveysmuotokuvamittarin luonnoksen teoreettinen kuvaaminen	100
4.3.1	Terveysmuotokuvamittarin teoreettisten lähtökohtien täs- mentäminen	100
4.3.2	Terveysvalinnat mittaamisen kohteena	104
4.3.3	Kokeilussa käytetty terveysmuotokuvamittari	107
4.4	Terveysmuotokuvamittarin kokeilu kouluterveydestar- kastus- ja nuorisoterveystieteiden tutkimuskeskuksessa	110

	tuksissa	109
4.4.1	Mittausolosuhteiden järjestäminen	109
4.4.2	Interventiivinen haastattelu mittausmenetelmänä	112
4.4.3	Mittaus tulosten arviointiperusteiden kehittäminen	118
4.5	Terveysmuotokuvamittarin teoreettinen kokoaminen ...	122
4.5.1	Terveysmuotokuvamittarin luonnoksen arviointia kokeilun tulosten perusteella	122
4.5.1.1	Mittarin soveltuvuus nuorten terveyden edistämiseen ...	123
4.5.1.2	Mittarin käyttökelpoisuus kouluterveydenhoitajan työssä	125
4.5.1.3	Mittarin kehittämiskohteet nuorten ja kouluterveydenhoitajien arvioimina	127
4.5.2	Tutkimustuloksena täsmentynyt terveysmuotokuvamittari nuorten terveyden edistämiseen	129
5	POHDINTA	140
5.1	Tutkimuksen luotettavuus	140
5.1.1	Terveysmuotokuvamittarin kehittämisprosessin luotettavuus	140
5.1.2	Terveysmuotokuvamittarin sisällön ja rakenteen luotettavuus	142
5.1.3	Mittausmenetelmän luotettavuus	143
5.1.4	Terveysmuotokuvan arviointiperusteiden luotettavuus	144
5.2	Tulosten merkittävyyden tarkastelua	145
5.3	Jatkotutkimushaasteet	153
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	155
7	ENGLISH SUMMARY	156
	LÄHTEET	158
	LIITTEET (9)	175

Kuviot

- Kuvio 1. Kouluterveydenhoitajan toteuttaman terveystarkastuksen tietoperusta ihmisenä kasvun teoriaa mukailen (vrt. Parse 1992).
- Kuvio 2. Terveysvalintojen arviointiprosessi kouluterveydenhoitajan työssä.
- Kuvio 3. Ikäspesifi terveystuotokuvamittari nuorten terveyden edistämisen työvälineenä.

Taulukot

- Taulukko 1. Esimerkkejä nuorten terveyden edistämisen osamisvaatimuksista.
- Taulukko 2. Minäavaimen käsitteiden ja sosiaalista terveyttä määrittäneiden tutkijoiden käyttämien käsitteiden vastaavuudet.
- Taulukko 3. Promotiivisia mittareita, lähtökohtana koettu terveys ja elämäntilanne.
- Taulukko 4. Promotiivisia, voimavaralähtöisiä mittareita.
- Taulukko 5. Primaaripreventiivisiä mittareita, lähtökohtina terveys, elämäntyyli ja itsestä huolenpito.
- Taulukko 6. Sekundaaripreventiivisiä, riskilähtöisiä mittareita.
- Taulukko 7. Sekundaaripreventiivisiä, sairauslähtöisiä mittareita.
- Taulukko 8. Tertiaaripreventiivisiä mittareita, lähtökohtina itsehoitovalmiudet, koettuun terveyteen liittyvä elämäntilanne ja itsearviointi toimintakyky.
- Taulukko 9. Terveyden edistämiseen liittyvän mittaamisen ydinkäsitteitä ja käsitteiden ulottuvuuksia.
- Taulukko 10. Nuorten erityispiirteiden luokittelu ICF- luokitusstandardi viitekehyksenä.
- Taulukko 11. Interventiivisen haastattelun periaatteet, haastattelijan toiminta ja ennakoitu vaikutus haastateltavaan (vrt. Tomm 1987 a, b, Mattila 1988, Mattus 1994).
- Taulukko 12. Interventiivisen haastattelun viitteellisiä kysymyksiä terveystuotokuvamittarissa.
- Taulukko 13. Terveystuotokuvamittarilla kerätyn haastatteluai-
neiston arviointiperusteet nuorten ajattelu- ja toimintatapojen terveyttä edistävien ominaisuuksien ja muutosten perusteella.

- Taulukko 14. Terveysmuotokuvamittarilla kerätyn haastatteluai-
neiston arviointiperusteet voimavarojen ja niitä ku-
luttavien tekijöiden typologiaa soveltaen
(vrt. Pelkonen 1995).
- Taulukko 15.
- a) ICF – luokitusstandardin suoritusten ja osallistu-
misen, nuorten terveyden edistämisen sisältöaluei-
den sekä terveystuotokuvamittarin sisällön ja ra-
kenteen vertailu.
 - b) ICF – luokitusstandardin kehon toimintojen ja
ruumiin rakenteiden, nuorten terveyden edistämisen
sisältöalueiden sekä terveystuotokuvamittarin si-
sällön ja rakenteen vertailu.
 - c) ICF – luokitusstandardin ympäristötekijöiden,
nuorten terveyden edistämisen sisältöalueiden sekä
terveystuotokuvamittarin sisällön ja rakenteen ver-
tailu.
- Taulukko 16. Terveyden edistämisen kompetenssit ja koulutuksen
opetussisältöjä.

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Kouluyhteisön hyvinvoinnin ja oppilaiden terveyden edistäminen ovat osa oppimisen arkea peruskouluissa. Lasten ja nuorten kasvuympäristön muutosten vuoksi koulut kantavat aiempaa enemmän vastuuta oppilaiden tasapainoisesta kehityksestä ja terveydestä. Yhteiskunnalliset velvoitteet ovat haaste sekä terveyden edistämisen ammattikäytäntöjen tutkimiselle ja kehittämiseksi että ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutukselle. Tässä tutkimuksessa jatkan Kainuulaisten nuorten terveystuotokuva –hankkeessa vuosina 1995 – 1998 aloittamaani käytännön työvälineen, *terveysmuotokuvamittarin*, kehittelyä. Mittarin on tarkoitus olla nuorten terveystuotokuvien ja terveyden edistämisen tarpeiden arviointia helpottava työväline kouluterveydenhoitajille. (Oikarinen 2001.) Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa (Karhumaa & Pietilä 1996, Karhumaa 1997, Pietilä ym. 1998) *terveysvalinnoilla* ymmärretään ihmisen päätöstä tai tekoa, joka liittyy arkielämän tyypilliseen terveystuotokuvamiseen tai terveydentilaan ja johtaa mahdollisesti terveystavan kokeilemiseen tai omaksumiseen. Terveystuotokuvien perusta on tunnistettavissa siitä yhteisöstä, jossa ihmiset elävät.

Nimesin kehitteillä olevan työvälineen terveystuotokuvamittariksi, koska nimi mielestäni synnyttää mielikuvan rajatusta ja kokonaisvaltaisesta näkökulmasta ihmiseen ja terveyteen. Jokainen peruskouluikäinen nuori on yksilö, joka kasvaa ja kehittyy ainutkertaiseksi persoonallisuudeksi lähiyhteisöissään kotona ja koulussa sekä laajemmin elämänpiirissään. Nuorella on yksilölliset terveystuotokuvavarat ja hän omaksuu vähitellen terveydelleen merkityksellisiä arvoja, asenteita, tottumuksia, tietoja ja taitoja jo peruskoulun aikana. Mittarin kehittämisen keskeinen lähtökohta on nykypäivän nuorten elämän orientaatioon (vrt. Antonovsky 1992, Pietilä ym. 1998) soveltuvien sisältöalueiden ja mittarin rakenteen teoreettinen perustelu. Terveystuotokuvamittarin toimiminen käytännön työvälineenä edellyttää myös ammattityöhön soveltuvan mittausmenetelmän kehittelyä ja asiakasta hyödyttävän mittausmenetelmän arviointitavan määrittelyä. Mittausmenetelmän perusteella terveydenhoitaja voi hahmotella *terveystuotokuvan*, joka on nuoren ja terveydenhoitajan yhteinen kokonaisnäkemys nuoren terveystuotokuvista.

Tutkimusraporttia voi sanoa juonteeltaan eteneväksi kertomukseksi, joka on laadulliselle tutkimukselle tyypillistä (Alasuutari 1993, Hirsjärvi ym. 1997). Tutkimus etenee prosessimaisesti tarkastellen terveyden edistämistä käsittelevää kirjallisuutta, nuorten erityispiirteitä ja elämänpiiriä kuvaavia tutkimuksia. Samanaikaisesti tutkimus sisältää terveyden edistämisen mittaamista käsittelevän aineiston keruun sekä aineiston teemoittamisen, luokittelun ja käsitelmäärittelyt. Nuorten terveyden edistämisen ja terveyden edistämisen ammattikäytäntöjen kehittämisen kannalta merkitykselliset

luokitukset ja käsitteet täsmentyvät teoreettisesti ja johtavat arviointiprosessin aikana teoreettisiin pohdiskeluihin ja selitysmalleihin. Pysin johdattelemaan lukijan vähitellen, johtolankojen etsiskelyn ja niiden puntaroinnin jälkeen tutkimuksen lopussa kiteytyvään loppuratkaisuun siitä, millaisen sisältöalueiltaan ja rakenteeltaan, mittausten menetelmältään ja mittaustulosten arviointiperusteiltaan nuorten terveyden edistämiseen soveltuvan työvälineen, terveysmuotokuvamittarin, tulisi olla. Samalla täsmentyy nuoren terveysmuotokuva käsitteenä. (vrt. Hirsjärvi ym. 1997, Anttila 2005.)

Terveyden edistäminen ja terveyskasvatus käsitteinä

Terveyden edistämisen määrittely perustuu Ottawassa, Kanadassa vuonna 1986 järjestetyn terveyden edistämisen ensimmäisen maailmankonferenssin julkaisemaan Terveyden edistämisen perusasiakirjaan, *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawan kokouksen osanottajat päätyivät siihen, että terveyden edistäminen ei ole ainoastaan terveydenhuollon tehtävä. Terveydenhuolto ei pysty yksin takaamaan terveyden edellytyksiä eikä toteuttamaan tulevaisuuden toiveita, vaan siihen tarvitaan koordinoitua toimintaa eri hallinnonalojen välillä sekä yhteistyötä julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla. Terveyden edistämisen perusasiakirjan mukaan terveyden edistämisen viisi toimintastrategiaa ovat: terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveyspalvelujen uudistaminen. (WHO 1986.)

WHO:n järjestämässä neljännessä terveyden edistämisen kokouksessa Jakartassa vuonna 1997 määriteltiin terveyden edistämisen avaintehtäviksi 2000-luvulle seuraavat toimintasuositukset: edistä sosiaalista vastuuta terveydestä, lisää panostusta terveyteen, lujita ja laajenna yhteistyötä terveyden hyväksi, lisää yhteisön toimintakykyä ja vahvista yksilöä sekä varmista terveyden edistämisen perusrakenteet. (WHO 1997.) Kuudennessa terveyden edistämisen maailmankonferenssissa elokuussa 2005 Bangkokissa nostettiin esille globalisaation ohella eri tahojen kumppanuus sekä terveyden edistämisen taustatekijöihin vaikuttaminen. Bangkokin asiakirjassa painotetaan maailmanlaajuisista kehitysohjelmaa, kaikkien hallinnon tasojen keskeistä vastuuta, yhteisöjen ja kansalaisyhteiskunnan näkökulmaa sekä terveyden edistämistä hyvän yrityskäytännön edellytyksenä. (WHO 2005.)

Vaikka terveyden edistämisen käsite on jo parikymmentä vuotta vanha, sitä tulkitaan edelleen monin eri tavoin. Useimmiten terveyden edistämisen ymmärretään tarkoittavan terveyskasvatusta, jota pidetään nykyään yhtenä, mutta merkittävänä terveyden edistämisen osa-alueena. (Rimpelä 2005, STM 2005.) Terveyden edistäminen ja terveyskasvatus ovat 1990-luvun

alkuun tultaessa kehittyneet tieteellis-ammattillisen osaamisen alueiksi, jotka nojautuvat pääasiassa yhteiskunta- ja käyttäytymistieteisiin. Myös hoitotieteeseen perustuva julkaisutoiminta on laajaa. Koulutus on erikoistunutta ammatillista korkeakoulukoulutusta (Rimpelä 1994, Koponen ym. 2002, Pietilä ym. 2002a, Eronen ym. 2005).

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (Stakes 2005) terveyden edistäminen määritellään prosessiksi, johon sisältyy terveellisen elämäntyylin edistäminen sekä pyrkimys vaikuttaa terveyttä sääteleviin sosiaalisiin, taloudellisiin ja ekologisiin tekijöihin ja elinoloihin. Toiminnan tarkoituksena on antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttä määrääviä taustatekijöitä ja siten parantaa terveyttä. (Sahlman 2005.) Terveyden edistäminen kattaa kansanterveystyön tehtävät ja ne eri yhteiskuntapolitiikkalohkojen ja hallinnonrajat ylittävät tehtävät, joilla on terveydellisiä vaikutuksia. Kansanterveystyö (*public health*) on toimintaa, jonka tarkoituksena WHO:n määrittelyn (1952) mukaan on ehkäistä väestön sairauksia, lisätä elinvuosia ja edistää terveyttä järjestelmällisten yhteiskunnallisten toimien avulla (STM 2005).

Yleisesti määriteltynä terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa terveysoloja ja ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. Se on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. (Nupponen 1994, Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005). Suomalaisten kansalaismielipiteessä terveyden edistämässä korostuvat ravitsemuksen ja liikunnan tärkeys. Passiivisena terveyden edistämisenä pidetään päihteiden ja tupakoinnin välttämistä. Näiden rinnalle ovat nousemassa henkisyden ja hiljaisuuden myönteisyyttä painottavat näkemykset. (Aarva & Pasanen 2005.)

Monet asiantuntijat ajattelevat terveyden edistämistä mieluummin tilannekohtaisesti kuin universaalista teoriasta tai lähestymistavasta lähtien. Laajasti ajatellen terveyden edistämässä on kyse valtion, markkinatalouden ja yhteisöjen välillä vallitsevasta vuorovaikutussuhteesta. Valtio ohjaillee terveyden mahdollisuuksia ja markkinatalous luo sekä terveyttä edistäviä että heikentäviä tilanteita. Yhteisöt vaikuttavat yksilön valintojen tai yhteisten toimintojen kautta kaikkiin osapuoliin, siis sekä valtioon että markkinatalouteen yhtä hyvin kuin yksilöiden henkilökohtaiseen terveyteen. Terveyden edistämistyöllä luodaan muutosta näissä suhteissa. (Rimpelä 1994, Lauri 2003, 2005, Laverack 2004.)

Terveyden edistämiseen sisältyy *promotiivisia*, terveyttä ennakoivia ja mahdollistavia, sekä *preventiivisiä*, sairauksien kehittymistä ehkäiseviä, hoitavia ja kuntouttavia toimintamuotoja yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla. Terveyttä ennakoiva ja mahdollistava toiminta on käsitteenä selkiy-

tymättömämpi kuin kansanterveystyöhön ja terveyskasvatukseen vahvasti kytkeytyvä sairauksien kehittymisen ehkäisy, hoito ja kuntoutus. *Promotiivisella terveyden edistämisellä* tarkoitetaan pyrkimystä kehittää yksilöiden ja yhteisöjen selviytymistä helpottavia elinoloja ja elämänlaatua. Promootiolla pyritään ennen ongelmien ja sairauksien syntyä luomaan ihmisille mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Se on investointia ja riskinottamista terveyden hyväksi (Ingrosso 1993, Rimpelä 1994, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005). Promotiivisia toimintamuotoja yhteiskunnan tasolla ovat yhteisöterveydenhoito, organisaatioiden kehittäminen, terveellinen yhteiskuntapolitiikka, ympäristöterveydenhuolto, terveyden edistämisen ohjelmat sekä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi päätöksenteossa. (Ingrosso 1993, Kauppinen & Nelimarkka 2004, Teperi 2004). Ihmisiin kohdistuvina vaikutuksina niin sanotussa IVA – prosessissa arvioidaan päätöksenteon vaikutukset väestöön, terveyteen, asumiseen ja liikkumiseen, talouteen ja palveluihin, yhteisöön ja alueeseen, asenteisiin ja ristiriitoihin sekä osallisuuteen. Promotiivisena toimintana voidaan näkemykseni mukaan pitää myös terveyden edistämisen tutkimusta ja koulutuksen kehittämistä.

Promootion tavoitteena yhteisöjen ja yksilöiden tasolla on vahvistaa terveyttä suojaavia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. Tässä tutkimuksessa tarkastelen näitä tekijöitä kouluyhteisöjen näkökulmasta. *Terveyttä suojaavia sisäisiä tekijöitä* kouluissa ovat eräiden tutkimusten (Vornanen 2000, Hyry-Honka 2004, Ylipulli-Kairala 2005) mukaan nuorten vastuullinen huolehtiminen omasta terveydestään sekä myönteiset oppimiskokemukset. Omasa terveydestä huolehtimista on terveellisten elintapojen noudattaminen ja päihteettömyys. Myönteiset oppimiskokemukset ja menestyminen opiskelussa ovat terveyttä vahvistavia.

Sisäisten kehittymisprosessien yhteydessä puhutaan terveyden lukutaidosta (*health literacy*). Terveyden lukutaito tarkoittaa tiedollisia ja sosiaalisia taitoja, jotka määrittävät yksilön motivaation ja kyvyt saada tietoa, ymmärtää ja käyttää niitä terveyttä edistävällä ja ylläpitävällä tavalla. Kysymys ei ole vain tiedon määrästä, vaan yksilön mahdollisuuksista terveystietoa hyödyntämällä osallistua ja vaikuttaa oman ja yhteisönsä terveyden parantamiseen. Terveyden lukutaito on jatkuva ja elinikäinen kehitysprosessi, jossa on erotettavissa kolme tasoa: toiminnallinen, vuorovaikutuksellinen ja kriittinen terveyden lukutaito. Toiminnallinen terveyden lukutaito vastaa peruslukutaitoa, jota voidaan lisätä välittämällä tietoa eri viestintäkanavien kautta. Vuorovaikutuksellinen terveyden lukutaito on henkilökohtaisten kykyjen ja taitojen kehittymistä ryhmissä. Kriittinen terveyden lukutaito pohjautuu edellisiin tasoihin. Se tarkoittaa yksilö- ja yhteisötason voimaantumista (*empowerment*), jolloin osallistuminen, aktiivinen toiminta ja kuul-

luksi tuleminen ovat mahdollisia. (Nutbeam 2000, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Terveyttä suojaavat ulkoiset tekijät voidaan jakaa psykososiaalisten tekijöiden lisäksi ekofyysisiin ja pedagogisiin tekijöihin. Psykososiaalisia tekijöitä kouluissa ovat myönteiset ihmissuhteet, nuorten terveyttä tukevat opiskeluolot sekä terveystoiminta. Myönteisiä ihmissuhteita ilmentävät luottamukselliset toverisuhteet, opettaja-oppilassuhteen tasavertaisuus ja koulun myönteinen ilmapiiri. Sujuva yhteistyö kodin, muiden sidosryhmien ja koulun välillä sekä toimiva oppilashuolto suojaavat myös terveyttä. Terveyttä tukevat opiskeluolot muodostuvat koulun hyvästä ilmapiiristä, hyvin toteutetusta kouluruokailusta, koulun sitoutumisesta terveellisten elintapojen noudattamiseen, kouluterveydenhuollon toimivuudesta sekä koulun tasapainoisesta työjärjestyksestä. Koulun ekofyysisiä terveyttä edistäviä tekijöitä ovat toimiva ja turvallinen koulurakennus ja koulupiha lähiympäristöineen. Koulurakennuksessa tulee olla toimivat tilaratkaisut. Niitä ovat puhtaat, viihtyisät ja turvalliset tilat sekä hyvä opetusvälineistö. Koulun edullinen sijainti ja virikkeinen koulupiha lähiympäristöineen edistävät myös oppilaiden terveyttä. Pedagoginen terveyttä edistävä tekijä on hyvin suunniteltu ja toteutettu terveystoiminta muun opetuksen lisäksi. (Hyry-Honka 2004, Savola & Koskinen Ollonqvist 2005, Ylipulli-Kairala 2005.)

Promootio voi olla myös käyttäytymisen muutokseen tähtäävää toimintaa. Useimmiten se toteutuu yhteisön voimavarojen vahvistumisen kautta. Esimerkiksi koululuokat, oppilaiden vanhemmat, naapurukset, työpaikat, vapaa-ajan ryhmät tai ystävykset päättävät kehittää yhdessä tärkeiksi katsomiaan terveystoimintaa tai vastustaa epätarkoituksenmukaiseksi kokeamaansa elinolosuhteiden muutosta. Aloite perustuu tällöin aktiivisten yksilöiden toimintaan, joka laajetessaan muuttuu vapaaehtoisten pienryhmien toiminnaksi ja vähitellen kohti organisoitua sosiaalista ja poliittista vaikuttamista. Yhteisön toiminnan mukana yksilön oma vastuu terveystoiminnasta lisääntyy, valmiudet asettaa tavoitteita oman terveyden edistämiseksi vahvistuvat sekä kokemukset selviytymistaidoista, toimintakykyisyydestä ja sosiaalisesta tuesta lisääntyvät. Yksilöä ei jätetä yksin terveystoimintansa kanssa. (Laverack 2004.) Tässä yhteydessä käytetään usein käsitettä *empowerment* ”voimaantumisen”. Voimaantumisen vastakohtana ovat käsitteet voimattomuus, avuttomuus, toivottomuus, alempiarvoisuus, riippuvuus, lannistuminen, holhoaminen ja elämänhallinnan tunteen katoaminen. (Gibson 1991, Jones & Meleis 1993, Rodwell 1996, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, Koponen ym. 2002, Räsänen 2005.)

Preventiivinen terveyden edistäminen tarkoittaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventiota. *Primaaripreventio* on sairauksien kehittymistä ehkäisevää toimintaa, jota toteutetaan ennen taudin esiasteen kehittymistä. Yksilön ja yhteisön alttiutta sairastua vähennetään vaikuttamalla sairauksi-

en riskitekijöihin. Esimerkkinä primaaripreventiosta ovat terveystarkkailu ja rokottaminen. *Sekundaariprevention* avulla pyritään estämään sairauden paheneminen poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Kohonneen verenpaineen tarkkailu ennen muiden oireiden ilmenemistä on sekundaaripreventiota. *Tertiaaripreventio* on yhteydessä kuntoutuksen käsitteeseen. Sen tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä sekä vähentää olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemista. (Nupponen 1994, Rimpelä 1994, Kauhanen ym. 1998, Riikonen 2000, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).

Terveyden edistämisen yksi osa-alue on *terveyskasvatus (health education)*, joka tarkoittaa suunnitelmallisia, yhteiskunnallisia toimenpiteitä tai tarjottuja oppimismahdollisuuksia, joiden tarkoituksena on antaa ihmisille paremmat mahdollisuudet saada hallintaansa omaan ja muiden terveyteen vaikuttavat tekijät, terveystietoisuus ja elinolosuhteet. Terveyskasvatuksella on vahva perinne suomalaisessa terveydenhuollossa. Käsitettä käytettäessä keskustellaan kansanterveydellisestä valistustyöstä, kansalaisten omasta vastuusta, itsehoidosta ja kuntoutumisesta sekä terveystietoisuuden käytöstä. (Rimpelä 2005, STM 2005.)

Terveyskasvatuksen keskeisiä työmuotoja ovat *terveysneuvonta, terveysopetus ja terveystietoisuus*. Terveyttä ja sairautta koskevaa neuvontaa nimitetään usein terveysneuvonnaksi. Siihen sisältyy yksilöllisen ohjaus- ja ongelmanratkaisuprosessin lisäksi muun muassa vuorovaikutus ja psykososiaalisen tuen välittyminen. Terveystietoisuutta toteutetaan oppilaitoksissa ja niiden ulkopuolella esimerkiksi terveydenhuollossa ja liikunta-alalla. Opetuksen tavoitteena on sellaisten tottumusten, tietojen, asenteiden, arvojen ja taitojen omaksuminen, joilla on merkitystä ihmisen terveydelle. Terveystietoisuudella tarkoitetaan tavoitteellista terveyden edistämiseen pyrkivää viestintää, joka suunnataan yleisölle joukkoviestinnän keinoin. (Nupponen ym. 1991, Poskiparta 1997, Vertio 2003.)

Terveyskasvatuksen neuvottelukunnan (1995) mukaan terveystavoitteisen terveyskasvatuksen sisältöalueita ovat terveyttä vahvistava käyttäytyminen ja terveyden hoitaminen, kun taas häiriölähtöisen terveyskasvatuksen sisältöalueita ovat riippuvuuskäyttäytyminen, kansanterveysongelmien ehkäiseminen ja sairauden hoitaminen. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995.) Terveystietoisuus on luonteeltaan käyttäytymisen muutokseen tähtäävää ja toteutuu useimmiten kasvatuksen keinoin. Elämäntapojen muutoksen edistämiseen on kehitetty ja tutkittu jo 1970-luvun loppupuolelta lähtien muutosvaihemalleja, joista paljon käytetty teoriatausta esimerkiksi liikuntaneuvontaa ja riippuvuuskäyttäytymisen vierotushoitoa koskevissa tutkimuksissa on transteoreettinen muutosvaihemalli (mm. Laitakari 1979, Prochaska & DiClemente 1983, Poskiparta 1997, Prochaska & Norcoross 2003, Vähäsarja ym. 2004.)

Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan neuvonta tukee elämäntapamuutosta parhaiten silloin, kun siinä toteutuvat muutoksen prosessit, vaiheet ja tasot. Käyttäytymisen muutoksen aikana asiakas käy läpi useita kokemuseräisiä ja toiminnallisia prosesseja, jotka ovat välttämättömiä muutoksessa etenemiselle. Yleisimmin transteoreettisen muutosvaihemallin mukainen muutos on jaettu viiteen vaiheeseen, jotka ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta ja ylläpito. Asiakkaan muutosprosessi etenee sykleittäin, välillä eteen ja välillä taaksepäin suuntautuen. Elämäntapojen muutokseen kuuluvat olennaisena osana myös repsahdukset. Ne eivät ole muutoksen jarruja, vaan niiden avulla asiakas oppii tunnistamaan muutosta vaikeuttavia tilanteita. Malliin on myöhemmin otettu mukaan muutoksen tasot, joiden avulla saadaan käsitys siitä, mitkä tekijät estävät muutosta ja mistä ei-toivottu käyttäytyminen mahdollisesti on lähtöisin. Käyttäytymiseen voivat olla syynä tekijät, jotka liittyvät tiettyihin oireisiin tai tilannesidonnaisiin ongelmiin, virheellisiin tai haitallisiin ajatusmalleihin, sosiaalisiin tilanteisiin tai ihmissuhteiden ristiriitoihin ja psyyken sisäisiin ongelmiin. Elämäntapojen muuttaminen on pitkä prosessi ja sen tukeminen edellyttää asiantuntijalta käsitystä siitä, missä muutosvaiheessa asiakas on. (Prochaska & Norcoross 2003, Vähäsarja ym. 2004.)

Terveyskasvatus on ensisijaisesti ammatillista toimintaa, jota pidetään Suomessa tältä osin terveydenhuollon ja opetuslaitoksen velvollisuutena. Terveyskasvatuksella on kaksi tieteellistä perustaa. Ensiksi käytännön terveyskasvatus edellyttää järjestelmällistä terveystietoperustaa, joka luodaan analysoimalla, yhdistämällä ja jatkuvasti kriittisesti arvioimalla kansainvälisen ja suomalaisen terveystutkimuksen tuloksia. Toiseksi terveyskasvatuksen erityinen tiedonala ja tietoperusta nojaavat tietoihin kasvatuksesta. Terveyskasvatuksen luonnehdinnassa kansainvälinen kirjallisuus korostaa tietoisia oppimiskokemuksia ja sosiaalista vaikuttamista. Näiden myötä pyritään lisäämään ihmisen henkilökohtaisia valmiuksia huolehtia omasta ja toisten terveydestä ja toimia terveyden hyväksi. Tietoisuus, suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus asettavat terveyskasvatukselle ammattimaisen osaamisen vaatimuksia. (Nupponen 1994, Rimpelä 1994, Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995.)

Nuorten terveyden edistämisen lähtökohtia

Peruskoulussa nuoret käyttävät runsaasti aikaansa tietojen ja taitojen kehittämiseen. Tänä herkkänä aikana he sosiaalistuvat kasvukulttuurinsa ja yhteisönsä arvoihin ja normeihin. Hyvä lapsuus ja nuoruus sekä positiiviset ja läheiset sosiaaliset suhteet ovat pohja kaikille oppimisen perusasioille, kos-

ka lapsuus seuraa ihmistä tavalla tai toisella läpi elämän. (Koberg 2004, Mäkinen 2005, Ranta 2005.)

Lapsuuteen ja nuoruuteen kuuluvat kiinteästi perheellisyys ja aikuiset. Aikuiset ovat osa lasten maailmaa ja lapset aikuisten maailmaa. Näissä keskinäisissä suhteissa korostuvat riippuvuus ja vastuullisuus. Aikuisten arvot ja arvostukset määräävät pitkälti sen, millaisissa oloissa lapset saavat kasvaa ja millaiseksi lapsuus muodostuu. Kasvatuksessa ihmisarvo on itseisarvo. Ihmisen perusolemus on saada olla toisen ihmisen lähellä, saada olla yksilönä erityinen ja ainutlaatuinen, saada arvostusta ja läheisyyttä. Kasvuympäristössä tulee olla ihmisiä, joihin voi luottaa. Lapsi kasvaa ja kehittyy kokemustensa ja aikuisilta saamansa vastakaiun varassa. Myönteiset kokemukset palkitsevat. Rakastava aikuinen avaa lapselle hänen kehittymisensä ulottuvuuksia. Onnistuminen näkyy lapsen omanarvontunnon vahvistumisena ja itsekuria vaativien taitojen kehittymisenä. Lapsi ei tyydy vain asioihin, joista saa helposti mielihyvää. Henkinen itsesäätely on myös eettisen itsekontrollin perusta. Sen puuttuminen johtaa lyhytjänteisen mielihyvän keräämiseen ja ajelehtimiseen ilman elämänhallintaa vaativien ja vastuullisten taitojen kehittymistä. (Rönkkönen & Nevalainen 2002, Kallio 2004, Koberg 2004, Määttä 2004, Tyrväinen 2004, Myllymäki 2005, Tasula & Mäkelä 2005.)

Aikamme ihmiskäsitys on arkikäytännön tasolla armoton, sillä ihminen nähdään yhä yksipuolisemmin välineenä, jonka tehtävänä on vastata yhteiskunnan lisääntyvään tehokkuuden tavoitteluun (Määttä 2004). Elämme maailmassa, joka on enemmän epäselvä kuin selkeä ja joka tarjoaa pikemmin epävarmuutta kuin turvallisuutta. Elämästä on tullut projekti, jossa oma inhimillisuus on koottava ja rakennettava henkilökohtaisesti mielekkääksi ja eettisesti kestäväksi. (Onnismaa ym. 2000a.) Ihmisenä olemisen oikeuden ja elämänskysymysten muutosten unohtaminen johtaa helposti ongelmiin. Nuorten käytöshäiriöt, psykososiaalisen terveyden ongelmat ja psykosomaattinen oireilu kietoutuneena aikuisten vaikeuksiin vaarantavat hoitamattomina nuorten tulevaa sosiaalista selviytymistä ja haittaavat oppimista. Nykyään erityisopetusta saa entistä useampi oppilas ja levottomia oppilaita on opettajien kokemusten mukaan entistä enemmän. (Bräutigam 2004, Pönkkö ym. 2004.)

Nuoruuden ikäkauden ja kasvuvaiheen vakava uhka on nuorisorikollisuus, jolle on tyypillistä rikosten tekeminen ryhmässä ja rikosten suunnitelmattomuus. Nuorisorikollisuuden pääasiallisia muotoja ovat omaisuusrikkokset, pahoinpitelyt sekä päihteiden ja huumeiden käytön yhteydessä rikoskäyttäytyminen. Maahanmuuttajien kotouttaminen edellyttää yhteiskunnalta ja viranomaisilta toimia eri kulttuureista saapuvien auttamiseksi. Epäonnistuminen tässä saattaa heijastua rikosluvuissa. Etniset vähemmistöt ovat ylliedustettuina nuorten rikoksenteijöiden keskuudessa. Nuorisorikol-

lisuutta voidaan pitkälti selittää perheen hajoamiseen, mataliin tuloihin ja koulupinnaukseen liittyvillä seikoilla. Nuorisorikollisuus on myös suoraan kytköksissä nopeaan sosiaaliseen ja taloudelliseen muutokseen yhteiskunnassa. (Oikeusministeriö 2003.)

Tutkimukset nuorten tekemistä henkirikoksista (vrt. Kuure 2001) osoittavat, että murha, tappo, niiden yritys tai törkeä pahoinpitely ovat 15-22 – vuotiaiden päärikoksia. Henkirikoksiin syyllistyneiden perhetaustaan liittyviä tekijöitä ovat usein isän alkoholismi, isän väkivaltaisuus, perheen hajoaminen, perheen huono ilmapiiri, etäinen ja huono isäsuhde sekä perheen kuuluminen matalaan sosiaaliluokkaan. Väkivaltarikollisella on säännönmukaisesti alkoholiongelma, vaikeuksia kouluun sopeutumisessa ja heikko koulumenestys. On myös viitteitä sellaisen kulttuurin muodostumisesta, jossa väkivaltaa pidetään ongelman oikeutettuna ratkaisutapana. Perinteisten rikosten selitysmallien rinnalla on korostumassa akuuttien perhekriisien ja mielenterveysongelmien merkitys nuorten väkivaltarikollisuuden taustatekijöinä. Rikollisuuden biologisiin selitystekijöihin ja väkivaltakäyttäytymisen ennaltaehkäisyyn lääkehoidolla keskittyvät tutkimukset ovat yleistyneet. (Oikeusministeriö 2003.)

Nuorten terveyden edistämisessä kansallinen syrjäytymisen vastainen toiminta ja terveyserojen kaventaminen kuuluvat yhteen. Yhteisillä politiikan, hallinnon eri alojen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimilla voitaisiin edistää kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ryhmien hyvinvointia ja terveyttä. Koulun tehtävä on edistää nuorten osallisuutta ja aktiiviseksi kansalaiseksi kasvamista. Osallisuuden edistäminen perustuu toisaalta ajankohtaisiin kansallisiin ja kansainvälisiin nuorisopoliittisiin tahdonilmauksiin ja toisaalta tutkimustietoihin, jotka kertovat vieraantumisen välillisestä demokratiasta ja uudenlaisten vaikuttamistapojen syntymisestä. (Pietikäinen 2003, Ebeling ym. 2004, Kuusela 2005, Mäkinen 2005, Ranta 2005, Sailas 2005.)

Koulujen haasteita

Koululuokissa on monenlaisia tuen tarvitsijoita ja tästä syystä opetusryhmät ovat vaikeasti hallittavissa. Nuorten ongelmat kärjistyvät yläasteelle siirryttäessä, jolloin nuoret tekevät tärkeitä valintoja tulevaisuutensa kannalta. Viimeistään tässä vaiheessa nuoret tarvitsevat apua selviytymisessä ja tukea elämänhallinnan vahvistumisessa. Nuorten syrjäytymistä voidaan estää, mutta mahdollisuudet huononevat ratkaisevasti, jos peruskoulun keskeyttämisestä on ehtinyt kulua jo aikaa ja nuori on ehtinyt kokea monia muita epäonnistumisia elämässään. Hyviksi käytännöiksi ja tuloksellista toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi ovat osoittautuneet syrjäytymisvaarassa

olevien nuorten tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja nuoren tukeminen siirtymävaiheissa, esimerkiksi ala-asteelta yläasteelle ja peruskoulusta jatko-opiskeluun, sekä eri tahojen välisen yhteistyön tiivistäminen. Elämänhallintaa, sosioemotionaalisia taitoja, tunnekontrollia, itsetuntemusta, yhteistyötä ja ongelmanratkaisutaitoja voidaan asiantuntijoiden mukaan oppia harjoittelulla, mutta niitä ei opita kirjoista tai luennoilla istumalla. (Kuula 2000, Kinnunen ym. 2004, Lintunen & Kannas 2005, Kuusela 2005, Suikkanen 2005.)

Aktiiviseksi kansalaiseksi voi oppia vain harjoittelemalla. Nuoria tulee ohjata itsetuntemukseen ja omien alitajuisten motiivien ymmärtämiseen (Pelkonen 2004). Kansalaistaitojen opettelu tarkoittaa vastuunoton, dialogin, argumentoinnin, toisen asemaan asettumisen, kriittisyyden ja muiden demokratiataitojen opettelu. Tällä perusosaamistyöllä on suuri merkitys nuorten myöhemmässä elämässä selviytymisen kannalta. Aktiivinen kansalainen on henkilö, jolla on taitoja, kykyä ja motivaatiota osallistua ja joka kokee osallistuvansa. Kun nuori tuntee pätevyyttä ja pitää omaa rooliaan merkittävänä, hänellä on kompetenssia tuoda ilmi omalle toiminnalleen asettamia tarkoituksia ja odotuksia sekä arvioida niiden toteutumista osana yhteisöä. (Pietikäinen 2003, Peltonen 1994.)

Koulun mahdollisuuksia edistää nuorten terveyttä ja hyvinvointia parannettiin Suomessa, kun terveystieto monitieteisenä ja nuorten arkipäivästä lähtevänä oppiaineena sisällytettiin koulujen opetussuunnitelmiin. Opetussuunnitelman perusteissa (2004) edellytetään suunnitteluyhteistyötä koulun sisällä eri oppiaineiden ja oppilashuollon kanssa. Perusteissa ohjataan myös ottamaan huomioon koulu- ja paikkakuntakohtaiset terveyst- ja turvallisuuskysymykset (Karvinen & Savola 2004, Tyrväinen 2004.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaan kouluissa kaivataan monipuolista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja uusia terveyden edistämisen tapoja, jotka sisältyvät opetukseen ja kaikkeen toimintaan (STM 2001). Lapsena ja nuorena omaksutut elintavat luovat terveytemme perustan. Suomessa vuonna 1993 alkanut Euroopan terveet koulut -toiminnan tavoitteena on ollut terveystietämyksen tuominen koulun opetussuunnitelmiin ja arkikäytäntöön. Kinnusen ym. (2004) tapaus-verrokkitutkimuksen mukaan kouluissa tunnetaan hyvin nuorten heikko elämänhallinta ja syrjäytymisvaara. Opettajat tuntevat oppilaansa. He huomaavat oppilaiden ongelmia ja alkavan syrjäytymiskehityksen merkkejä. Toisaalta koulussa hyvin menestyvien nuorien heikko elämänhallinta jää tunnistamatta. Tämä tukee käsitystä, että kaikki nuorten ongelmat eivät näy ulkopuolisille (McGee *et al.* 1995).

Kouluterveydenhuollon haasteita

Kouluterveydenhuollon henkilöstö tavoittaa kaikki koulua käyvät nuoret säännöllisesti useita kertoja peruskoulun yhdeksän vuoden aikana. Kouluterveydenhuollon tavoitteena on kouluyhteisön hyvinvoinnin ja oppilaiden terveyden edistäminen sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen yhteistyössä oppilaiden, oppilashuollon, muun henkilöstön, opettajien ja vanhempien kanssa. Kouluterveydenhuollon tehtävänä on osallistua koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä työolojen, koulun terveellisyyden ja turvallisuuden valvontaa ja edistäminen. Tehtäviin kuuluu myös oppilaan hyvinvoinnin ja terveyden seuraaminen, arviointi ja edistäminen. Lisäksi osallistuminen oppimisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien tunnistamiseen ja selvittämiseen yhteistyössä muun oppilashuoltohenkilöstön, nuorten vanhempien ja opetushenkilöstön kanssa on osa kouluterveydenhuoltoa. (Hyssälä 2005.)

Syrjäytymiskehityksen ehkäisyn ja mielenterveystyön ohella kouluterveydenhuollon haaste on ehkäistä epäterveellisiä elintapoja, jotka johtavat terveydenhuoltoa kuormittavien kansansairauksien syntyyn. Keskeisimpiin kansantauteihin on todettu kytkeytyvän useita terveystaloihin liittyviä riskitekijöitä, kuten liikunnan vähäisyys, ravinnon rasvat ja suola, runsas alkoholin käyttö ja tupakointi. Yksilön riski sairastua on monien samanaikaisesti vaikuttavien tekijöiden summa tai syysuhteiden monimutkainen verkosto. Tällöin huomion kiinnittäminen yksittäisiin käyttäytymistekijöihin ei riitä. Niin terveysseurannassa kuin yksilöihin kohdentuvassa terveyskasvatuksessa on kiinnitettävä huomiota aiempaa enemmän muun muassa elämänhallintaan, koettuun elämänlaatuun, sosiaalisiin suhteisiin ja yhteisyyden tunteeseen, tietoisuuteen omasta kehosta ja sen toiminnasta sekä elämän merkityksellisyyteen. (Koponen 2002, Liimatainen & Ryttyläinen 2004, Pelto-Huikko 2005, Sauvola 2005).

Jotta terveydenhuolto tulevaisuudessa onnistuisi, on ratkaisevan tärkeää huolehtia lasten ja nuorten terveydestä. Esimerkiksi luukadon eli osteoporoosin hoito aloitetaan nykyisin myöhään aikuisiällä. Ihmisen luusto kerää kuitenkin pääosan lujudestaan ennen 20 vuoden ikää. Joudumme siis valitsemaan kahdesta vaihtoehdosta: joko hankimme liikunnan ja oikean ravinnon avulla vahvat luut lapsena tai hoidamme aikuisena heikoksi jääneitä luitamme kalliilla lääkehoidolla ja leikkauksilla. Myös sydän- ja verisuonitauteihin johtava prosessi saa alkunsa lapsuudessa. Kallista ja pitkäaikaista aikuisten kolesterolia alentavaa lääkehoitoa kutsutaan usein sairauden ennaltaehkäisyksi, vaikka se tosiasiansa on olemassa olevan vaurion jarruttamista. Tutkimusnäyttöä on siitä, että kansantauteihin sairastumista voidaan vähentää tuntuvasti, jos pystymme parantamaan elintapoja ja hoitamaan sairauksia mahdollisimman aikaisin. Liikuntatottumuksiin, ruokavalioon ja

nautintoaineiden käyttöön on pyrittävä vaikuttamaan lapsuudessa ja nuoruudessa. Silloin ihminen kehittää itselleen tottumukset, jotka pyrkivät säilymään sitkeästi läpi elämän. Jos lapsi oppii syömään lähinnä nälkänsä ja nauttimaan liikkumisesta, on näitä oppeja helppo noudattaa aikuisenakin. (Rönkkönen ym. 2004, Honkanen 2005.)

Viime vuosina koulujen terveyden edistämässä on korostettu yhä enemmän yhteisöllisten voimavarojen (esim. Pietilä ym. 2002b, Bornstein *et al.* 2003, Hyry-Honka 2004) sekä koulun oppimisympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden merkitystä. (Kallonen-Rönkkö 1995, Huusko 1999, Pietarinen 1999, Savolainen 2001, Ylipulli-Kairala 2005). Terveyden kannalta merkittäviä voimavaroja lapsuudessa ja nuoruudessa ovat mm. perhe, sosiaaliset suhteet toveripiirissä, kouluyhteisö, hyvä itsetunto, terveyden lukutaito sekä terveellisiin valintoihin motivoituminen. (ks. Kannas & Brunell 2000, Nutbeam 2000, Kickbusch 2001, StLeger 2001.)

Koulutuksellisia haasteita ja osaamisvaatimuksia

Opettajakoulutuksessa tarvitaan uusia sisältöjä ja välineitä nuorten terveystiedon opettamiseen ja terveyden edistämiseen. Koulutasolla on pohdittu terveystiedon opettamiseen, opettajan kelpoisuuteen ja tuntijakoihin liittyviä kysymyksiä. Uusi oppiaine on tuonut esiin ristiriitoja ja päätöksenteon tarpeita. Opettajien peruskoulutuksen antamat taidot erilaisten oppilaiden kohtaamiseen ovat puutteelliset, ja siksi sekä vanhemmat että opettajat kohdistavat runsaasti toiveita erityisopetuksen järjestämiseksi, oppilashuoltoon ja kouluterveydenhuoltoon (Bräutigam 2004). Tarvitaan yhteistyötä ja vuorovaikutusta, jotta yhteisiin näkemyksiin olisi mahdollista päästä. Yhteistyökykyinen, verkostoituva ja vuorovaikutteiseen viestintään kykenevä opettaja on oppilaille näkyvä esimerkki terveystiedon tavoitteiden toteutumisesta. Terveystiedon opettajan yhteistyöverkoston laajuus vaihtelee paikkakunnittain, kouluittain ja myös eri opettajien kesken. Lähimmät yhteistyökumppanit löytyvät omalta koululta, kouluterveydenhuollosta sekä naapurikouluista. Oma kouluterveydenhoitaja tai lääkäri tuntee oppilaat, heidän tarpeensa ja on terveydenhuollon asiantuntija. Vaikka terveydenhoitaja ei oman laajan työkenttensä takia pystyisi osallistumaan oppituntien ja teemojen toteutukseen, hänen kokemuksensa, oppilastuntemuksensa ja materiaalina ovat suureksi avuksi suunnitteluvaiheessa. (Tyrväinen 2004.)

Työskentelyn painoalueissa ja osaamisessa tarvitaan muutosta myös kouluterveydenhuollossa. Esimerkiksi Tossavaisen ym. (2004) tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajat huomioivat terveystarkastuksissa hyvin nuorten fyysiseen terveyteen liittyvät asiat, mutta nuorten psykososiaalista hyvinvointia ja kykyä ratkaista ongelmatilanteita he eivät niinkään huomi-

oi. Nuorten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden ymmärtäminen sekä erilaisten ongelmien tunnistaminen edellyttävät kouluterveydenhuollon henkilöstön lisäkoulutusta sekä oman työn, toimintatapojen ja toimintaprosessien uudelleen tarkastelua. Yhteistyön lisääminen opettajien, kouluterveydenhuollon, vanhempien ja muiden toimialojen välillä on välttämätöntä. (Pelkonen 1995, Kinnunen ym. 2004, Ryttyläinen ym. 2004, Tupala ym. 2004, Paasivaara 2005.)

Hoitotieteellisistä tutkimuksista (Simoila 1994, Pelttari 1997, Lohiniva 1999) käy ilmi, että terveydenhoitajan työ on sisällöllisesti muuttunut suhteellisen vähän viimeisten vuosikymmenien kuluessa, vaikka elämme nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa, jossa myös väestön terveydenhoidolliset tarpeet muuttuvat. Sairaanhoidajat ja terveydenhoitajat tarvitsevat työelämän murroksessa entistä enemmän valmiuksia moniammatilliseen yhteistyöhön, tutkimus- ja tiedonhankintavalmiuksia, kykyä eritellä ja tuoda julki toiminnan teoreettisia perusteita sekä toiminnan laatua ohjaavia arvoja. Teoriaperustaisten työskentelymallien lisääntyminen helpottaa työn näkyväksi tekemistä ja lisää perus- ja täydennyskoulutustarvetta. Näyttöön perustuvassa toiminnassa yhdistyy paras saatavilla oleva tietous eheäksi kokonaisuudeksi. Esimerkkejä näytöstä ovat tutkimustieto, tieto asiakkaan tarpeista, toiveista ja mieltymyksistä, hoitotyöntekijän tiedot ja taidot sekä organisaation voimavarat. (DiCenso *et al.* 1998, Cullum 2000, Green 2000, Kitson 2000, Vallimies-Patomäki ym. 2003, Kurki 2004, Malmivaara 2004, Kylmä ym. 2004.)

Ammattikorkeakouluissa pyritään ennakoimaan työelämän osaamisvaatimuksia ammattikäytäntöjä ja ammattisivistystä kehittävällä tutkimus- ja kehitystyöllä sekä siihen integroituvalla korkeakouluopetuksella. Muun muassa ohjaus- ja neuvontatyön ammattikäytännöt ovat muuttuneet niin kouluissa kuin terveydenhuollossa. Vanha työkokemus ja koulutuksessa saavutettu orientaatio on jouduttu kyseenalaistamaan. Työntekijöiden on pystyttävä toimimaan entistä tehokkaammin tiedon analysoimisessa, henkissä ongelmanratkaisussa, luovassa ideoiden tuottamisessa, työelämän tilanteiden uusiin puoliin suhtautumisessa sekä vuorovaikutus- ja viestintätaidoissa. Ohjaus- ja neuvontatyö on myös kansainvälistynyt. (Peavy 1997, Onnismaa ym. 2000b, Absetz & Valve 2004). Tietotekniikka tarjoaa ohjaukselle hyödyllisiä apuvälineitä, mutta on korostettava, että sosiaalista osallisuutta, yhteisöllisyyttä, kokemista ja inhimillistä kohtaamista ei tekninen välineistö voi korvata (Kosonen 2000).

Ohjauksen lähtökohdaksi on muodostunut vuorovaikutusprosessien toteuttaminen niin, että ohjattava tulee kuulluksi, hyväksytyksi ja ymmärretyksi sekä pääsee elämäntilanteessaan eteenpäin. Ohjausdialogin kautta ohjaaja pyrkii luomaan ohjattavalle mahdollisuuksia nähdä ja tehdä asioita ainakin jonkin verran toisin. Ohjaustilanteessa ohjaajan persoonallisuus on

yhtä tärkeä kuin hänen käyttämänsä malli. Kaikkietävästä ja luokittelevasta asiantuntijuudesta käännetään asiakkaan asiantuntijuuteen. (Kosonen 2000, Onnismaa 2000b.)

Edellä esittämäni kirjallisuuskatsauksen yhteenvedona (taulukko 1) on perusteltua todeta, että kouluterveydenhuolto ja kouluyhteisöt ovat monien uusien terveyden edistämisen ja terveystieteiden osaamisvaatimusten edessä. Nämä vaatimukset tulee ottaa huomioon terveystieteiden tutkimuskehittämisen prosessissa. Nuorten terveyden edistämisen osaamisvaatimuksissa korostuvat ydinosaamisena yleisen arvoperustan syventäminen ja eettinen osaaminen, välittävänä ja läsnä olevana aikuisina toimiminen ja nuorten aito kohtaaminen. Mielenterveys- ja päihdetyö, elämäntilanteen ja syrjäytymiskehityksen tunnistaminen, varhainen puuttuminen sekä perheiden oikeanlainen tukeminen ilman moralisointia ovat osaamista, joilla voidaan edistää nuorten elämäntilanteen nykyajan vaativassa postmodernin yhteiskunnan toimintakulttuurissa.

Asiantuntijoiden (Friis ym. 2004, Helminen & Rimpelä 2004, Solantaus 2004) mukaan se, että lasten ja nuorten mielenterveysongelmat tuntuvat lisääntyvän, johtuu osittain toimintajärjestelmien vanhentumisesta ja uskalluksesta puhua julkisesti mielenterveydestä. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan lasten ja nuorten puhelimiin tulleista soitoista ja 14 – 16 – vuotiaiden tyttöjen nettikirjeiden aiheista 26 prosenttia käsittelee mielenterveysongelmia, kun vastaava luku 2000 –luvun alussa oli noin 15 prosenttia. Tytöt puhuvat eniten itsetuhoisuudesta, psyykkisistä sairauksista ja masennuksesta. (Soininen 2005.) Lasten ja nuorten hyvinvoinnin kulmakiviä ovat päivittäiset arkielämän rytmit, vuorovaikutustaidot, kyky selviytyä sosiaalisista ristiriidoista sekä oman elimistön ja mielen viestien tunnistaminen. Perheitä on autettava vanhempien hyvinvoinnissa, vanhemmuudessa ja parisuhteessa. Moraalisissa asioissa ja ongelmien kanssa kamppailevia perheitä on tuettava löytämään selviytymistapoja. Jonot lasten ja nuorisopsykiatrisessa hoidossa kertovat ongelmista sekä palvelujen sisällössä että järjestelmässä. Erikoissairaanhoidon pidetään pääosin liian yksilö- ja sairaalakeskeisenä ja avohoitoa liian kehittymättömänä palvelukseksi nuoria hyvin. (Laukkanen & Laukkanen 2004, Solantaus 2004.)

Taulukko 1. Esimerkkejä nuorten terveyden edistämisen osaamisvaatimuksista. (lähdeviitteet luvun 1 tekstissä).

<i>Toimijat</i>	<i>Nuorten terveyden edistämisen osaamisvaatimukset</i>
Koulun haasteita	<p>Promotiivinen työ Välittävinä aikuisina toimiminen Kasvukulttuuriin, yhteisön arvoihin ja normeihin soisaalistaminen arkikäytännöissä Yhteydenpito nuorten perheisiin ja vanhemmuuden tuki Itsekurin, sosioemotionaalisten taitojen, tunnekontrollin, itsetunte- muksen, yhteistyö- ja ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu Terveellisten elintapojen ja päihteettömyyden edistäminen koulussa Terveyden lukutaidon edistäminen, oppimisen seuranta ja osaami- sen varmistaminen Verkostoituminen ja sosiaaliset vuorovaikutusmallit</p> <p>Preventiivinen työ Käytöshäiriöiden, väkivallan, terveysongelmien, psykosomaattisen oireilun, omasta terveydestä vastuunoton ja elämän siirtymävaihei- den ennakoinnin sisältöjä terveystietoon Terveysliikunnan sekä oikeiden ravinto- ja nukkumistottumusten edistäminen Elämänhallinnan ja syrjäytymisvaaran tunnistaminen ja varhainen puuttuminen</p>
Kouluterveyden- huollon haasteita	<p>Promotiivinen työ Välittävänä aikuisena toimiminen Terveen kasvun ja kehityksen tukeminen yhteistyössä oppilaiden, oppilashuollon, muun henkilöstön, opettajien ja vanhempien kanssa Osallistuminen kouluyhteisön ja oppimisympäristöjen terveellisyy- den ja turvallisuuden kehittämiseen Nuorisoriikollisuuden ja väkivallan ennakointi yhteistyössä koulun ja sosiaalityön kanssa Tiedottaminen ja terveysviestintä Päätöksentekoon vaikuttaminen ja ihmisiin kohdistuvien vaikutus- ten arviointi (IVA)</p> <p>Preventiivinen työ Terveystarkastukset ja –keskustelut, oppilaiden hyvinvoinnin ja terveyden arviointi jatkuvana prosessina Oppimishäiriöiden, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien, terveyden riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden tunnistaminen sekä varhainen puuttuminen Kotikäynnit ja perheiden tuki vaikeissa perhetilanteissa Oppilashuoltotyö Varhainen puuttuminen syrjäytymiskehitykseen ja epäterveellisiin elintapoihin Terveyskasvatus kansansairauksien ehkäisemiseksi</p>

(jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

<i>Toimijat</i>	<i>Nuorten terveyden edistämisen osaamisvaatimukset</i>
Koulun johtamisen haasteita	<p>Promotiivinen työ Koulun kulttuurin, arvojen ja normien määrittäminen sekä terveyttä edistävien toimintatapojen kehittäminen Terveysnäkökulman vieminen koulun opetussuunnitelmiin ja arki-käytäntöön Nuorten osallisuuden ja aktiiviseksi kansalaiseksi kasvamisen mahdollistaminen Koulun työjärjestyksen tasapainoisuudesta vastaaminen Ekofyysisesti, psykososiaalisesti ja pedagogisesti terveellisen oppimisympäristön kehittäminen Kouluterveydenhuollon palvelujen järjestäminen ja integrointi nuorten elämänpiiriin</p> <p>Preventiivinen työ Syrjäytymisen vastaisen ja terveyseroja kaventavan toiminnan organisointi Heikoimmassa asemassa olevien ryhmien hyvinvoinnin edistäminen Koulukuraattori- ja psykologipalvelut Oppilashuollon järjestäminen Sovittelumenettelyt vaikeissa ongelmatilanteissa</p>
Tutkimuksen ja kehitystoiminnan haasteita	<p>Promotiivinen työ Koulun terveys- ja hyvinvointihankkeet Laatutyö</p> <p>Preventiivinen työ Syrjäytymisen ehkäisyn ja kansanterveyden edistämisen hankkeet</p>
Koulutuksellisia haasteita	<p>Promotiivinen työ <i>Opettajakoulutus:</i> Terveiden edistämisen ja terveyskasvatuksen sisällöt ja välineet, terveystiedon opettaminen, vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot <i>Terveystieteiden koulutus:</i> Psykososiaaliset terveyden edistämisen prosessit ja menetelmät, kouluterveydenhoitajan työn osaamisvaatimukset, vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot, päätöksentekoon vaikuttaminen, näyttöön perustuva työ</p> <p>Preventiivinen työ <i>Opettajakoulutus:</i> Erilaisten oppilaiden kohtaaminen, esim. puheeksi otto ja varhainen puuttuminen Terveyskasvatuksen menetelmät <i>Terveystieteiden koulutus:</i> Ongelmatilanteiden ratkaisu, esim. puheeksi otto ja varhainen puuttuminen Terveyskasvatuksen prosessit ja menetelmät, näyttöön perustuva ohjaus.</p>

Avohoito edellyttää onnistuakseen ymmärryksen lapsen ja nuoren kehitysympäristöjen merkityksestä laajemmin. Kehitysympäristöllä tarkoitetaan elämänpiiriä, mistä lapset ja nuoret saavat vaikutteita. Niitä ovat koti, päivähoito, lapsen ja nuoren oman sosiaalisen verkoston ihmissuhteet sekä toiminta, joka tapahtuu puistoissa tai kaduilla, kaupungissa tai omassa pihapiirissä tai kylänraitilla haja-asutusalueilla. Jos kehitysympäristöjä ei oteta mukaan lapsen tai nuoren hoitoon, osa mahdollisuuksista jää käyttämättä tai hoidon saavutukset voidaan jopa pilata. Jos lapsi kärsii vaikeasta masennuksesta, on turha kuvitella, että sairaalahoidon tulokset kantaisivat, jos hän joutuu esimerkiksi entisenlaisen kiusaamisen kohteeksi palatessaan kouluun. Hoidon toteuttaminen lapsen ja nuoren kaikissa kehitysympäristöissä on vielä aika harvinaista. Lasten ja nuorten turvallisen kasvun edistäminen on vaikuttamista tulevaisuuteen koko yhteiskuntapolitiikassa. (Laukkanen ym. 2001, Lane *et.al.* 2004, Laukkanen & Laukkanen 2004, Solantaus 2004.)

Tämä tutkimus perustuu monitieteiseen tutkimusaineistoon, erityisesti preventiivisen hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimukseen (liite 1). Terveystieteiden tutkimukselle on tunnusomaista sosiaalisten tekijöiden, käyttäytymisen ja terveyden keskinäisten yhteyksien tarkastelu. Terveystieteiden yhteiskunnalliset perustelut nousevat kansanterveysongelmiamme luonteesta, joiden syyt ovat pääosin elinympäristössä ja ihmisten käyttäytymisessä. Elinympäristöön ja käyttäytymiseen voidaan vaikuttaa ennen muuta yhteiskuntapolitiittisin keinoin, mutta myös terveystieteillä on omat mahdollisuutensa. Haasteena on tutkimusvetoisen terveystieteiden kehittäminen esimerkiksi toimintatutkimuksena ja terveystieteen käytännön toteuttamana kehitystyönä. Käytännön terveystieteen kehittämisen edellyttää järjestelmällisen tietoperustan luomista ja sen jatkuvaa uudistamista tutkimustoiminnan avulla. (Rimpelä 1994, Beattie 1996, Liimatainen 2002.)

Preventiivisen hoitotieteen yhtenä painoalueena on terveyden edistämisen toimintamallien kehittäminen. Tieteidenalan tutkimuksen kehittämisen suunniksi on määritelty mm. yhteisö- ja voimavaralähtöisyys terveyden edistämiseksi, interventiotutkimukset sekä terveysvalinnat ja terveyden arvoperusta. Käytännöllisenä tavoitteena on kehittää erilaisia ammattikäytäntöjä ja perusterveydenhuollon palveluja asiakkaiden tarpeista lähteviksi. Lisäksi tuotetaan tietoa ajankohtaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käsittelevään päätöksentekoon ja palvelujen kohdentamiseen asiakasta parhaiten tyydyttävällä tavalla. (Pietilä ym. 1999.) Molemmilla tieteenaloilla yhteinen tehtävä on tieteellisen-ammattillisen osaamisen kehittäminen (Rimpelä 1994).

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on jatkaa nuorten terveystilanteiden ja terveyden edistämisen tarpeiden arviointia helpottavan työvälineen kehittelyä kouluterveydenhoitajien työhön. Kainuulaisten nuorten terveystilanteen kuvaus-hankkeessa, vuosina 1995 – 1998, *terveystilanteen kuvausmittariksi* nimeämäni työvälineen kehittämisen lähtökohta tässä tutkimuksessa on nuorten elämään soveltuvien sisältöalueiden ja mittarin rakenteen teoreettinen perustelu. Terveystilanteen kuvausmittarin toimiminen käytännön työvälineenä edellyttää myös ammattityöhön soveltuvan mittausmenetelmän kehittelyä ja asiakasta hyödyttävän mittaustuloksen arviointitavan määrittelyä. Mittaustulosten perusteella terveydenhoitaja voi hahmotella *terveystilanteen kuvan*, joka on nuoren ja terveydenhoitajan yhteinen näkemys nuoren terveystilanteesta. Terveystilanteen kuvausmittari auttaa terveydenhoitajia kohdentamaan ohjauksensa nuorten terveyteen, elämäntilanteeseen ja koulunkäyntiin liittyviin tuen tarpeisiin, löytämään erityistä tukea tarvitsevat oppilaat sekä ottamaan nuoret mukaan heitä koskevaan päätöksentekoon.

Ryhdyin mittarin kehittämiseen tietoisena siitä, että sen kehittäminen alkuideasta toimivaksi käytännön työvälineeksi edellyttää vuosien ajan tutkimusta, kokeiluja ja arviointia. Terveystilanteen kuvausmittarin kehittäminen alkoi jo vuonna 1993 suunnittelemani muuttuvien elämäntilanteiden sekä ohjauksen ja tuen tarpeiden arviointivälineestä, *Minäavaimesta* (liite 2). Kehittäminen jatkui kokeilulla kajaanilaisen peruskoulun yläasteella Kainuulaisten nuorten terveystilanteen kuvaus-hankkeessa. Vuonna 2001 raportoin lisensiaatintutkimuksena mittarin kehittämisen ensimmäisen vaiheen ja kokeilun.

Tutkimuksen tavoitteena on terveystilanteen kuvausmittarin rakenteen ja sisällön teoreettisten perusteiden, mittausmenetelmän ja mittaustulosten arviointiperusteiden täsmentäminen sekä kehittämisprosessin vaiheiden kuvaaminen ja arviointi.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. *Mitä sisältöalueita terveystilanteen kuvausmittariin tulee sisällyttää ja miksi?*
2. *Miten terveystilanteen kuvausmittaria voidaan käyttää kouluterveydenhoitajan työssä?*
3. *Miten terveystilanteen kuvausmittarilla saatua tietoa tulee arvioida?*

3 TUTKIMUSMENETELMÄ

3.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto koostuu dokumentaarisesta aineistosta, jota olen kerännyt useassa eri vaiheessa hoitotieteellisistä, kansanterveystieteellisistä, kasvatustieteellisistä, sosiaalilääketieteellisistä, yhteiskuntatieteellisistä ja terveyskasvatuksen alan tutkimuksista ja kirjallisuudesta, ammattilehtien tieteellisistä artikkeleista sekä sanomalehtien asiantuntijahaastatteluilta. Empiirisenä aineistona käytän mittarin ensimmäisen kehitysvaiheen kokeilusta raportoituja aineistoja, jotka perustuvat *Pohjoissuomalaisen nuoren terveystuotokuva* –tutkimusprojektin (Pietilä 1998, Pietilä ym. 1998) osahankkeen, Kainuulaisten nuorten terveystuotokuva, tuloksiin (Oikarinen & Eirola 1999, Oikarinen 2001). Kokeilu toteutettiin vuosina 1995 – 1998 kajaanilaisen peruskoulun yläasteen yhden ikäluokan seitsemännellä, kahdeksannella ja yhdeksännellä luokalla oppilaiden (n=118) kouluterveystarkastuksista. Koulussa oli menossa tuolloin oppilashuollon ja koulutyön laadun kehittäminen, jossa nuorten osallistuminen ja kouluterveydenhoitajan rooli haluttiin aikaisempaa näkyvämmäksi. Oppilashuoltoryhmässä herättivät huomiota hankkeen suunnitteluvaiheessa julkistetut WHO:n koululaistutkimuksen tulokset (Kannas 1995). Ne osoittivat, että suomalaiset lapset ja nuoret eivät tule kuulluiksi kouluyhteisöissään. Heidän kykyjään osallistua yhteisten tavoitteiden ja sääntöjen luomiseen aliarvioidaan. Kun nuoret eivät pääse vaikuttamaan itseään koskeviin päätöksiin, sitoutuminen tavoitteiden toteuttamiseen heikkenee.

Samansuuntaisia tutkimustuloksia olivat raportoineet monet ulkomaiset ja kotimaiset tutkijat (vrt. Kalnins 1992, Hagquist & Starrin 1997, Borup 1998, Peltonen 1998, Pietilä 1999.) Lisäksi työskennellessään nuorten kanssa terveydenhoitajat olivat havainneet, että aikuistumassa olevien nuorten elämäntilanne edellyttää perinteistä kouluterveystarkastusta perusteellisempaa paneutumista nuorten asioihin. Nuorten tuen tarpeiden ja erityistä tukea tarvitsevien nuorten tunnistamiseen tarvitaan uusia työvälineitä ja uudenlaista osaamista niin terveydenhoitajan ammatissa kuin koko kouluyhteisössä.

3.2 Realistinen evaluaatio terveystuotokuvamittarin kehittämisessä

Tutkimuksen metodisina ratkaisuinä ovat realistinen evaluaatio yhdistyneenä abduktiiviseen päättelyyn sekä laadullinen sisällönanalyysi (Alasuutari 1993, Hirsjärvi ym. 1997, Kazi & Spurling 2000, Anttila 2005). Realistinen evaluaatio on ensisijaisesti interventioiden vaikuttavuutta arvioiva tutkimusmenetelmä, jossa etsitään syy-yhteyksiä ja tarkastellaan niiden kautta oletusten paikkansapitävyyttä. Se pyrkii vastaamaan kysymykseen, miksi jokin interventio vaikutti. Realistinen evaluaatio on arvioitavan käytännön, sen toimintaympäristön ja niiden välisten vuorovaikutussuhteiden teoreettista ja empiiristä tutkimusta. Käytännön tasolla menetelmää on kehitetty sosiaalityön ja muiden inhimillisiä palveluja tuottavien alojen vaikuttavuuden tutkimiseen. (Pawson & Tilley 1997, Kazi & Spurling 2000, Anttila 2005).

Toinen tapa käyttää realistista evaluaatiota tutkimusmenetelmänä on soveltaa sitä innovaatioita ja ideoita eteenpäin kehittelevään luovan tuottamisen maailmaan, kuten tässä tutkimuksessa. Realistinen evaluaatio soveltuu terveystuotokuvamittarin sisällön ja rakenteen, mittausmenetelmän ja mittaus tulosten arviointiperusteiden kehittämisen menetelmäksi, koska tavoitteena on tutkia palvelukonseptin eli käytännön työvälineen rakentumista sekä toimivuutta teoriatasolla (vrt. Anttila 2005). Menetelmän prosessuaalisuus perustuu loogiseen ajatteluun. Loogisen ajattelun kolme toimintatapaa ovat deduktio, induktio ja abduktio. Deduktio lähtee liikkeelle teoriasta ja induktio puhtaasti empiriasta. Abduktiivinen päättely alkaa myös empiriasta, mutta se hyväksyy teorian olemassaoloa kaiken taustana. Johtoajatus voi olla luonteeltaan epämääräinen intuitiivinen käsitys tai se voi olla pitkälle muotoiltu hypoteesi. Hypoteesia ei pyritä osoittamaan oikeaksi tai vääräksi, vaan muotoillaan työhypoteesi, joka voidaan muuttaa ja kumota tarvittaessa kesken prosessin. Työhypoteesin avulla havainnot voidaan keskittää joihinkin seikkoihin tai olosuhteisiin, joiden uskotaan tuottavan uusia näkemyksiä ja ideoita, uutta teoriaa tai uuden mallinnuksen kyseisestä ilmiöstä. Kun abduktioon liitetään deduktio, sen avulla kootaan asiasta uusi tiedollinen kuva ja sitä seuraavan induktion avulla vahvistetaan työhypoteesin empiirisyttä eli oivallusta koetellaan käytännössä. (Pawson & Tilley 1997, Kazi 2003, Anttila 2005, Lindqvist 2005.)

Abduktiivista päättelyä varten tutkijalla on jokin johtoajatus, joka perustuu hänen aikaisempiin tietoihinsa ja kokemuksiinsa ja niiden pohjalta syntyneeseen ongelman ratkaisun ideaan. Tämä edellyttää, että tutkija hallitsee jollakin tavalla tutkimansa aiheen. Hänellä tulee olla tiedollinen ja käytännöllinen esiyymmärrys aiheestaan. Ellei hänellä ole ennakkokäsityksiä tai tietoa asiasta tai ellei hän osaisi tehdä asiaa käytännössä, hän päätyisi vain havaintojen kuvaamiseen, eikä hän pystyisi havaitsemaan aineistostaan tu-

loksen kannalta olennaista. Realistisen evaluaatioprosessin ensimmäinen vaihe on alkumielikuvan luominen. Alkumielikuva tarkentuu kerroksittain etenevässä prosessissa abduktion, palautteen ja mielikuvan todentumisen kautta täsmälliseksi mielikuvaksi ja edelleen työn tulokseksi. (Anttila 2005, Poutanen 2005.)

Metodologisella tasolla realistinen evaluaatio käyttää hyväksi empiirisen tutkimuskäytännön vahvuuksia, sen määrällisiä ja tulkinnallisia lähestymistapoja, mutta myös pragmaattisia, monimuotoisia lähestymistapoja. Laadullinen sisällönanalyysi tarkoittaa tässä evaluaatioprosessin aikaista aineiston jäsentämistä ja asteittaista luokittelua kohti terveystuotokuvamittarin, mittausten menetelmän ja mittaustulosten arviointitavan teoreettisia perusteluja (liite 2). Samalla haastan ammattilaisia parantamaan terveyden edistämistyön ammattikäytäntöjä sekä koulutuksen järjestäjiä kehittämään opettaja- ja terveydenhoitajakoulutusta. (vrt. Anttila 2005, Poutanen 2005).

Realistinen evaluaatio terveystuotokuvamittarin kehittämisprosessin ymmärtämiseksi edellyttää, että mittaaminen nähdään suunnitelmallisena toimintana. Sillä muunnetaan reaali maailman ilmiöitä mitattavaan muotoon numeerisesti ilmaistaviksi suureiksi tai, kuten tässä tutkimuksessa, ryhmitellään ja järjestellään terveyden edistämisen piirteiden ja ominaisuuksien avulla terveystuotokuvamittarin sisältöjä mittaamisen luonteen ymmärtämiseksi (Erätuuli ym. 1994, Laamanen ym. 1999).

Realistinen evaluaatio etenee tässä tutkimuksessa luovien ja produktiivisten prosessien vaiheita soveltaen kohti terveystuotokuvamittarin mallinnusta. (Anttila 2005, Poutanen 2005.)

Vaihe 1. Terveystuotokuvamittarin alkumielikuvan luominen

Alkumielikuvan luomisen vaiheessa tutkimus- ja kehitystyössä tutkija liikkuu arkikielen tasolla tai hänellä on jokin pitkälle kehittynyt johtoajatus. Silloin tehdään luonnoksia kehitettävästä kohteesta, määritellään arvotukset sekä tieto- ja taitoperustaa, jolle kehitystyö perustuu (Anttila 2005, 464). Terveystuotokuvamittarin kehittämisen kohtalaisen pitkälle kehittyneen johtoajatuksen sisältävänä alkumielikuvana pidän vuonna 1993 suunnittelemani muuttuvien elämäntilanteiden sekä ohjauksen ja tuen tarpeiden arviointivälinettä, *Minäavainta* (liite 3). Kehitin sen hoitotieteellisten opintojen, omaksumieni tietojen ja terveydenhoitajan työkokemuksen perusteella terveydestä, elämäntilanteesta ja itsehoitotaitojen oppimisesta kiinnostuneille aikuisille. Vuonna 1995 ajankohtaiset WHO:n koululaistutkimuksen tulokset (Kannas 1995) nuorten lisääntyvästä pahoinvoinnista ohjasivat minua pohtimaan, olisiko mahdollista käyttää *Minäavaimesta* keskustelua jäsentävä väline nuorten kanssa toimiville. Itselläni voimistui tarve tutkia

terveyden edistämistä koulutukseni, terveydenhoitajan työkokemukseni ja ammatillisen asemani johdosta. Toimin tuolloin Kajaanin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen kehittämis- ja johdotehtävissä. Kuvaan tässä tutkimuksessa Minäavaimen rakenteen ja sisälön, välineen käyttötarkoituksen sekä tuotetun tiedon arviointikäytännön.

Vaihe 2. Terveysmuotokuvamittarin tavoitekuvan analyttinen erittely

Analyttisen erittelyn vaiheessa hahmotetaan ja selkiytetään tavoitekuvan kokonaisuus hallittaviksi yksiköiksi, määritellään ongelmat ja asetetaan tavoitteet (Anttila 2005, 464). Tavoitekuvan määrittely perustuu tässä tutkimuksessa monitieteiseen (ks. liite 1) dokumentaariseen aineistoon terveyden edistämisen mittaamisesta, nuorten erityispiirteistä kohderyhmänä, nuorten terveydestä ja terveystietoisuudesta sekä nuorten elämäntilanteesta vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi hyödynnän mittarin kehittelyn ensimmäisen vaiheen tutkimustuloksia (Oikarinen & Eirola 1999, Oikarinen 2001). Kyseessä on nuorten terveyden edistämistyöhön kouluterveydenhoitajille tarkoitamani mittavälineen, mittausmenetelmän ja mittaustulosten arviointiperusteiden kehittäminen ja lähtökohtien arviointi.

Vaihe 3. Terveysmuotokuvamittarin luonnoksen teoreettinen kuvaaminen eli abduktio

Teoreettisen kuvaamisen vaiheessa tutkittavaksi valitut kohteet käsitteellistetään käyttäen apuna sopivia käsitekehityksiä ja mallinnuksia, joissa kuvataan kohteelta odotettavia ominaisuuksia ja suhteita muihin tekijöihin (Anttila 2005, 465). Abduktio -vaiheessa määrittelen ensiksi terveystietoisuuskuvamittarin käsitteellistämisen kehittämistä (liite 4) ja toiseksi, mitä mitataan ja miksi eli luonnehdin sitä, mitä terveystietoisuuskuvamittauksen kohteena tarkoitavat.

Vaihe 4. Terveystietoisuuskuvamittarin kokeilu kouluterveydenhoitajien keskuudessa eli retroduktio

Retroduktio on realistisen evaluaation käytännöllinen vaihe, jossa toteutuu varsinaisen tutkivan toiminnan, tutkimusaineiston keruu ja kehitettävän kohteen olemuksen selvittäminen (Anttila 2005, 465). Kainuulaisten nuorten terveystietoisuuskuva -hanke tarjosi terveystietoisuuskuvamittarille kokeiluympäristön. Hankkeeseen osallistuvat kouluterveydenhoitajat (N=4) lupautui-

vat kokeilemaan mittaria kolmen vuoden ajan erään kajaanilaisen peruskoulun yläasteen seitsemännellä, kahdeksannella ja yhdeksännellä luokalla yhden ikäluokan oppilaiden (n=118) kouluterveystarkastuksissa. He lupautuivat keräämään empiiristä arviointiaineistoa vastaamalla kysymyksiin:

Mikä terveystuotokuvamittarissa toimii ja mikä ei toimi?

Mitä hyötyä ja mitä haittoja mittausmenettelyyn liittyy?

Missä tilanteissa terveystuotokuvamittari toimii?

Tässä tutkimuksessa raportoin mittaria käsittelevän arviointiaineiston mittarin koko kehittämisprosessin hahmottamiseksi osittain uudelleen (vrt. Oikarinen 2001). Terveystuotokuvamittarilla tuotettu kouluterveystarkastusten sisällöllinen tieto on raportoitu toisaalla (Oikarinen & Eirola 1999, Eirola 1999).

Vaihe 5. Terveystuotokuvamittarin teoreettinen kokoaminen

Teoreettisen kokoamisen vaiheessa analysoin edelleen evaluaatioprosessissa syntyneitä dokumentaarista aineistoa laadullisella sisällönanalyysillä (ks. liite 2). Aineiston huolellisen lukemisen jälkeen poimin sieltä terveystuotokuvamittarin kehittämistä tukevat tutkimustulokset ja käsitteiden määrittelyt. Arvioin ja luokittelen näin rajautuneen aineiston abduktiivisesti (ks. liite 4) käyttäen luokittelussa apuna tutkimusta täsmentäviä teorioita, malleja ja käsitteitä (vrt. Hirsjärvi ym. 1997, Anttila 2005.) Merkitykselliset luokitukset ja käsitteet täsmentyvät teoreettisesti ja johtavat arviointiprosessin aikana teoreettisiin pohdiskeluihin ja selitysmalleihin. Arvioin, miten terveystuotokuvamittarin sisältöalueita, mittausmenetelmää ja/tai mittaustulosten arviointiperusteita tulee kehittää edelleen. Lopuksi pelkistän saamani tulokset nuorten terveyden edistämisen työvälineeksi kouluterveydenhoitajille. (vrt. Hirsjärvi ym. 1997, Anttila 2005, 465.)

Vaihe 6. Tulosten luotettavuus ja merkittävyys eli päättöanalyysi

Päättöanalyysin vaiheessa arvioin pohdintaluvussa tämän tutkimuksen tekemisen ja tulosten luotettavuutta. Siirrän tulosten tarkastelun tieteellisen ammatillisen osaamisen ja terveyden edistämisen koulutuksellisten haasteiden kontekstiin. Pohdin tulosten mahdollista merkittävyyttä nuorten terveyden edistämisen promotiivisilla sekä primaari-, sekundaari- ja tertiari-preventiivisillä ulottuvuuksilla, terveystuotokuvamittarissa sekä tarvetta ammatinkäytäntöjen ja osaamisen kehittämiseen. Analyysi päättyy jatkotutkimus-

haasteiden ja johtopäätösten kirjaamiseen. (vrt. Anttila 2005, 465.)

3.3 Mittaamisen suunnittelua ohjaavat kysymykset

Luotettavien mittareiden kehittäminen on monimutkaista ja aikaa vievää erityisesti silloin, kun käsitteet ovat laajoja, abstrakteja, monimerkityksellisiä eivätkä toisiaan poissulkevia ja niitä käytetään eri tavoilla tieteenalasta riippuen. (Polit & Hungler 1995, Isola 1999, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, Laamanen ym. 1999, Pietilä ym. 1999, Töyry ym. 1999.) Tutkimuksen taustan käsitelmärittelyistä ilmenee, että terveyden edistäminen ja terveystkasvatus ovat käsitteinä tällaisia laajoja ja monitasoisia käsitteitä. Vaikka terveyden edistäminen on legitimoitu ammattityöhön, asiantuntijat ja tutkijat ovat eri mieltä siitä, mitä se todellisuudessa on. Ongelmana kirjallisuudessa on puheenvuorojen liikkuminen arkisesta toiminnasta empiiriseen tutkimukseen ja edelleen teoreettis-filosofisten perusteiden erittelyyn. (Nupponen 1994, Rimpelä 1994, Terveystkasvatuksen neuvottelukunta 1995, Laverack 2004.)

Mittaamisen suunnittelussa määritellään ensin, *mitä ja miksi mitataan*. Tällöin kuvataan mittaamisen tarkoitus ja tavoitteet, mittauksen kohde eli tutkittava ilmiö, sen teoreettiset perusteet sekä kohderyhmä. Toisessa vaiheessa suunnitellaan, *millä* tutkittavaa ilmiötä mitataan. Kun mittauksen kohde on rajattu ja käsitteet määriteltä, suunnitellaan mittaustavusteet ja valitaan mittaväline tai kehitetään mittari, joka täyttää mittaamiselle sekä sen kohteelle asetetut vaatimukset. (Polit & Hungler 1995, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, Isola 1999, Laamanen ym. 1999, Pietilä ym. 1999, Töyry ym. 1999.)

Kolmas vaihe mittaamisen suunnittelussa on päättää, *miten mitataan*. Mittauksen luotettavuuden kannalta mittaustavalla on suuri vaikutus saattuihin mittaustuloksiin. Tämän vuoksi on paneuduttava huolellisesti mittaustavamenettelyyn ja analysoitava sen vaikutus mittaustulokseen, jotta tiedetään miksi valittuun menettelyyn ja sen soveltamistapaan on päädytty. Neljännessä vaiheessa suunnitellaan, *milloin ja missä mitataan*, koska ympäristötekijät vaikuttavat mittauksen luotettavuuteen. Lopuksi suunnitellaan *mittaustulosten analysointi ja raportointi*. (Laamanen ym. 1999.)

Mittauksen kohteen ominaispiirteiden, ulottuvuuksien ja käsitteiden rajaaminen ovat tieteellisen tutkimuksen jäsentämisen ja tulosten luotettavuuden kannalta oleellisia. Mittarin arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, mitä mittari mittaa, mikä on kohderyhmä ja miten mittaria käytetään. Mittarin tärkeät ominaisuudet käsitteiden kontrollin kannalta ovat *tarkkuus, täsmällisyys, herkkyys ja objektiivisyys*. Tarkkuus tarkoittaa mittarin kykyä rajata käsitteet, täsmällisyys kykyä määritellä käsitteet ja herkkyys kykyä

erotella mittauksen kohteessa eri tasoja. Objektiivisuudella mittauksessa tarkoitetaan puhtaimmillaan sitä, että kerätty tieto ei sisällä muita vaikutuksia kuin sitä, mitä mitataan. (vrt. Burns & Grove 1995, Polit & Hungler 1995, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.) Puutteet näissä ominaisuuksissa aiheuttavat mittaamisvirheitä, jotka voivat olla satunnaisia tai systemaattisia. Mittausvirheet sijoittuvat ilmiön teoreettisen jäsentämisen ja tulosten tulkinnan välille. Virheet voivat olla yhteydessä tutkimusprosessin eri vaiheisiin: ainakin mitattavaa ilmiötä kuvaavien käsitteiden määrittelymiseen, mittarin kehittämiseen, mittariin, mittaamiseen (mitattavaan, mitaajaan ja mittaustilanteeseen), aineiston esikäsittelyyn, aineiston tallentamiseen ja analysointiin sekä tulosten tulkintaan. (Brink & Wood 1990, Burns & Grove 1995, Polit & Hungler 1995, Töyry 1999.)

3.4 Luotettavuus mittaamisessa

Mittarin kehittämisprosessin kuvaaminen johdonmukaisesti ja ymmärrettävästi on mittaamisen luotettavuuden ensimmäinen ehto. Kehittämisprosessin ja kokeilujen jälkeen on vuorossa mittarin validiteetin ja reliabiliteetin testaaminen. Validiteetti ilmaisee mittarin kykyä mitata sitä, mitä mittari on tarkoitettu mittaamaan. (esim. Burns & Grove 1995, Polit & Hungler 1995, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.) Tavallisimmat validiteetin lajit ovat sisällön validiteetti, käsitevaliditeetti ja kriteerivaliditeetti. Käsitevaliditeettia kutsutaan myös rakenne- tai teoreettiseksi validiteetiksi. Validiteetti voidaan jakaa myös teoreettiseen eli loogiseen ja empiiriseen eli tilastolliseen validiteettiin. (Nunnally 1978, Burns & Grove 1995.) Sisällön validiteetti ja käsitevaliditeetti ovat teoreettisia validiteetteja. Kriteerivaliditeetti (samanaikais- ja ennustevaliditeetti) on empiirinen validiteetti.

Sisällön validiteettia voidaan tarkastella koko mittarin ja osion tasolla. Sisällön validiteetti on kriteerimittarin tärkein validiteetti ja edellytys muille validiteeteille. Koko mittarin sisällön validiteetti ilmaisee, miten hyvin mittarin osiot edustavat mitattavaa tavoite- ja sisältöaluetta ja ovatko osiot riittävä otos sisältöalueesta. Osiotasolla sisällön validiteetti ilmaisee, mihin asti kukin osio mittaa sitä tavoite- tai sisältöaluetta, jota sen on tarkoitettu mittaavan. Keskeisenä arviointikohteena kuten terveystuotokuvamittarissa pidetään myös mittarin sisällön tärkeyttä ja merkityksellisyyttä eli sitä, mitaako mittari kohteen kannalta tärkeitä asioita. Usein sovellettu validiteetin arviointitapa on näennäisvaliditeetti (face-validity). Näennäisvaliditeetti on tutkijan subjektiivinen arvio siitä, mitä mittarin sanotaan mittaavan. (vrt. Waltz *et al.* 1991, Polit & Hungler 1995, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.)

Mittarin sisällön validiteettia voidaan tutkia mm. käyttämällä asiantuntijoita ja empiiristä lähestymistapaa. Asiantuntijat arvioivat, mittaako osio tavoitteita. Tässä he käyttävät kolmiportaista asteikkoa: mittaa varmasti, mittaa epävarmasti ja ei mittaa lainkaan tavoitetta. Toisessa menetelmässä asiantuntijat arvioivat Likert-asteikolla, kuinka sopivia osiot ovat mittaamaan tiettyä tavoitetta: ei relevantti (1), vähän relevantti (2), melko relevantti (3), relevantti (4). Kolmannessa menetelmässä asiantuntijoita pyydetään yhdistämään osiolistassa esitetyt osiot tavoitelistassa esitettyihin tavoitteisiin. (Popham 1978, Waltz *et al.* 1991.)

Käsitevaliditeetti ilmoittaa laajuuden, jolla mittari mittaa sitä käsitettä tai piirrettä, jota sen on tarkoitus mitata (Burns & Grove 1995). Se yhdistää mittarin ja sen teoreettisen taustan selvittämällä mittarin käsitteelliset yhteydet. Käsitevaliditeetissa testataan mittarin käsitteen ja sen operationaalisen vastinparin suhteita käytännössä. Käsitevaliditeetti on teoreettisen validiteetin muoto ja se vastaa kaikkein suorimmin kysymykseen, mitä mittaavälineellä todella mitataan. Mittarin käsitevaliditeetin arviointikeinoja on useita: käsiteanalyysi, faktorianalyysi, tunnettujen ryhmien tekniikka, rinnakkaismittaus samaa, vastakkaista tai lähikäsitettä mittaavalla mittarilla, mittaustuloksen teoreettisten yhteyksien tarkastelu (hypoteesien testaaminen) ja toisten tutkijoiden tekemä arvio. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta kuvaava kerroin tukee myös käsitevaliditeettia. Käsitevaliditeetin arvioinnissa käytetään enenevästi korrelaatioihin perustuvia menetelmiä. Käsitevaliditeetti sopii hyvin abstraktien käsitteiden mittaukseen. Käsitteen sisältö analysoidaan ja sille etsitään operationaaliset vastineet. Tällaista mitausta kutsutaan epäsuoraksi mittaukseksi. Epäsuoran mittaamisen virheitä ovat käsitteen mittaaminen osittain tai mittaamiseen sisältyy muutakin kuin tarkoitettu käsite. Epäsuorassa mittaamisessa voi käydä myös niin, että ei tunnusteta mittaamisen kohdetta eikä valittua mittaria. (vrt. Brink & Wood 1990, Burns & Grove 1995, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.)

Mittarin reliabiliteetti ilmoittaa, miten tarkasti, johdonmukaisesti ja yhdenmukaisesti mittari mittaa mielenkiinnon kohdetta. Mittauksen reliabiliteetti voidaan määritellä havaitun varianssin ja todellisten arvojen varianssin suhteena. (Burns & Grove 1995.) Mitä vähemmän mittauksissa on satumanvaraisuutta, sitä korkeampi on reliabiliteetti. Mittarin reliabiliteetti osoittaa, kuinka paljon mittarissa on satunnaisvirhettä, joka muuttuu havainnosta toiseen ja ajan kuluessa samassa havaintoyksikössä. Reliabiliteetissa on kysymys luotettavuuden asteesta mieluummin kuin joko - tai -suhteesta. Reliabiliteetti on mittarin ominaisuus, kun sitä käytetään tiettyyn joukkoon tietyissä olosuhteissa. Mitä samankaltaisempi alkuperäinen ryhmä ja uusi kohderyhmä ovat, sitä todennäköisemmin mittari toimii luotettavasti uudessa tilanteessa. Reliabiliteetti raportoidaan useimmiten korre-

laatiokertoimena. Siinä verrataan kahta vertailukelpoista, mutta loogisesti toisistaan riippumatonta mittaustulosta toisiinsa. Mitä yhdenmukaisempi mittaustulos on, sitä pienempi on sattumanvaraisuus ja sitä suurempi reliabiliteetti. Teoreettisesti korrelaatiokerroin voi olla $-1.00 - 1.00$, mutta tavallisesti mittauksen korrelaatio on välillä $0 - 1.00$. Mitä lähempänä korrelaatiokerroin on plus yhtä ($+ 1$), sitä luotettavampi mittaväline on. (esim. Waltz *et al.* 1991, Polit & Hungler 1995, Erätuuli ym. 1994.)

Mittarin sisäinen johdonmukaisuus on usein käytetty reliabiliteetin muoto. Sen oletuksena on, että tutkittavalle piirteelle relevantit osiot yhdessä tuottavat yhdistelmäpistemäärän, joka on lähellä tutkittavan kohteen todellista virheetöntä pistemäärää. Mittaväline on sisäisesti johdonmukainen, kun kaikki sen osiot mittaavat samaa tutkittavaa piirrettä. Johdonmukaisuuden osoittamisessa käytetään usein Gronbachin alpha -kerrointa. (Polit & Hungler 1995, Erätuuli ym. 1994.)

Reliabiliteetti voidaan ilmoittaa myös *mittausten vastaavuutena*, joka tarkoittaa sitä, miten hyvin toinen henkilö saa mittavälineellä samoja tuloksia. Vastaavuuden arviointi painottaa instrumentin *herkkyyttä* (*sensitiivisyys*) ulkopuolisille tekijöille eri mittauskerroilla. Mittarin sensitiivisyys tarkoittaa sen kykyä erotella tarkasti pieniä eroja (*erottelukyky*). Sensitiivisyyttä pidetään mittarin tärkeänä ominaisuutena. Arviointiasteikon laajentaminen lisää herkkyyttä. Herkkyyttä lisättäessä voidaan myös kadottaa erottelukykyä. Jokaisen mittavälineen tulee olla *tarkoituksenmukainen*, jotta se tuottaisi valideja tuloksia. Tarkoituksenmukaisuus ymmärretään usein mittavälineen luettavuutena sekä kielen ja kysymysten kulttuurisena sopivuutena kohderyhmään. (vrt. Polit & Hungler 1995, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.)

Terveysmuotokuvamittarin perusteiden luotettavuuden varmistamiseksi määrittelen ja arvioin mahdollisimman tarkasti mittauksen kohteen, kuvaan mittauskohteen teoreettiset perusteet sekä otan huomioon nuorten erityispiirteet kohderyhmänä. Mittarin käyttöön liittyvän mittausmenetelmän kehittäminen ja mittaustulosten arviointiperusteiden määrittämisen kuvaan vaiheittain. Näin pyrin sovellettua validiteetin arviointitapaa (*face-validity*) käyttäen mahdollisimman korkeaan sisällön validiteettiin. Lopuksi arvioin mittarin sisällön tärkeyttä ja merkityksellisyyttä eri osapuolien, nuorten ja perheiden, kouluyhteisön ja kouluterveydenhuollon näkökulmasta.

3.5 Eettiset periaatteet terveystuotokuvamittarin kehittämisessä

Terveystuotokuvamittarin kehittämisen lähtökohtana on tutkimuksen etiikka sekä käsitys nuorista, terveydestä ja ammattietiikasta. Terveyden edistämisen ammattietiikassa on kyse etiikan peruskysymyksistä: mikä on oikein ja hyvää ja mikä on väärin terveyden edistämässä. Terveystuotokuvamittariin vaikuttaminen edellyttää aina eettistä pohdintaa, koska useat terveyden edistämisen aihepiirit voidaan nähdä sensitiivisinä. (Kylmä ym. 2002.) Sensitiivisyys terveyden edistämässä merkitsee asiakkaiden erityistä haavoittuvuutta, mutta myös käsiteltävän aihepiirin herkkyyttä. Erityisen haavoittuvia ovat ihmiset, jotka ovat jollain tavoin alistettuja, vähäosaisia tai voimattomia (Lee 1993, Demi & Warren 1995). Helposti haavoittuvia ryhmiä, joihin lapset ja nuoret kuuluvat, tulee suojella huolella. Tällöin kiinnitetään huomiota kohderyhmän inhimillisten perusoikeuksien ja hyvinvoinnin suojelemiseen.

Sensitiivisiä terveyden edistämisen aihealueita ovat ihmisen yksityisyyteen, esimerkiksi seksuaalisuuteen ja perhetilanteisiin, liittyvät ilmiöt (Ringheim 1995, Silva 1996). Käytännön toiminnassa sensitiivisyyden huomioiminen edellyttää hienovaraisuutta asiakkaan ja hänen terveytensä käsittelyssä. Se merkitsee sitä, että terveydenhuollon ammattilaisen on oltava herkkä asiakkaana olevan ihmisen elämäntilanteelle, kunnioitettava hänen elämäntilannettaan ja elämänhistoriaansa ja pyrittävä neuvottelevaan työotteeseen. (Kylmä ym. 2002.)

Jotta voitaisiin ymmärtää syvällisesti nuoren terveydelle antamat merkitykset, on tärkeää tuntea nuoren elämäntilanne ja hänen perustelunsa terveystuotokuvamittariin. Näitä merkityksiä voidaan jäsentää esimerkiksi terveystuotokuvamittariin avulla. Lindholm (1997) jakaa terveystuotokuvamittarit ulkoisiin (sosiaalisen terveyden saavuttaminen), sisäisiin (hyvän olon kokeminen) ja elämän peruskysymykseen liittyviin (eläminen vapaana tai rakastettuna). Tarvitaan tietoa siitä, miksi nuoret päätyvät tiettyihin terveystuotokuvamittariin ja mikä ohjaa heidän päätöksentekoaan. (Eskola & Pietilä 2002.)

Tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat hyödyn tuottaminen kohteelle, ihmisarvon kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus. Vastaajilta tulee saada suostumus tutkimustulosten hyödyntämiseen. Tutkimukseen osallistumisesta ei saa koitua osallistujalle vakavaa tai pysyvää fyysistä tai psyykkistä haittaa. Tutkijan on selvitettävä mahdolliset riskit ja haitat etukäteen ja vaurauduttava keskeyttämään tutkimus minä aikana tahansa, jos haitan epäily ilmenee. Vähintään 13 -vuotiaille voidaan antaa kirjallinen ohje tutkimuksen tarkoituksesta luettavaksi. Heiltä voidaan pyytää myös itseltään kirjallinen suostumus tutkimukseen. Osallistujilla on oikeus tietää, miten heidän antamaansa tietoa käytetään ja luottaa siihen, että sitä käytetään ainoastaan toiminnan kehittämiseen. Tutkittavilla tulee olla mahdollisuus osallistua

tutkimukseen vapaaehtoisesti ja kieltäytymisestä ei saa rangaista. Tutkimussuunnitelmien kontrolli esim. eettisessä toimikunnassa on tärkeää. (Waltz *et al.* 1991, Polit & Hungler 1995.)

Terveysmuotokuvamittarin kehittämässä tulee ottaa huomioon se, että mittarin sisältö painottuu terveydentilaan ja psykososiaalisille tarvealueille mukaan lukien perhetilanteet ja seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset. Nuori saattaa kysyä terveydentilastaan esimerkiksi sairauden oireiden vakavuutta, ali- tai ylipainonsa seurauksia tai henkilökohtaisten ongelmien ja pelkojensa vaikutuksia. Mittarin sisällössä voi olla tunneherkkiä teemoja, koska niissä keskustellaan syvällisesti nuoren persoonaa, sosiaalisia suhteita, perhettä, koulua ja muuta sosiaalista ympäristöä sekä nuoren käyttäytymistä koskevista asioista.

Keskustelu perustuu täydelliseen luottamukseen ja anonymiteetin suojeluun. Vaikka nuori saattaa kertoa vaikeuksistaan kotona, ystäväpiirissä tai koulussa, ei terveydenhoitaja saa ilman nuoren lupaa kertoa niistä kenellekään niin, että nuoren henkilöllisyys paljastuu. Tässä suhteessa moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen kouluyhteisössä edellyttää tietosuojasääntösten pohdintaa ja tiedonvaihdon periaatteista sopimista. Keskustelussa saattaa tulla myös esille asioita, joihin nuoret eivät kykene vastaamaan tai ovat haluttomia keskustelemaan. Nuoren mieltä ei saa pahoittaa niin, että hän jää yksin miettimään asioita eikä uskalla tulla terveydenhoitajan luokse selvittämään ongelmiaan. Oikeudenmukaisuuden periaatteeseen kuuluu, että keskusteluun osallistuvilla nuorilla on oikeus tarkentaa epäselväksi jääneitä tai huolestuttavia asioita keskustelun jälkeen. (vrt. Polit & Hungler 1995, Pietilä ym. 1998, Isola 1999, Laamanen ym. 1999, Töyry ym. 1999.)

Terveydenhoitajan tehtävänä on kertoa nuorille tutkimuksesta sellaisella kielellä, että he ymmärtävät tutkimuksen tarkoituksen. Osallistuminen on vapaaehtoista ja nuorella on mahdollisuus keskustelun aikana päättää, mitä ja kuinka syvällisesti hän haluaa kertoa itsestään tai ongelmistaan. Nuorille tarjotaan mahdollisuus keskustella erityisesti minäkuvaan, ihmissuhteisiin, sosiaaliin paineisiin ja koulunkäyntiin liittyvistä asioista. Heillä on oikeus ilman seuraamuksia kieltäytyä keskustelusta. Nuoret tulee saada vakuuttuneiksi siitä, että heitä tai heidän antamiaan tietoja ei käytetä jatkossa nuoria tai heidän perheitään vastaan missään tilanteessa. Nuorille, heidän vanhemmilleen ja koulun opettajille kerrotaan, kenelle terveysmuotokuvamittarista on hyötyä. Tavoitteena on kehittää terveydenhoitajille terveyden edistämistyöhön työväline, jolla he voivat arvioida nuorten terveysvalintoja sekä ohjauksen ja tuen tarpeita muuttuvissa elämäntilanteissa, kohdentaa ohjaus- ja tukitoimet nuorten tarpeisiin, saada nuoret osallistumaan heitä itseään koskevaan päätöksentekoon ja saada tietoa terveysolojen ja koulun kehittämiseksi. Nuoren terveysmuotokuvan hahmottamisen toivotaan auttavan terveydenhoitajia tunnistamaan erityistä tukea tarvitsevia nuoria.

4 TERVEYSMUOTOKUVAMITTARIN KEHITTÄMISPROSESSI JA ARVIOINTI

4.1 Terveysmuotokuvamittarin alkumielikuvan luominen

4.1.1 Terveysmuotokuvamittaria edeltäneen Minäavaimen rakenne ja sisältö

Mittauksen teoreettiset perusteet tulee kuvata, kohde rajata ja käsitteet määritellä ennen mittavälineen kehittämistä (Polit & Hungler 1995, Pietilä ym. 1998, Isola 1999, Laamanen ym. 1999, Töyry ym.1999). Terveysmuotokuvamittarin taustalla on kehittämäni muuttuvien elämäntilanteiden sekä ohjauksen ja tuen tarpeiden arviointiväline, Minäavain (ks. liite 3), jokaiselle terveydestä, elämänhallinnasta ja itsehoitotaitojen oppimisesta kiinnostuneelle aikuiselle (vrt. Antonovsky 1987,1991, Orem 1991, Raatikainen 1986, Pietilä 1994). Kehittämistyöni johtoajatukseksi oli kysymys, millaisella apuvälineellä ihmiset voisivat lisätä itsetuntemustaan ja ymmärrystään terveyteensä ja elämänlaatuunsa liittyvistä valinnoistaan. Tavoitteena oli, että Minäavaimen käyttäjät tunnistaisivat omat voimavaransa ja huolenpidon tapansa, löytäisivät keinoja menestyä ja nauttia elämänsä kohokohdista sekä halun uudistua tai muuttaa tarvittaessa toimintatapojaan. Kokeilin mittavälinettä alustavasti tuttavieni kanssa. Kokeilut osoittivat, että maallikoiden on vaikea ymmärtää mittarin käsitteitä ilman ammattihenkilön tukea. Tämän johdosta suosittelin Minäavainta terveydenhoitajille yksilön tai ryhmän muuttuvien elämäntilanteiden analysointiin, tuen tarpeiden määrittämiseen ja itsehoidollisen muutoksen tukemiseen. (Oikarinen 1995.)

Nimensä Minäavain sai havainnostani, jonka mukaan monet ihmiset kertovat itsestään sävyyn ”minä vain”. Myönteinen samoin kuin vähätteleväkin asenne ovat osa elämän kokemusten järjestelmää. Uudistuminen edellyttää muutosmyönteistä asennetta, joka ilmenee innostumisena ja uudenlaisen toiminnan aloittamisena. ”Minä vain” sai näin sanojen väliin muutosta *asenteissa ja* uuden toiminnan *aloittamista* kuvaavan a-kirjaimen. Muodoltaan ja osittain analogialtaan Minäavain on lääketehneiden (vrt. Leiras, Organon) raskauden kulun seurantakalentereiden kaltainen.

Minäavaimessa on sisäkkäin neljä erikokoista ja suhteessa toisiinsa pyöritettävää kehää. Keskimmaisella kehällä (kehä 1) olevilla elämäntilanteiden sosiaalisilla rakennetekijöillä (vrt. Antonovsky 1987, Söderqvist & Bäckman 1988) kuvaan ihmisen elämänpiirin laajuutta ja elämänkulkuun vaikuttavia tekijöitä. Käsitteiden sisällöistä ja merkityksistä asiakkaan kanssa

keskustelemalla saadaan yleiskuva hänen elämäntilanteesta. Seuraavan kehän (kehä 2) käsitteistä yleinen terveydentila on elämäntilanteeseen vaikuttava tekijä. Itsehoidollisilla tarpeilla kuvaan elämisen toimintoihin liittyviä valintoja. Elämäntilanne vaikuttaa ihmisen tekemiin valintoihin. Kolmannen kehän (kehä 3) käsitteillä kuvaan muutosprosessia ja tuen tarpeita itsehoitotaitojen oppimisessa. Tarkastelen muutosta asiakkaan ja ammattihenkilön näkökulmista. Uloimman kehän (kehä 4) käsitteillä kuvaan muuttuvia elämäntilanteita. Niillä haluan ohjata terveydenhoitajaa ja asiakasta käyttämään Minäavainta silloin, kun asiakkaan elämäntilanne muuttuu. Tarkoituksena on auttaa asiakasta oivaltamaan tapaansa tehdä terveyteen ja elämänlaatuun liittyviä valintoja ja löytämään omaehtoisesti tai ulkopuolisen tuen avulla muutoksen ja menestymisen lähtökohdat itsestä. Menestyminen on ihmiselle itselle tyypillisten ajattelu- ja toimintatapojen sekä niistä seuraavien tunteiden ja kokemusten tunnistamista.

Minäavain perustuu ammattitaitoni ja kokemukseni lisäksi hoitotieteelliseen, psykologiseen ja tietokirjallisuuteen sekä tekemiini johtopäätöksiin voimavara- ja terveyslähtöisen työväliseen kehittämisen tarpeellisuudesta. Minäavaimen rakenteessa ja käsitteiden määrittelyssä käytin hoitotyön teoriaperustaa, käsitteellisiä malleja ja teorianmuodostusta käsittelevää kirjallisuutta (Fawcett 1989, Meleis 1991, Erikson 1985, Hytönen ym. 1986, Raatikainen 1986). Itsehoito- ja tarveajattelu perustuu hoitotieteelliseen kirjallisuuteen ja tutkimuksiin (Yura & Walsh 1990, Orem 1991, Lämsä 1984, Raatikainen 1986, Pelkonen 1988). Minäavaimen käyttötapaan sain vaikutteita ammatillista päätöksentekoa ja vuorovaikutusta käsittelevästä hoitoalan kirjallisuudesta (Lauri 1984, 1986, Blondis & Jackson 1988, Keltinkangas-Järvinen 1994). Tietokirjallisuudesta mm. Alice Millerin, Dale Carnegien ja Lin Jutangin ajatukset ohjasivat positiiviseen ajatteluun terveydestä ja elämönhallinnasta (vrt. Pakarinen 1979, Rowe 1985, Saarikivi 1984, Hollo 1986, Rutanen 1986, Töytäri 1993). Voimavara- ja terveyslähtöisyys perustuvat sosiologi Aaron Antonovskyn (1979) salutogeeniseen malliin ja mallia käsitteleviin tutkimuksiin (Söderqvist & Bäckman 1988, Suominen 1993, Pietilä 1994).

Minäavaimen keskeiset käsitteet ovat *elämäntilanne*, *terveyden ajattelu- ja toimintatavat*, *muutosprosessi* ja *menestyminen*. Taulukossa 2 pyrin osoittamaan Minäavaimen käsitteiden ja sosiaalista terveyttä määritelleiden tutkijoiden käyttämien käsitteiden vastaavuudet (vrt. Antonovsky 1987, 1991, Söderqvist & Bäckman 1988, Meleis 1991). Elämäntilannetta tarkastelen asiakkaan elämänpiirissä tapahtuvien muuttuvien elämäntilanteiden sosiaalisten rakenne- ja muutostekijöiden avulla (Antonovsky 1987, 1991, Söderqvist & Bäckman 1988, Suominen 1993). Itsehoidollisiin tarpeisiin ja elämisen toimintoihin liittyvät valinnat todentuvat ajattelu- ja toimintatapoina ts. tavassa elää ja tehdä työtä, terveydenhoitotottumuksissa ja tahdos-

sa lähteä mukaan itsehoidolliseen muutosprosessiin. Muutosprosessia kuvaan asiakkaan muutosprosessina ja ammattihenkilön näkökulmasta terveydenhoitoprosessina. Muutos alkaa voimavarojen ja muutonhaasteiden pohdinnasta, johtaa muutosvalmiuden tunnistamiseen ja tarvittaessa kirjallisen muutossuunnitelman laadintaan tai jää muutoksen mahdollisuuksista keskusteluksi. Menestyminen on uudistumista, oppimista ja muutoksen hallintaa. Menestymisen tunnistaminen perustuu arviointiin.

Elämäntilanne

Elämäntilanne (taulukko 2) muodostuu elämäkokemusten järjestelmästä, elämäntilanteen tunteeseen ja tarpeiden tyydyttämiseen vaikuttavista tekijöistä nykytilanteesta sekä suuntautumisesta tulevaisuuteen (vrt. Antonovsky 1987, 1991, Söderqvist & Bäckman 1988, Meleis 1991, Pietilä 1994). Elämäntilanteen sosiaalisia rakennetekijöitä kuvaan makro-, meso- ja mikro- ja muutostekijöitä elämäntilanteiden muutos- ja siirtymävaiheilla (Söderqvist & Bäckman 1988, Meleis 1991).

Makrotason muodostavat yhteiskunnassa tapahtuvat sosiaaliset muutokset, elinympäristön sosiaaliset rakenteet, teknologian kehittyminen ja harjoitettu sosiaali- ja terveystieteiden politiikka. Mesotasoon kuuluvat asuminen, opiskelu, työn ja harrastusten sosiaaliset rakenteet, perhesuhteet ja sosiaalinen verkosto. (vrt. Antonovsky 1983, 1991, Söderqvist & Bäckman 1988, Suominen 1993).

Minäavaimessa makro- ja mesotaso yhdistyvät teoreettisella ulottuvuudella *riippuvuussuhteiksi* (taulukko 2). Makrotasoa kuvaan riippuvuussuhteiden rakenteellisella kokonaisuudessa *ympäristösuhteilla*. Asiakas kuvaa itselleen merkityksellistä makrotasoa pohtiessaan ympäristösuhteitaan, jolloin elinympäristö, yhteiskunnalliset muutokset, teknologinen kehittyminen ja harjoitettu terveys- ja sosiaalipolitiikka voivat nousta tärkeiksi asiakkaan elämäntilanteesta riippuen. Riippuvuussuhteet ovat yhteydessä sosiaalisen eheyden tarpeeseen ja samalla läheisesti roolitoimintoihin.

Roolitoimintojen rakenteellisen kokonaisuuden muodostavat *perherooli ja muut roolit*. Rooleillaan ihminen on yhteydessä sosiaaliseen verkostoonsa, yhteiskunnallisiin asemiin ja velvollisuuksiin (perherooli, muut roolit). Rooleissa on riippuvuussuhteita, joista ihminen etsii apua, tavoittelee huomiota ja etsii hyväksyntää. (Andrews & Roy 1986.) Tulevaisuuteen suuntautuminen ilmenee halussa vaikuttaa tai saada aikaan muutosta ympäristösuhteissa. Riippuvuuskäyttäytymisen nimesin rakenteella *hyväksytyksi tuleminen ja arvostuksen saaminen*. Tämän käsitteen liitin Minäavaimessa itsehoidollisiin tarpeisiin kuvaamaan elintärkeänä tarpeena ihmisen päivit-

täisiä psyykkisiä voimavaroja (vrt. Maslow 1970, Antonovsky 1987).

Mikrotaso tarkoittaa ihmisen elämänhistoriaa, elämän tapahtumia, psykososiaalisia stressitekijöitä, asenteita ja ihmisen biologiaa. Elämänkulkunsa aikana jokainen yksilö määrittelee, valitsee ja sisäistää arvoja sekä päämääriä sosiaalisen ympäristönsä vaihtoehtoista. Tämä yksilöllistymisen prosessi muodostaa perustan minäkuvalle, jossa on kyse psyykkisestä eheyden tarpeesta. Se sisältää havainnot persoonasta ja fyysisestä minästä. (Andrews & Roy 1986, Antonovsky 1987, Raatikainen 1986, Söderqvist & Bäckman 1988.) Minäavaimessa hahmotin mikrotasoa rakenteellisella kokonaisuudella *elämänkulku, mieliala, minäkuva ja yleinen terveydentila* (taulukko 2).

Ihmiselle on ominaista pyrkimys jatkuvuuteen. Ihminen kokee tärkeäksi säilymisensä samana yksilöllisenä kokonaisuutena suhteessa aikaan (Raatikainen 1986). Elämäntilanteen kokemista ja hallintaa ohjaavat elämänkokemusten järjestelmä, tulevaisuusajattelu, sosiaaliset suhteet ja yhteiskunnalliset tekijät (Antonovsky 1987). Jatkuvuuden kokemisen nimesin *elämänkuluksi* ja sen rakenteeksi *elämäntyylin, ajankäytön, kohokohdat ja stressitekijät* (taulukko 2).

Ihmisellä on kyky palauttaa mieleen menneet tapahtumat, tehdä niiden perusteella nykytilannetta koskevia päätöksiä ja suunnitella tulevaisuuden tavoitteita aiempien ja nykyisten kokemusten perusteella (elämäntyyli). Ihminen asettaa tavoitteita tietoisien minän avulla ja suuntaa toimintaa näitä tavoitteita kohti. Tavoitteiden painoarvo ilmenee niiden saavuttamiseen käytetyssä ajassa (ajankäyttö). Toistuvat elämäkokemukset auttavat ihmistä näkemään maailman tunnetasolla mielekkäänä, ymmärrettävänä ja hallittavana (kohokohdat). Elämönhallinnan tunne on riippuvainen elämäkokemuksista. Ne voivat olla kokemuksia johdonmukaisuudesta, kuormituksen tasapainosta ja osallistumisesta sosiaalisesti arvostettuun päätöksentekoon tai niiden puuttumisesta (stressitekijät). (Antonovsky 1987, Meleis 1991, Raatikainen 1986.)

Teoreettisella ulottuvuudella *mieliala* haluan ohjata ihmisen huomiota omiin tunteisiin. Se rakenteellinen kokonaisuus muodostuu *elämänasenteesta, peloista ja ulkoisesta palautteesta*. Vaikka ihminen kokee itsensä ensisijaisesti kokonaisuutena, hänellä on mahdollisuus tiedostaa asenteensa ja maailmankatsomuksensa (elämänasenne). Itsetuntonsa säilyttämiseksi ihminen haluaa tuntea, että hän on merkittävä ja muiden hyväksymä (ulkoinen palaute) ja että hän ainakin osittain kykenee vaikuttamaan elämäänsä ja kokemaan sen tapahtumat merkityksellisinä. Merkittävyyden tunne vaihtelee elämän eri alueilla onnistumisten ja pettymysten vaikutuksesta (pelot). (Raatikainen 1986, Keltinkangas-Järvinen 1994, Pirskanen ym. 1999.)

Minäkuvalla tarkoitan Minäavaimessa ihmisen asenteissa olevaa moraaliseettistä minää, joka ohjaa ihmistä arvojen pohtimiseen ja hyväksymiseen. Tämä persoonan osa toimii havainnoijana ja normittajana (perimä: koetut ominaisuudet ja koettu sairastumisalttius) sekä uneksii, vertaa ja arvioi sitä, mitä ihminen sanoo olevansa (elämänkaaren vaihe). Se käsittää myös minän luotettavuuden, joka pyrkii säilyttämään vakaan järjestyksen minässä, ihanteen itsestä tai itsen kohdistuvat odotukset ja itsensä arvostamisen (elämäntehtävä). Minään sisältyy ominaispiirteenä arvotajunta, johon kytkeytyvät arvot, asenteet ja uskomukset (arvot). Minäkäsityksen muuttuminen aiheuttaa muutoksia yksilön omaksumissa arvoissa. (Hirsjärvi 1975, Raatikainen 1986, Pirskanen ym. 1999.)

Ihmisen biologiaan kuuluviin mikrotason sosiaalisiin rakennetekijöihin voidaan lukea myös *yleinen terveydentila* (taulukko 2). Sen rakenteeksi nimesin *elimistön toiminnan ja sairaudet*. Elimistön toiminnalla tarkoitan asiakkaan käsitystä *fyysisistä ominaisuuksistaan ja toimintakyvystään* sekä tunnistamaansa *sairausperimää* osana fyysisen olemuksen hyväksymistä ja terveyden ymmärtämistä (vrt. Pirskanen ym. 1999). Yleiseen terveydentilan määrittelyyn kuuluvat subjektiivisten käsitysten lisäksi objektiiviset elimistön toiminnan mittaukset sekä *sairauksien oireista, lääkärin diagnoosimista fyysisistä tai psyykkisistä sairauksista ja hoitomääräyksistä keskusteleminen*. Muut fyysisen minän rakenteet ovat *seksuaalisuus ja ulkonäkö*. (vrt. Andrews & Roy 1986, Fawcett 1989). Nämä rakenteet sisällytin ihmisen toimintatapoihin, koska rinnastan ne ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeisiin päivittäisiin itsehoidollisiin tarpeisiin (vrt. Maslow 1970, Söderqvist & Bäckman 1988).

Elämäntilanteen sosiaalisiin muutostekijöihin sisällytin Minäavaimessa Meleisin (1991) näkemykset *muutos- ja siirtymävaiheista*. Elämänkulussa muutoksia aiheuttavat henkilökohtaiset kasvuun ja kehitykseen, elämänvaiheisiin, parisuhteeseen ja terveydentilan muutoksiin liittyvät tekijät mikro- ja mesotasolla. Makrotason yhteiskunnalliset muutokset vaikuttavat myös ihmisten arkipäivään esim. työttömyys ja työpaikan vaihto. Elämäntilanteiden muutokset vaikuttavat ihmisten kykyyn huolehtia itsestään ja läheisistään. (vrt. Söderqvist & Bäckman 1988, Meleis 1991.) Muutos- ja siirtymävaiheita kuvaan Minäavaimessa elämäntilanteen muutoksina 1, 2 jne. (taulukko 2). Tarkoituksena on ohjata terveydenhoitajia ja asiakkaita käyttämään Minäavainta silloin, kun asiakkaan elämäntilanteessa on tapahtunut suuria muutoksia hänen oman kokemuksensa mukaan ja asiakas kokee tarvetta analysoida tilannetta tarkemmin.

Terveyden ajattelu- ja toimintatavat

Terveyden ajattelu- ja toimintatavat tarkoittavat ihmisten terveydenhoitotottumuksia ja tapoja tyydyttää tarpeitaan (taulukko 2). Minäaivaimessa kuvaan näitä *itsehoidollisiin tarpeisiin* liittyvinä elämisen toimintoina. Määrittelin itsehoidolliset tarpeet hoitotyössä yleisesti käytettyjen käsitteellisten mallien perusteella (vrt. Roper *et al.* 1980, Andrews & Roy 1986, Yura & Walsh 1990, Orem 1991). Vertasin luokitteluja Maslowin (1970) tarvehierarkiaan. Ihmisillä on tiettyjä tarpeita, joiden tyydyttäminen on elinehto. Tällaisia ovat esimerkiksi ravinnon, unen ja hapen saannin tarpeet. Henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta elinehdon kaltaisina tarpeina pidetään turvallisuuden, rakkauden ja arvostetuksi tulemisen tarpeita. Terveys edellyttää tarpeiden tasapainoista ja jokseenkin säännöllistä tyydyttämistä. (Maslow 1970, Orem 1991.) Itsehoidollisten tarpeiden arviointi antaa tietoa terveyteen ja elämisen toimintoihin liittyvistä yksilöllisistä ajattelu- ja toimintatavoista, jotka voivat olla tiedostettuja tai tiedostamattomia. Itsehoidollisten tarpeiden tunnistaminen edellyttää tarpeiden ja halujen erottamista toisistaan.

Tarpeiden tyydyttäminen voi olla myös liian runsasta. Tällöin on tarkoituksenmukaisempaa puhua haluista kuin tarpeista (Riihinen 1996). Ylensyömiseen, tupakointiin, alkoholin tai huumeiden käyttöön ei ole synnynäistä tarvetta, mutta niihin voi kehittyä voimakas halu. Päihdemuistin mielihyvärata saattaa laukaista himon alitajuisesti. Erityisen merkittävä mielihyvärata on nuorten päihderiippuvuuden kehittymisen kannalta. Mielihyvärata syntyy ja muokkautuu perimän ohjelmoimana ja elämän varhaisen vuorovaikutuksen säätelemänä. Mielihyväradan evolutiivisena tehtävänä on kertoa, mikä on hyvää elimistöllemme ja mikä on hyvää nautittavaksi. Ihminen on kuitenkin jo varhain oppinut ”hämäämään” mielihyväjärjestelmää erilaisilla päihteillä. Jo muutamasta kokemuksesta saattaa syntyä läpi elämän kestävä päihdemuisti. (Pakkala 2005.)

Tarpeiden vajaan tyydytys aiheuttaa ihmiselle vakavaa harmia tai haittaa, jota puolestaan halun vajaan tyydytys ei aiheuta. Haluille on ominaista myös toimintavalmiuden voimistuminen. Henkilöllä ei välttämättä ole pyrkimystä toteuttaa sitä, mitä hän tarvitsee. Hän voi erehtyä tai olla tietämättä, mitä hän tarvitsee, mutta on normaalia, että hän tietää mitä haluaa. Tarpeiden vajaan tyydytyksen syynä lienee yleisimmin resurssien puute, joskus myös väärä tai puuttuva tietämys oikeista tarpeentyydytyksen välineistä. Hillitön halujen tyydyttäminen sen sijaan edellyttää yleensä runsaita resursseja ja itsekurin puutetta. (Riihinen 1996.) Kantilaisessa filosofiassa puhutaan järjen itsekurista. Itsekurin pyrkimyksenä on tukahduttaa järjen taipumus olla noudattamatta sääntöjään. (Pihlström 2002.)

Taulukko 2. Minäavaimen käsitteiden ja sosiaalista terveyttä määritelleiden tutkijoiden käyttämien käsitteiden vastaavuudet.

Minäavaimen keskeiset käsitteet	Tutkijoiden käyttämiä käsitteitä ja niiden ulottuvuuksia (Antonovsky 1987, 1991, Söderqvist & Bäckman 1988, Meleis 1991)	Minäavaimen käsitteiden vastaavuudet eri tutkijoiden käyttämiin käsitteisiin (teoreettiset ulottuvuudet ja rakenteelliset kokonaisuudet)
Elämäntilanne	<p>Sosiaaliset rakennetekijät <i>Makrotaso:</i> elinympäristö, yhteiskunnalliset muutokset, teknologian kehittyminen, terveys- ja sosiaalipolitiikka</p> <p><i>Mesotaso:</i> perhesuhteet, sosiaalinen verkosto, asuminen, opiskeleluun, työhön ja harrastuksiin liittyvät sosiaaliset rakenteet</p> <p><i>Mikrotaso:</i> elämänhistoria, elämän tapahtumat, psykososiaaliset stressitekijät, asenteet, ihmisen biologia</p> <p>Sosiaaliset muutostekijät <i>Muutos- ja siirtymävaiheet:</i> kasvu- ja kehitysprosessi, elämänvaiheet, terveydentilan muutokset, työttömyys</p>	<p>Yleiskuva elämäntilanteesta <i>Riippuvuussuhteet :</i> ympäristösuhteet</p> <p><i>Riippuvuussuhteet :</i> perherooli, muut roolit</p> <p><i>Elämänkulku:</i> elämäntyylä, ajankäyttö, kohokohdat, stressitekijät</p> <p><i>Mieliala:</i> elämänasenne, pelot, ulkoinen palaute</p> <p><i>Minäkuva:</i> elämäntehtävät, elämänkaaren vaihe, arvot, perimä (koettu ominaisuudet ja koettu sairastumisalttius)</p> <p><i>Yleinen terveydentila:</i> elimistön toiminta (koettu terveys, terveyden-tilan mitaukset), sairaudet (oireet ja diagnoosit)</p> <p>Elämäntilanne itsehoidon aloitusvaiheessa Elämäntilanteen muutos 1 Elämäntilanteen muutos 2...n</p>

(jatkuu)

Taulukko 2. (jatkuu)

Minäavaimen keskeiset käsitteet	Tutkijoiden käyttämiä käsitteitä ja niiden ulottuvuuksia (Antonovsky 1987, 1991, Söderqvist & Bäckman 1988, Meleis 1991)	Minäavaimen käsitteiden vastaavuudet eri tutkijoiden käyttämiin käsitteisiin (teoreettiset ulottuvuudet ja rakenteelliset kokonaisuudet)
Ajattelu- ja toimintatavat suhteessa terveyteen	Terveydenhoitotottumukset ja tavat tyydyttää tarpeitaan <i>Elämisen tavat</i>	Itsehoidollisten tarpeiden arviointi <i>Elämisen toiminnot:</i> Ravintotottumukset, Liikkuminen ja ulkoinen olemus, Puhtaus ja pukeutuminen, Työ, harrastukset ja oppiminen, Unen ja levon välinen tasapaino, Sukupuolisuuden ilmaiseminen, Luopumiset, rajoitukset / uudet mahdollisuudet, Oma reviiiri ja fyysinen ympäristö, Ystävyys-suhteet ja sosiaaliset kontaktit, Hyväksytyksi tuleminen ja arvostuksen saaminen, Henkiset ja hengelliset tarpeet
Muutosprosessi	Asiakkaan ajattelu- ja toimintatapoihin perustuva muutosprosessi ja terveydenhoitoprosessi	Ammattihenkilön tukema asiakkaan itsehoitoprosessi tai asiakkaan omaehtoinen muutosprosessi <i>Muutoshasteiden tunnistaminen</i> <i>Muutosvalmiuden tunnistaminen:</i> tavoite / odotukset, voimavarat, sitoutuminen <i>Muutoksen suunnittelu:</i> mistä aloitan? aikataulu? keinot? <i>Muutoksen hallinta ja toteutus:</i> miten toimin? tarvitsenko ulkopuolista apua / keneltä?
Menestyminen	Oppiminen	<i>Menestymisen arviointi:</i> menestymisen merkit, tunteet, mieliala, ulkoinen palaute

Muutosprosessi

Muutosprosessi merkitsee asiakkaalle tulevaisuuteen suuntautumista. Se tarkoittaa itsehoidollista muutosta, itsehoitotaitojen oppimista ja vaikuttamista ympäristösuhteisiin elämänkulun eri vaiheissa (vrt. Meleis 1991). Ammattihenkilölle se tarkoittaa suunniteltua asiakkaan muutosprosessien tukemista (taulukko 2). Ajattelu- ja toimintatavan muutos edellyttää asiakkaalta muutosta motivaatiossa, asenteissa, tiedoissa, taidoissa, arkipäivän käyttäytymisessä tai ympäristösuhteissa. Voidaan olettaa, että muutosprosessi käynnistyy silloin, kun yksilö irtaantuu totutuista ajattelu- ja toimintatavoistaan oivaltaessaan syvällä sisimmässään uudistumisen henkilökohtaisen merkityksen, innostuu ja suuntaa voimavaransa uusiin haasteisiin. Muutosvalmiutta kuvaavat rakenteet ovat terveyteen kohdistuvat tavoitteet ja odotukset, voimavaroina ilmenevä halu, tieto ja taito panostaa muutokseen sekä sitoutumisena ilmenevä innostuneisuus ja päätös noudattaa tai olla noudattamatta sopimuksia muutostilanteessa. Muutos on moniulotteinen tapahtuma, johon kuuluu mm. sen suuruus, suunta, aika, taso ja sosiaalinen konteksti (McQueen 1996, Laitakari 1979, Prochaska & DiClemente 1983, Poskiparta 1997).

Muutosprosessin vaiheet asiakkaan näkökulmasta ovat:

Muutoshasteiden tunnistaminen johtopäätöksenä elämäntilanteen sosiaalisten rakenne- ja muutostekijöiden sekä elämisen toimintoihin liittyvien ajattelu- ja toimintatapojen erittelystä.

Muutosvalmiuden tunnistaminen muutoshasteiden priorisoinnin tuloksena.

Muutossuunnitelman laadinta asiakkaan muutosvalmiuden ja toiveen mukaisesti kirjallisena terveydenhoitosuunnitelmana tai muutoksesta keskusteluna.

Muutoksen hallinta ja toteutus päivittäisenä muutokseen panostamisena.

Menestymisen arviointi menestymisen merkkien havainnointina, tunnistamisena ja kirjaamisena.

Muutosprosessi voi olla tietoista, suunnitelmallista ja ammattihenkilön tukemaa itsehoitoa tai omaehtoista itsestä huolenpitoa. Sosiaalinen yhteisö ja ympäristön olosuhteet vaikuttavat terveyttä edistäviin ja ehkäiseviin valintoihin ihmisen omien asenteiden, tietojen ja taitojen lisäksi. (Krogerus-Therman 1990, Downie *et al.* 1992.) Muutosvalmius on kiinteästi yhteydessä muuttuviin elämäntilanteisiin, menestymisen tunteeseen ja terveyteen.

Menestyminen

Menestyminen Minäavaimen käsitteissä tarkoittaa seurausta yrittämisestä, riskinotosta ja teoista itsensä hyväksi (taulukko 2). Menestyminen merkitsee ihmiselle kokemusta omista voimavaroista, joita ovat osaaminen ja oppiminen, luottaminen ja uskominen omiin kykyihin, myönteinen asenne elämässä, halu ottaa vastaan elämän haasteita ja tarvittaessa ulkopuolista tukea sekä tunnetta, että selviää ongelmatilanteista (vrt. Rowe 1985, Antonovsky 1987, Töytäri 1993). Voimavaroihin sisältyy myös omien arvojen tiedostaminen, itsensä ja toisten hyväksyminen sekä yhteys tunteisiin (vrt. Pakarinen 1979). Menestyäkseen ihmisen tulee miettiä tarkasti, mitä hän haluaa, haluta sitä vilpittömästi, uskoa vakaasti, että hän saavuttaa haluamansa ja olla valmis käyttämään voimavarojaan tavoitteen saavuttamiseksi (Antonovsky 1987, Töytäri 1993.) Asiakkaan itsehoidollinen muutosprosessi edellyttää uudistumista ja menestymisen avaimien löytämistä itsestä. Uudistumiseen liittyy arviointia ja oppimista, jossa henkilö kyseenalaistaa tai muuttaa vakiintuneiden toimintatapojensa lisäksi toimintansa perusteena olevia arvoja ja ajattelumalleja (Ranki 1999).

4.1.2 Minäavaimen käyttötarkoitus

Terveyttä ja sairautta koskevissa kysymyksissä ihmiset käyttävät terveydenhuollon tarjoamia palveluja, kun omat tiedot ja taidot eivät riitä. Ammatillinen terveydenhoitotyö on suunnitelmallista promotiivista ja preventiivistä toimintaa, jonka preventiivisinä tavoitteina on edistää ja ylläpitää terveyttä, ehkäistä sairauksia ja uudelleen sairastumista. Toiminnan tasolla se tarkoittaa yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen itsehoidon ja itsestä huolenpidon tukemista sekä itsehoitotaitojen opettamista. Promotiivisen toiminnan tavoitteena on vaikuttaa yhteiskunnalliseen päätöksentekoon, kehittää terveyspalveluja, parantaa terveysoloja sekä edistää ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. (Nupponen 1991, Rimpelä

1994, Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995, Koponen ym. 2002, Pietilä ym. 2002.)

Ammattihenkilöt jäsentävät terveydenhoitoprosessin avulla loogisesti ja systemaattisesti itsehoidon suunnittelua ja ammatillista päätöksentekoa. (Antonovsky 1979, 1991, Sivonen ym. 1986, Murray & Zentner. 1989, Orem 1991, Ensio 2001.) Prosessin vaiheet ovat 1) hoitosuhteen luominen, 2) tiedonkeruu terveydenhoidollisista tarpeista ja tietojen analysointi, 3) kirjallisen terveydenhoitosuunnitelman laadinta 4) toteutusvaihtoehtojen pohdinta sekä 5) arviointi-, seuranta- ja tiedottamismenettelyistä sopiminen.

Minäavaimen käyttö muuttuvien elämäntilanteiden analyysi- sekä ohjauksen ja tuen tarpeiden arviointivälineenä edellyttää terveydenhoitajalta monipuolista osaamista. Hänen osaamiseensa kuuluu voimavaralähtöisen terveyden edistämisen sisäistäminen sekä hoitotyön käsitteellisten mallien, tarveteorioiden ja muutosprosessien hallinta. Käytännön kokeilut ja kokemus auttavat häntä soveltamaan käsitteet yksilöllisesti erilaisille asiakkaille. Terveysneuvoja pyytää asiakasta keskittymään elämäntilanteensa, elämäntilanteen nykyisiin tapahtumiin ja näkemykseen tulevaisuudesta. Asiakas voi halutessaan tarkastella analyysivälinettä itse. Asiakas voi päätyä keskustelemaan Minäavaimen kaikista aiheista tai rajautua elämäntilanteessaan tärkeimpinä pitämiinsä aiheisiin. Keskustelua täydennetään yleisen terveydentilan mittauksilla esim. painoindeksi, verenpaine, pulssi, kolesteroli ja hemoglobiini sekä keskustelulla sairauksien oireista, lääkärin toteamista sairauksista ja hoitomääräysten noudattamisesta. Terveysneuvoja kannustaa asiakasta pohtimaan, millaisia valintoja hän on tehnyt Minäavaimen aihealueilla nykyisessä elämäntilanteessaan. Se tarkoittaa ajattelun ja toimintatapojen, niiden seurauksien ja merkitysten tunnistamista arkielämässä sekä valinnoista aiheutuvan tyytyväisyyden tai muutoshasteiden tunnistamista.

4.1.3 Minäavaimella tuotetun tiedon arviointikäytäntö

Terveysneuvoja tekee keskustelun perusteella yhteenvedon, joka on johtopäätös asiakkaan terveyteen ja menestymisen tunteeseen liittyvistä vahvuuksista ja muutoshasteista. Johtopäätösvaiheessa ovat merkityksellisiä myös asiakkaan keskustelun ulkopuolelle rajaamat aiheet. Jos asiakkaalla ilmenee innostusta ja halua muutokseen, hänen kanssaan aloitetaan itsehoidollisen muutoksen suunnittelu.

Ensiksi varmistetaan muutosvalmius tarkentamalla asiakkaan tavoitteet ja odotukset. Sitten häntä pyydetään ajattelemaan voimavarojaan ja miettimään, haluaako hän panostaa muutokseen. Seuraavaksi varmistetaan, onko hänellä tietoa ja taitoa. Ennen kirjallisen terveydenhoitosuunnitelman tekoa

varmistetaan vielä muutokseen sitoutumisen aste. Asiakasta pyydetään pohtimaan, tuntee ko hän olevansa innostunut ja tuleeko hän noudattamaan sopimuksia. Muutosvalmiuden varmistuttua tehdään terveydenhoitosuunnitelma. Lopuksi keskustellaan muutoksen hallinnasta, toteutuksen keinoista, ulkopuolisen tuen tarpeesta ja sen mahdollisuuksista sekä menestymisen arviointiin liittyvistä tekijöistä. Ammattihenkilön tehtävänä on keskustelun johtaminen, asiakkaan kuuntelu, hänen osallistumisensa ja vaikuttamis-mahdollisuuksiensa laajentaminen, asiakkaan päätöksenteon edistäminen sekä rohkaisu ongelmatilanteiden kohtaamisessa.

Kainuulaisten nuorten terveystarkastus -hankkeen suunnitteluvaiheessa pyrin siihen, että terveydenhoitajat olisivat ottaneet kouluterveystarkastuksissa haastattelun apuvälineeksi Minäavaimen ja dokumentointivälineet. Koulutin terveydenhoitajia tästä lähtökohdasta käyttämään arviointivälinettä. He kokivat kuunteluun ja asiakkaan osallistumiseen perustuvan menetelmän vaativaksi ja epäilivät mahdollisuuksiaan soveltaa sitä peruskoulun yläasteen nuorten terveystarkastuksissa. Hankkeessa alettiin etsiä vuorovaikutusta tarkentavaa teoriaa hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. Ensimmäisessä vaiheessa päädyttiin Rosemarie Rizzo Parsen (1981, 1992) teoriaan ihmisenä kasvusta (human becoming). Teoriaan päätettiin perehtyä, vaikka sen käsitteistö todettiin vaikeaselkoiseksi. Yhteenvedoksi muokattiin terveydenhoitajan toteuttaman terveystarkastuksen tietoperustan mukailleen ihmisenä kasvun teoriaa (kuvio 1).

Ihmisenä kasvun teoria (Parse 1981, 1992) perustuu näkemykseen ihmisen ja maailman keskinäisestä prosessista. Ihmistä kokonaisuutena voidaan ymmärtää hänen ajattelu- ja toimintatapojensa sekä elettyjen kokemusten ja vapaiden valintojen kautta. Ihmisenä kehittyminen on yksilön kokema avoin prosessi. Prosessiin sisältyvät ihmisen ainutlaatuisuus sekä yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus. Yksilön vaalimat unelmat ja toiveet tarjoavat mahdollisuuksia. Jatkuva merkityksen antaminen kokemuksille muodostuu elämäntilanteissa tässä ja nyt. Ihmisenä kehittyminen on ennen kaikkea yksilöiden välisten rajojen ylittämistä ja mahdollisuuksien löytämistä. Ihmisenä kehittyminen on sidoksissa hänen arvomaailmaansa. Inhimillisen kasvun prosessi ihmisen kokemana ja kuvaamana on terveyttä ja samalla elämänlaatua. Hoitotyön päämääränä on elämänlaadun edistäminen. Parsen teoriassa on kolme perusperiaatetta, jotka tuovat esiin ihmisenä kasvun taustalla olevat näennäisesti järjenvastaiset prosessit olennaisena osana ihmisenä olemista:

Periaate 1: Merkityksen moniulotteinen rakentaminen on todellisuuden yhteistä luomista ilmaisemalla (language) arvottamalla (valuing) ja mieltämällä (imaging). Periaate kuvaa yksilön ja perheen tapaa antaa merkityksiä elämäntilanteille, valita vaihtoehdoista ja muokata todellisuutta. Merki-

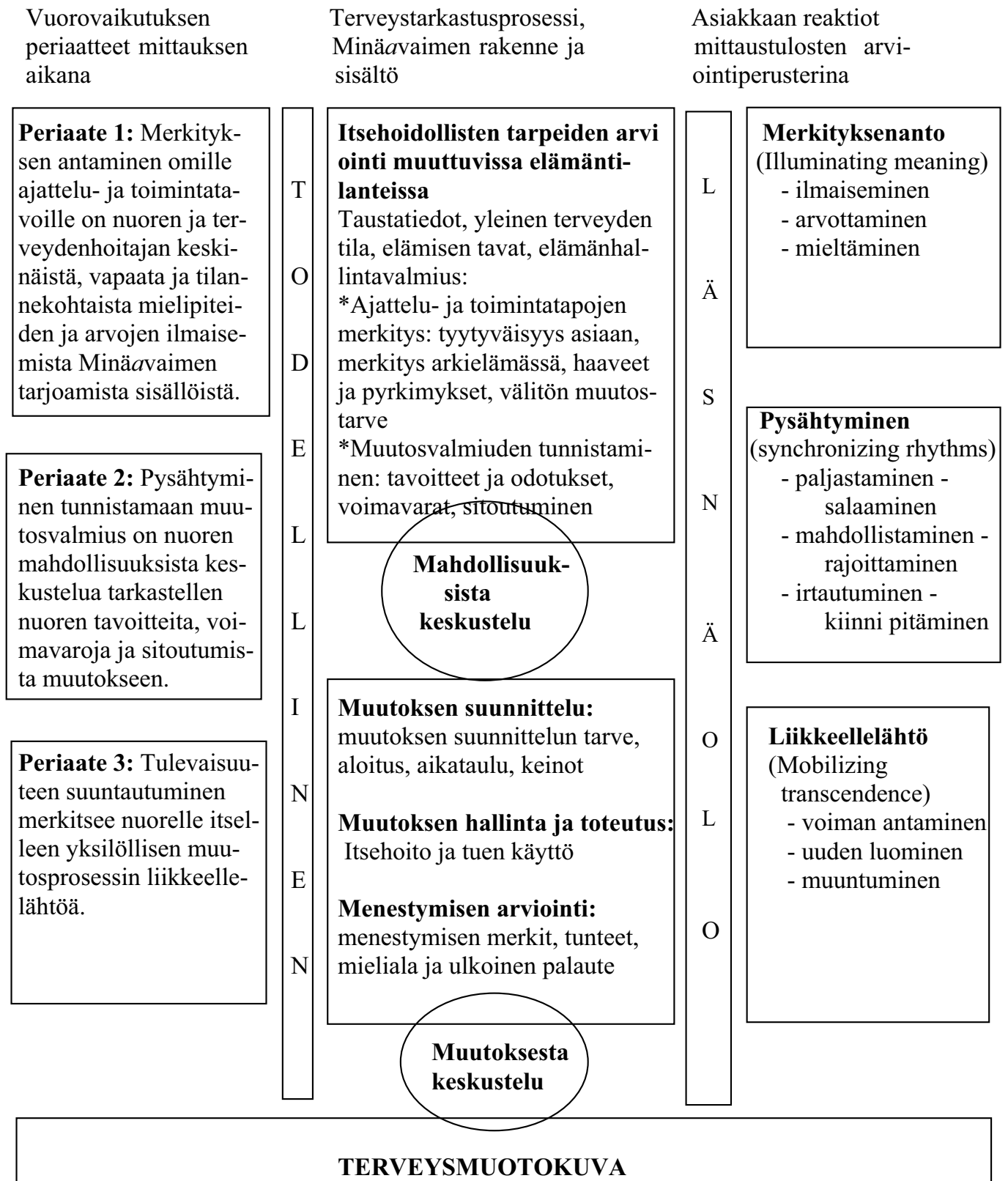
tyksiä rakennetaan selvittämällä omia ajattelu- ja toimintatapoja. Tämä tarkoittaa hoitotyössä sitä, että kun asiakas puhuu ajatuksistaan ja tunteistaan, hän kirkastaa itselleen, miten asiat ovat hänen elämässään. Hän voi samalla nähdä itsensä uudessa valossa. Ammattihenkilön tehtävä on olla läsnä ja tarjota yksilölle ja perheelle tilaisuus mieltää elämäntilanteen merkitys. Asioista puhuminen toisten ja ammattihenkilön läsnä ollessa voi johtaa oivallukseen ja osoittaa tavan katsoa tuttuja asioita uudesta näkökulmasta. Ammattihenkilö ei tarjoa ammatillisia neuvoja ja valmiita mielipiteitä, jotka määräytyvät hänen omasta arvo- ja kokemusmaailmasta. Vuorovaikutuksen tarkoituksena on lisätä ihmisten elämänlaatua ja välittää todellista läsnäoloa ihmisten kanssa.

Periaate 2: Rytmisten olemisten tapojen luominen yhdessä toisten kanssa on elämistä paradoksaalisessa ykseydessä, jossa tapahtuu paljastamista (revealing) ja kätkemistä (concealing), mahdollistamista (enabling) ja rajoittamista (limiting) samanaikaisesti liittymisen (connecting) ja irtautumisen (separating) kanssa. Periaate kuvaa yksilön elämässä yhtä aikaa ilmeneviä paradokseja. Ihminen voi ajattelu- ja toimintatavoistaan samanaikaisesti paljastaa ja kätkeä, mahdollistaa ja rajoittaa sekä liittyä ja irtautua. Tämä tarkoittaa hoitotyössä sitä, että ammattihenkilön tulee antaa aikaa yksilölle tai perheelle kuvata ja käsitellä elämänsä nousuja ja laskuja, ilon hetkiä ja arkipäivän epäkohtia. Ammattihenkilö ei yritä rauhoittaa tilanteita vaan menee pikemminkin keskustelun aaltoiluun mukaan.

Periaate 3: Tämänhetkisyyn ylittäminen löydettyjen mahdollisuuksien avulla on voimanantoa (powering) omaperäisille uudenluomisen (originating) tavoille muuntumisen (transforming) prosessissa. Periaate kuvaa yksilön tapaa saada voimia ilmaista ja löytää uusia mahdollisuuksia yksilölliseen muuntumiseen ja kehittymiseen. Tämä tarkoittaa hoitotyössä sitä, että asiakas löytää hoitajan ollessa todella läsnä voimavaroja muutokseen ja ihmisenä kehittymiseen. Yksilöt ja perheet näkevät nykyisen hetken taakse ja suunnittelevat, miten he voivat saavuttaa toiveensa ja unelmansa, joista on keskusteltu yhdessä toisten ja ammattihenkilön kanssa.

Terveystarkastus etenee prosessina elämäntilannetiedosta terveystuotokuvaan Minä^avaimen sisältöä ja rakennetta noudattaen (kuvio 1, keskellä). Vuorovaikutus edellyttää terveydenhoitajalta ja asiakkaalta todellista läsnäoloa ja toistensa kuuntelua. Vuorovaikutusta mittaustilanteessa ohjaavat kolme periaatetta (kuvio 1, vasemmalla) ja asiakkaan reaktiot (kuvio 1, oikealla) prosessin eri vaiheissa. Asiakkaan reaktiot toimivat myös mittaus tulosten, terveystuotokuvan arviointiperusteina. Terveystuotokuvan tulee tunnistaa, miten asiakas antaa merkityksiä, miten hän pysähtyy muutostilanteessa ja miten hän lähtee muutoksessa liikkeelle.

ELÄMÄNTILANNETIEDOSTA TERVEYSMUOTOKUVAAN



Kuvio 1. Kouluterveydenhoitajan toteuttaman terveystarkastuksen tietoperusta ihmisenä kasvun teoriaa mukaillen (vrt. Parse 1992).

Ihmisenä kasvun teorian pohjalta laadin ensimmäiset apukysymykset Minäavaimen käyttöön (liite 5). Näistä lähtökohdista koulutin jälleen terveydenhoitajia. Ihmisenä kasvun teoria auttoi heitä ymmärtämään läsnäolon ja kuuntelun merkityksen menetelmässä. Avoimeksi jäi edelleen, miten nuoren kanssa toimitaan kouluterveystarkastuksessa ja millaisia kysymyksiä hänelle esitetään. Ihmisenä kasvun teoria koettiin liian eritteleväksi ja vaikeaksi käytännön tason keskustelussa.

4.2 Terveysmuotokuvamittarin tavoitekuvan analyttinen erittely

4.2.1 Mittaaminen terveyden edistämisen tutkimuksessa

Terveysmuotokuvamittarin kehittäminen Minäavaimen pohjalta tarkentui hankkeen siinä vaiheessa, kun päätin perehtyä tarkemmin mittaamiseen terveyden edistämisen tutkimuksessa ja nuoria käsittelevään tutkimuskirjallisuuteen. Kirjallisuuskatsaus (esim. Antonovsky 1983, Söderqvist & Bäckman 1988, Pelkonen ym. 1993, Suominen 1993, Tossavainen 1993, Pietilä 1994, Rimpelä 1994, Kannas 1995) mittaamisen terveyden edistämisen tutkimuksessa hoitotieteessä, kansanterveystieteessä, sosiaalilääketieteessä ja terveystieteessä osoitti, että terveyden tutkimuksessa ja terveyden edistämisen käytännöissä on tarvetta teoriaperustaisille, eettiset näkökohdat huomioon otaville ja luotettaville mittareille. Käytännön toiminnan kannalta ajankohtaisina pidettiin tutkimuksia, joissa pyritään terveyslähtöisten ammattikäytäntöjen, työprosessien ja menetelmien kehittämiseen, ja joilla voidaan auttaa ihmisiä löytämään omat voimavaransa sekä kehittämään niitä jatkuvasti. Terveystutkimuksissa on alettu painottaa henkilökohtaisten voimavarojen ja oman hallinnan kokemisen merkitystä terveyden ylläpitämisessä ja saavuttamisessa.

Mittaamiseen perehtymisen tarkoituksena oli selvittää, mitä tutkimuksissa käytetyillä mittareilla on mitattu, mihin tarkoitukseen mittaria on käytetty, miten käsitteet on rajattu ja miten mittareiden luotettavuus on varmistettu. Valitsin mittarit eri tieteenaloilta tukemaan terveystieteellisen tutkimuksen mittaustavoitteen sekä käsitteiden ja niiden ulottuvuuksien määrittelyä. Monet hoitotieteellisiin teorioihin ja käsitteellisiin malleihin pohjautuvat mittarit perustuvat tarveoteoreettiseen lähtökohtaan (Abdellah 1968, Orem 1991, Henderson 1996). Mittareissa käytetyt käsitteet pää- ja alaluokituksineen muodostavat mittarin *teoreettisen ulottuvuuden* ja käsitteiden varsinaiset operationaaliset määritelmät *rakenteellisen kokonaisuuden*. Terveyden edistämisen mittareissa teoreettinen ulottuvuus käsittää useimmiten fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristön näkökulman. Henkisten tarpeiden teoreettinen näkökulma puuttuu tällä hetkellä Suomessa saatavilla ole-

vista terveyden edistämisen mittareista. Puute voidaan korvata lisäkysymyksillä. (Skevington 2002, Kattainen & Meriläinen 2004).

Teoreettisista ulottuvuuksista sosiaalinen näkökulma on selkeimmin määritelty. Se sisältää sosiaalisen elämän rakenteellisena kokonaisuutena työn, harrastukset ja vapaa-ajan toiminnan (Sintonen 2001), tyytyväisyyden sosiaaliin suhteisiin (Aalto ym. 1999) sekä sosiaalisten suhteiden määrän ja laadun (Koivukangas ym. 1995). Fyysinen näkökulma sisältää fyysiseen toimintakyvyn rakenteellisia kokonaisuuksia kuten elimistön rakenteen ja elinjärjestelmien fysiologiset toiminnot, liikkumisen, kivun ja hengittäminen. Psykykkisen näkökulman rakenteelliseen kokonaisuuteen kuuluvat mielialat, tunnetilat, energisyys ja henkinen toiminta kuten muistitoiminnot. Henkisyiden rakenteellinen kokonaisuus muodostuu filosofisista ja hengellisen elämän arvoista, kuten uskonnollisuus ja arvomaailma. Ympäristön rakenteelliseen kokonaisuuteen kuuluvat voimavarakysymykset, kuten tyytyväisyys työhön ja työolosuhteisiin, asuminen, taloudelliset näkökohdat ja turvallisuus sekä ympäristön taholta tulevat vaarat. (Kattainen & Meriläinen 2004.)

Tämän tutkimuksen kannalta keskeinen teoreettinen kokonaisviitekehys tulee olemaan Maailman terveysjärjestön (WHO) yleiskokouksessaan vuonna 2001 julkaisema toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen, josta käytetään lyhennettä ICF -luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health). Kolmiportainen luokitus tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun standardin väestön toimintaedellytysten kuvaamiseen. Standardia voidaan soveltaa yksilötason terveydenhoitoon mukaan lukien sairauksien ennaltaehkäisy, terveyden edistäminen, osallistumismahdollisuuksien parantaminen ja sosiaaliset tukitoimet. ICF -luokituksen pääluokat ovat kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät. Yksiportainen pääluokitus on seuraava (Nylander ym. 2004):

Kehon toiminnot (1-8) yksiportaisessa pääluokituksessa: mielentoiminnot, aistitoiminnot ja kipu, ääni- ja puhetoiminnot, sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot, ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot, virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot, tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot sekä ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot.

Ruumiin rakenteet (1-8) yksiportaisessa pääluokituksessa: hermojärjestelmän rakenteet, silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet, ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet, sydän- ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet, ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän

rakenteet, virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän rakenteet, liikkeeseen liittyvät rakenteet sekä ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet.

Suoritukset ja osallistuminen (1-9) yksiportaisessa pääluokituksessa: oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänaalueet sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä.

Ympäristötekijät (1-5) yksiportaisessa pääluokituksessa: tuotteet ja teknologiat, luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset, tuki ja keskinäiset suhteet, asenteet sekä palvelut, hallinto ja politiikat.

Tavallisimmin mittarit luokitellaan moniulotteisiin profiili- ja utiliteettimittareihin tai yleisiin ja spesifeihin mittareihin (Koivukangas ym. 1995, Aalto ym. 1999). Profiilimittareissa esimerkiksi terveyteen liittyvää elämänlaatua tarkastellaan erikseen usealla ulottuvuudella. Utiliteettimittarilla pyritään yhteismitallisesti arvioimaan terveydenhuollon toimenpiteiden kustannus-hyötysuhdetta laatu painotteisten elinvuosien avulla (Aalto ym. 1999). Tutkimuksissa voidaan käyttää tutkittavan sairauden tarkasteluun kehitettyjä yleisiä ja/tai spesifisiä mittareita (Aalto ym. 1999). Spesifit mittarit ovat käyttökelpoisia tietyn sairauden tai tietyn tilanteen kuvaamiseen ja vain niissä sairauksissa ja tilanteissa, joihin mittari on kehitetty (Guyatt *et al.* 1996, Aalto ym. 1999). Spesifit mittarit voidaan edelleen jakaa sairausspesifeihin (esim. astma), väestöspesifeihin (esim. ikääntyneet), toimintaspesifeihin (esim. seksuaalinen toiminta) ja tilanne- tai ongelmaspesifeihin (esim. kipu) (Guyatt *et al.* 1996).

Edellä esittämäni luokituksista terveystuotokuvamittarin kehittämistä palvelee arvioni mukaan lähinnä spesifien mittareiden luokittelutapa. Pyrin luokittelemaan seuraavaksi kirjallisuudesta valitsemani mittarit terveyden edistämisen ulottuvuuksista lähtien promotiivisiin sekä primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventiivisiin mittareihin. Tutkimustiedon keruussa käytetyistä mittareista raportoidaan kansanterveystieteellisessä tutkimuksessa lähinnä preventiivisiä mittareita. Sosiaalilääketieteessä ja hoitotieteellisessä tutkimuksessa käytetään sekä promotiivisia että preventiivisiä mittareita. Käytännön työvälineiksi kehitetyistä mittareista esimerkkeinä ovat promotiivisiin mittareihin luokiteltava työterveyshuollon työväline, voimavarakartoitus (Fredriksson 1992) ja sekundaaripreventiivisiin mittareihin lukeutuva internetin kautta toimiva BPM-Groupin ja partnereiden (2000) tuottama BPM-Hyvinvointiohjelma. Siihen sisältyy henkilökohtaisen toimintakyvyn kartoitus ja työyhteisön voimavarakartoitus. Internetissä toimivat hoidon ja ohjauksen tarpeen arviointiin kehitetyt mittarit lisääntyvät

kaiken aikaa. Helppokäyttöisyyden ja nopean tulosten hyödyntämismahdollisuuden vuoksi ne sopivat hyvin käytännön työvälineiksi.

4.2.1.1 Promotiiviset mittarit

Koetun terveyden ja elämähallinnan mittareita

Sosiaalilääketieteessä ja hoitotieteessä käytettyjä promotiivisia mittareita kuvaan taulukossa 3. Lähtökohtina mittareissa on koettu terveys ja elämähallinta. Sosiologi Aaron Antonovsky (1923 - 1994) on kehittänyt salutogeenisen viitekehyksen ihmisen terveyden ja voimavarojen arviointiin. Hän on pyrkinyt selvittämään, mitkä tekijät ylläpitävät tai edistävät terveyttä, selviytymistä ja elämänmuutosten hallintaa. Antonovsky (1983) julkaisi 29 osiota ja 79 kysymystä käsittävän koherenssin tunteen, SOC -mittarin (sense of coherence). Mittarissa on elämän orientaatioon liittyviä kysymyksiä eri elämänaalueilta: elämänhistoria, toimintatavat, sosiaaliset suhteet, opiskelu, työ, harrastukset ja elinympäristö. Vastaukset kysymyksiin kerätään 7-portaisella Likert -tyyppisellä asteikolla. Mittari on kehitetty haastatteleamalla ja hakemalla sellaisia ihmisiä, jotka ovat selvinneet huolimatta vaikeista elämäntilanteista. Tutkimusaineistosta on etsitty koherenssin tunnetta kuvaavia tyypillisiä ilmauksia.

Antonovsky (1983) määrittelee koherenssin tunteen perusasennoitumiseksi elämään, kokonaisvaltaiseksi rakentavaksi hallintasuuntautuneisuudeksi, harmoniaksi. Koherenssin tunne sisältää kolme mitattavaa ulottuvuutta: ymmärrettävyyden (comprehensibility), hallittavuuden (manageability) ja merkityksellisyyden tai tarkoituksellisuuden (meaningfulness). Ymmärrettävyys tarkoittaa tunnetta, että kykenee hahmottamaan ja ymmärtämään omat sisäiset voimavaransa sekä vuorovaikutuksen sosiaalisen ympäristön kanssa. Sitä mitataan 11 kysymyksellä. Hallittavuus (10 kysymystä) tarkoittaa kokemusta siitä, että voimavarat riittävät vaatimusten hallintaan ja ihmisellä on kykyä kontrolloida tilanteita konkreettisilla toiminnoilla ja vastata erilaisiin haasteisiin. Merkityksellisyys (8 kysymystä) osoittaa, miten yksilö kokee elämänsä tarkoituksen ja miten hän haluaa sitoa voimavarojaan erilaisiin velvoitteisiin elämäntilanteessaan.

Taulukko 3. Promotiivisia mittareita, lähtökohtina koettu terveys ja elämänhallinta.

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Antonovsky 1983: koherenssin tunteen mittari, SOC, the sense of coherence	Koherenssin tunne	ymmärrettävyys	keskusteluissa ymmärretyksi tuleminen, päivittäiset kontaktit ja läheisyyden tunne, tuttujen ihmisten käyttäytymisen yllätyksellisyys, elämänkulku viimeisen 10 vuoden aikana, tilanteiden outous, ongelmien kohtaaminen, elämä tulevaisuudessa, tunteiden sekavuus, epämiellyttävät tunteet, tapahtumien ennakoiminen, tapahtumien tärkeyden arviointi	7 vastausvaihtoehtoa testattu
		hallittavuus	yhteistyö muiden kanssa, tärkeiden ihmisten aiheuttamat pettymykset, kohdelluksi tuleminen, elämänasenne, toiminta epämiellyttävissä tilanteissa, suhtautuminen onnistumiseen, luottaminen tärkeisiin ihmisiin, häviämisen tuntemukset, vaikeuksien kohtaaminen, tilanteiden hallinta	
		merkityksellisyys	välittäminen ympärillä tapahtuvista asioista, elämänlaatu, elämäntarkoitus, tulevaisuuskuva, elämisen merkitys, päivittäisen tekemisen merkitys, henkilökohtainen elämä tulevaisuudessa, päivittäisten tapahtumien merkitys	

(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Söderqvist & Bäckman 1988: Elämänhallinnan mittari (life control)	Elämänhallinta ja koettu terveys	koettu terveys, koherenssin tunne, elämään tyytyväisyys, perhesuhteet vapaa-aika, sosiaaliset suhteet, fyysinen ympäristö, asuminen työtilanne, taloudellinen tilanne	66 kysymystä, joista 11 kysymystä Antonovskyn SOC – mittarista	5 vastausvaihtoehtoa testaus: korrelaatiokerroin coefficient, merkitsevyystesti
Suominen 1993: Koetun terveyden ja elämänhallinnan mittari (perceived health and life control)	Koettu terveys ja elämänhallinta	taustatekijät, elämän muutokset, lapsuus ja taustat terveys elämänhallinta sosiaalinen integraatio ja sosiaalinen tuki vapaa-ajan aktiviteetit koettu työn rasittavuus	sp., ikä, koulutustaso, ammatti, perheilmasto lapsuudessa 35 kys. subjektiivinen näkemys terveydentilasta, oireista, piilevistä sairauksista, puutoksista 6 kys. persoonallisuuden piirteet 24 kys., joista 16 kys. koherenssin tunteesta ystävien määrä, suhteiden laatu 4 kys. aktiviteetit ja alkoholin kulutus 5 kys. työn vaativuus, mahdollisuus kontrolloida työtä, työtuntien määrä, työn jakautuminen palveluun ja ei-palveluun 7 kys.	vaihtoehtokysymykset ja avoimet kysymykset testaus: tilastolliset merkitsevyystestit

(jatkuu)

Taulukko 3. (jatkuu)

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Pietilä 1994: Elämänhallinta ja terveys	Nuorten miesten elämänhallinta ja terveys sekä niihin yhteydessä olevat tekijät	elämänhallinta terveys elintavat elämäntilanne	hallittavuus, ennustettavuus, tyytyväisyys elämään ja ihmissuhteisiin terveys nuoruudessa, itsearvioitu terveys liikunta, tupakointi, alkoholin käyttö perhetausta, koulumenestys, koulutus, työ, toimeentulo, elämäntilanne	kyselytutkimus, monivalintakysymykset, avoimet kysymykset rekisteritiedot testaus: monimuuttujamenetelmät, Gronbachin alpha

Antonovsky (1987) toteaa jatkotutkimuksissaan koherenssin tunteen ulottuvuuksien väliset yhteydet vahvoiksi. On mahdollista, että henkilöllä on vahva hallinnan tunne jollakin ulottuvuudella ja matala toisella. Vahva koherenssin tunne ei edellytä korkeaa hallinnan tunnetta kaikilla ulottuvuuksilla. Motivaatioulottuvuutena merkityksellisyys on terveyden edistämisen kannalta ratkaisevin. Ymmärrettävyys on seuraavaksi tärkein, koska hallittavuus riippuu tilanteen ymmärtämisestä. Jos ihminen ei usko, että voimavarat ovat hallittavissa, merkityksellisyys vähenee ja selviytyminen heikkenee. Tuloksellinen selviytyminen osoittaa kaikkien osa-alueiden vahvuutta.

Söderqvist ja Bäckman (1988) ovat testanneet Antonovskyn teoriaa. He ovat kohdistaneet kyselytutkimuksensa 1024 työikäiseen (15 - 64 - vuotiaaseen) turkulaiseen. Heidän kyselylomakkeensa sisältää 66 osiota koetusta terveydestä ja hyvinvoinnista sekä taustatekijöistä kuten työolosuhteet, asuminen, taloudellinen tilanne, perhesuhteet, elämän tapahtumat ja psykososiaaliset stressitekijät. Koherenssin tunnetta mitataan 11 kysymyksellä, jotka on valittu Antonovskyn SOC -mittarista. Tutkijat ovat havainneet tilastollisen yhteyden koetun hyvän terveydentilan ja vahvan koherenssin tunteen välillä. Koherenssin tunne korreloi positiivisesti elämään ja ihmissuhteisiin tyytyväisyyden kanssa. Tyytyväisyys tietyillä elämäntilanteilla on ratkaisevampi koherenssin tunteen voimakkuuden ja elä-

mään tyytyväisyyden kannalta kuin objektiiviset olosuhteet. Siten he olettavat elämään ja ihmissuhteisiin tyytyväisyyden myös voivan edustaa terveyttä ylläpitäviä voimavaroja.

Söderqvist ja Bäckman (1988) ovat havainneet, että henkilöillä, joilla on vahva elämänhallinta, on vähän stressin oireita, kuten päänsärkyä, pelkoja ja unettomuutta. Heillä on vahvan elämänhallinnan vuoksi pienentynyt riski sairastua kroonisesti. Mitä heikompi on elämänhallinta, sitä enemmän on stressin oireita ja epäonnistunutta selviytymistä. Stressin oireet voivat muuttua vähitellen pysyviksi. Henkilöillä, jotka ovat kärsineet pitkiä aikoja masennuksesta tai olleet epätoivoisia, on suuri vaara kehittää itselleen psyykinen tai fyysinen sairaus. Samanlainen tilanne on henkilöillä, jotka yrittävät vähentää oireita lisäämällä alkoholin kulutusta tai tupakointia. Vahva elämänhallinta ennustaa onnistunutta selviytymistä tai jännityksen käsittelyä. Havaintoihinsa ja päätelmiinsä nojautuen tutkijat ovat muodostaneet uuden käsitteen, elämänhallinta (life control), johon sisältyy koherenssin tunteen kolmen ulottuvuuden lisäksi koettu tyytyväisyys elämään ja ihmissuhteisiin. Tulokset elämänhallinnan ja stressin oireiden välisestä suhteesta ovat samansuuntaisia myös nuorilla. Söderqvistin ja Bäckmanin (1988) mukaan lasten ja nuorten kohdalla on suhtauduttava elämänhallintaa kuvaaviin tuloksiin kuitenkin kriittisesti.

Suominen (1993) on analysoinut edelleen Söderqvistin ja Bäckmanin havaitsemia koherenssin tunteen, koetun elämään tyytyväisyyden ja terveyden välisiä yhteyksiä. Hän on käynnistänyt kyselytutkimuksen syksyllä 1989 koko maamme työikäistä väestöä edustavalle 4 517 henkilön otokselle. Kyselylomakkeessa on 71 kysymystä, joista 16 koherenssin tunteen osaluokilta (Antonovsky 1983). Kyselyllä mitataan mm. elämänhallintaa, terveyttä, sosiaalista integraatiota, sosiaalista tukea, sosiaalisia taustatekijöitä, tiettyjen vapaa-ajan aktiviteettien harjoittamista sekä koettua työn rasittavuutta. Varianssianalyysin mukaan vahva elämänhallinta on tilastollisesti merkitsevässä ($p < 0.001$) yhteydessä hyvään koettuun terveydentilaan, vahvaan sosiaaliseen integraatioon, korkeaan sosioekonomiseen tai koulutustaustaan, aktiiviseen vapaa-aikaan sekä vähäisenä koettuun työn rasittavuuteen. Elämänhallinta ei kytkeydy tilastollisesti yhtä vahvasti ikään kuin se kytkeytyy terveyteen.

Pietilä (1994) on selvittänyt väitöstutkimuksessaan pohjoissuomalaisen nuorten miesten elämänhallintaa ja terveyttä sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Hän on valinnut tutkimukseen satunnaisotannalla 2500 henkilön otoksen Oulun ja Lapin lääneissä vuonna 1966 syntyneistä miehistä. Tutkimusaineiston muodostavat varhaislapsuutta, nuoruusikää ja aikuisikää koskevien tutkimusten kyselyaineistot. Lisäksi hän käyttää tutkimusaineistona tutkittavien terveyttä ja kehitystä kuvaavia rekisteritietoja. Tutkimuksen viitekehyksenä on elämänhallinta ja sen yhteys terveyteen, elintapoihin

ja elämäntilanteeseen (vrt. Antonovsky 1979, Bäckman & Söderqvist 1990, Suominen 1993).

Tutkimustulosten (Pietilä 1994) mukaan aikuisiässä hyvä itsearvioitu terveys, terveelliset elintavat ja vähäinen stressin kokeminen sekä hyvä toimeentulo ja koulutus ovat yhteydessä vahvaan elämäntilanteeseen. Nuoruusiän elintavat, opiskelussa menestyminen ja hyvä perhetausta ennustavat aikuisiän elämäntilannetta ja terveyttä. Myös perheen sosiaalisen tilanteen myönteinen kehittyminen lapsen siirtyessä varhaislapsuudesta nuoruuteen ennustaa aikuisiän vahvaa elämäntilannetta. Varhaislapsuuden perhetaustalla ei ole yhteyttä aikuisiän elämäntilanteeseen ja terveyteen. Nuoruusiän elintavoista tupakointi, päihteiden kokeilu ja vähäinen liikunta ennustavat aikuisiän heikkoa elämäntilannetta.

Voimavaralähtöisiä mittareita

Promotiivisista voimavaralähtöisistä mittareista on kaksi esimerkkiä taulukossa neljä. Fredriksson (1992) esittää tutkimustuloksia mittarista, jota on kehitelty työterveyshuoltoon ja henkilöstöhallintoon työvälineeksi. Voimavarakartoitus on selvitys yhden tuotantoyksikön henkilöstön voimavaroista. Sen taustateorianä käytetään Antonovskyn (1983) salutogeenista mallia. Mittarilla pyritään selvittämään työssä käyvien ihmisten selviytymisen ja jaksamisen todellisia taustoja. Selvitettäviä voimavaroja ovat fyysiset, aineelliset, kognitiiviset ja emotionaaliset, arvostusta koskevat, asenteelliset, ihmissuhteisiin liittyvät ja makro-sosio-kulttuuriset voimavarat. Mittaria käytetään puolistrukturoidussa haastattelussa. Siinä keskitytään luomaan haastateltavan kanssa yleiskuva hänen elämästään ja löytämään selitys erilaisille ratkaisuille ja valinnoille elämän eri vaiheissa. Etenkin kriisien tai vastoinkäymisten osalta ei jäädä pohtimaan itse kriisiä, vaan selvitetään, millä keinoin kriisistä selviydytään ja mitä siitä voi oppia. Näin yritetään löytää yksilölle tyypillisiä selviytymisstrategioita. (Fredriksson 1992.)

Taulukko 4. Promotiivisia, voimavaralähtöisiä mittareita.

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Fredriksson 1992: Voimavarakarttus Antonovskyn teorian pohjalta	Yleiskuva elämästä elämänkaaren vaiheittain ja selityksen etsintä ratkaisuille	fyysiset voimavarat aineelliset voimavarat kognitiiviset ja emotionaaliset voimavarat arvostus- asenteelliset voimavarat ihmissuhteisiin liittyvät voimavarat makro-sosio- kulttuuriset voimavarat	genotyyppi: sukuanamneesi, immunologinen systeemi: atopiat, allergia, infektio- taudit, syöpä, psykosomaattiset sairaudet perusturvallisuus: asunto, toimeentulo, varallisuus, ammatti, asema koulutus ja selviytyminen: peruskoulutus, ammattikoulutus, vapaaehtoinen opiskelu, itsetunnon ja itsearvostuksen voimakkuus coping -strategiat ystävien ja tuttavien määrä, ihmissuhteiden toimivuus, arvostus työyhteisössä, tarve turvautua ulkopuoliseen apuun, sitoutumisen aste työhön, harrastuksiin, perheeseen, harrastuksiin ja muihin sidosryhmiin isänmaa, äidinkieli, siirtolaisuus, pakolaisuus: mahdollisuus käyttää äidinkieltä, perhesiteiden voimakkuus, perinteiden noudattaminen, ideologiset näkemykset, uskonto ja sen merkitys	haastattelu, koherenssintunne- kysely itsearvostus- kysely testaus: ei testattu

(jatkuu)

Taulukko 4. (jatkuu)

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Pelkonen 1994: Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin pohjalta	Vanhempain toimimisen voimavarat ja terveydenhoitajilta saatu tuki sekä käsitykset hoitotyön keinoista vahvistaa perheen voimavaroja	perheenjäsenten henkilökohtaiset voimavarat perhejärjestelmän voimavarat ympäröivän yhteiskunnan voimavarat	vanhempien itsetunto, vanhempien tarvitsema tieto voimien riittävyyden sääntely, vanhempien tulevaisuutta koskevat käsitykset sosiaalinen tukiverkosto	kyselylomakkeet, monivalintakysymykset, avoimet kysymykset testaus: faktorianalyysi, Spearmanin korrelaatiokerroin, Gronbachin alpha

Tutkija (Fredriksson 1992) pitää voimavarakartoitustaan alustavana ja osittain vielä haparoivanakin yrityksenä kehittää mittaria työterveyshuoltoon. Voimavarakartoituksessa etsitään työntekijöiden selviytymisstrategioita, joiden avulla he ovat selviytyneet kokemistaan ongelmatilanteista ja kriiseistä. Selviytymisstrategiaa pidetään merkinä oppimisesta, jaksamisesta ja ihmisen voimavaroista, jonka todelliset taustat tulee selvittää. Voimavarakartoituksen käsitteissä on yhtäläisyyttä kehitteillä olevan terveystuotokuvamittarin kanssa, jossa yksilön vahvuuksia ja kehittymishaasteita etsitään päivittäiseen elämään liittyvistä terveystuotokuvavalmista. Voimavaroihin luetaan myös kyky ja halu muuttua sekä halu osallistua ja vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon.

Pelkonen (1994) on tutkinut sitä, millaisia voimavaroja lapsiperheet tarvitsevat vanhempina sekä sitä, millaisena he kokevat terveydenhoitajalta saamansa tuen (taulukko 4). Lisäksi hän vertaa perheiden käsityksiä voimavaroista vahvistavista hoitotyön keinoista terveydenhoitajien vastaaviin käsityksiin. Kyselytutkimuksen kohderyhmänä on 1533 satunnaisotannalla valittua lapsiperhettä ja 288 terveydenhoitajaa. Perheen voimavarat koostuvat perheenjäsenten henkilökohtaisista voimavaroista, perhejärjestelmän voimavaroista ja ympäröivän yhteiskunnan voimavaroista. Suurin osa lapsiperheistä arvioi voimavaransa melko hyviksi. Huonoiksi ne arvioi 5 - 30

% perheistä voimavaroista riippuen. Tutkituista voimavaroista perheet arvioivat parhaiksi itsetuntonsa vanhempana, tulevaisuutta koskevat käsitykset sekä tietämisen. Puutteellisimmiksi koetaan sosiaaliset tukiverkot ja kyky säännellä voimia elämäntilanteen vaatimusten mukaisesti. Perheistä viidellä (5 %) prosentilla on monia sosiaalisia ja taloudellisia vaikeuksia, joiden auttamiseen tarvittaisiin moniammatillista yhteistyötä.

Pelkosen (1994) tutkimustulosten mukaan perheiden välillä on eroja. Tärkeimmät erottelevat taustamuuttajat ovat terveys, huolta aiheuttavat oireet, perheen tulot ja taloudellinen turvallisuuden tunne. Voimavaroja vahvistavat hoitotyön keinot ovat tärkeitä sekä perheille että terveydenhoitajille. Perheiden mielestä kolme tärkeintä keinoa ovat toimiva yhteistyösuhde, vanhemmuuden itsetunnon vahvistaminen ja tietojen kartuttaminen. Jatkoselvityksenä tehdyssä faktorianalyysissä osa alaluokista on faktoritoitunut toisin kuin teoreettisessa alaluokituksessa (Leino-Kilpi ym. 1994).

4.2.1.2 Primaaripreventiiviset mittarit

Primaaripreventiivisten mittareiden teoreettisina ulottuvuuksina käytetään muun muassa käsitteitä terveys, elämäntyyli ja itsestä huolenpito (taulukko 5). Hoitotieteellisen tutkimuksen alalla Walker, Sechrist ja Pender (1987) ovat jatkaneet Penderin 1980 -luvulla aloittaman elämäntyylin ja terveys-tottumusten arvioimisen mittarin kehittelyä. He ovat testanneet HPLP -mittaria (Health-Promoting Lifestyle Profile). Terveyttä edistävän elämäntyylin he määrittelevät moniulotteiseksi oma-aloitteiseksi toiminnaksi tai tietoisuudeksi, miten ylläpitää tai parantaa hyvinvoinnin, itsenäisyyden tai itsensä toteuttamisen tasoa. HPLP –mittari mittaa terveyttä edistävää elämäntyyliä vastakohtana riskikäyttäytymiselle. Profiilin arviointi perustuu osioanalyysiin, faktorianalyysiin ja reliabiliteetin mittauksiin. Faktorianaalyysissä erottuu kuusi dimensiota: itsensä toteuttaminen (Self-Actualization), vastuunotto terveydestä (Health Responsibility), liikkuminen (Exercise), ravitsemus (Nutrition), toisten tuki (Interpersonal Support) ja stressin hallinta (Stress Management). Nämä dimensiot tutkijat yhdistävät käsitteeksi terveyttä edistävä elämäntyyli. Reliabiliteettimittauksessa alfa-kerroin koko mittarin osalta on korkea (.922). (Walker *et al.* 1987.)

Pelkonen (1988) on tutkinut ihmisten käsityksiä itsestä huolenpidosta, terveydestä ja hoitotyöstä sekä heidän niille antamia merkityksiä. Tutkimus on kuvaileva ja käsitteitä nimeävä. Kuntalaisten käsityksen mukaan itsestä huolenpito on perussisällöltään inhimillisten tarpeiden tyydyttämistä ja varsin subjektiivista. Itsestä huolenpito määräytyy siitä, minkä ihmiset ymmärtävät olevan itselleen hyväksi ja minkä he kokevat omassa elämäntilanteessaan tärkeäksi. Ihmiset noudattavat itsesäätelyn periaatetta. Säätely kohdis-

tuu eri toimintojen ja itsen sekä ympäristön välisen tasapainon ylläpitämiseen ja palauttamiseen. Itsestä huolenpidolla on tutkittaville lähinnä välinearvoa; sillä säädellään jaksamista sekä toisaalta sen avulla tavoitellaan sopusointuista elämää. Itsestä huolenpidon tarkoituksena on myös suojella ja ylläpitää terveyttä. Suurin osa haastateltavista on tyytyväisiä saamiinsa hoitotyön palveluihin.

Hoitotieteen tutkijat Meltaus & Pietilä (1998) ovat raportoineet tutkimusta, jossa he selvittävät perheidentiteettiä ja nuorten elintapavalintoja. Tutkijat ovat käyttäneet interventiivistä haastattelua perheen vahvuuksien arvioinnissa. Keskeistä haastattelussa on, että perhe arvioi vahvoja puoliaan ja tulee tietoiseksi niistä. Tavoitteena on ollut saada perheen jäsenet keskustelemaan keskenään kunkin esittäessä arvionsa ja mielipiteensä perheen vahvuuksista. Tutkijat ovat pyrkineet saamaan haastattelussa esille perheenjäsenten vastauksissa perheen myönteistä toimintaa ja rohkaisevat heitä pohtimaan vaihtoehtoja ongelmallisille toimintatavoilleen. Interventiolla he tarkoittavat virallisen tai epävirallisen sosiaalisen verkoston tukea perheelle. Interventiivisen haastattelun onnistumiseksi haastattelijat ovat pyrkineet olemaan neutraaleja ja aktiivisia kuuntelijoita. Päästäkseen tähän haastattelijat ovat käyttäneet monipuolisesti ja joustavasti erilaisia kysymyksiä, toteamuksia ja antaneet aikaa hiljaisuudelle (vrt. Tomm 1987b, Mattus 1994, Meltaus & Pietilä 1998).

Meltaus ja Pietilä (1998) ovat keränneet tutkimuksen aineiston neljästä perheestä, joissa perheenjäseniä on yhteensä 14, neljä seitsemäsluokkalaista nuorta, heidän vanhempansa ja kahdessa perheessä seitsemäsluokkalaista nuorempi sisar. Perheet arvioivat perheidentiteettiä vahvistavia tekijöitä kyselylomakkeen, haastattelun ja palautekeskustelu avulla. Laadullinen aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä ja kyselylomakkeella kerätty aineisto kvantitatiivisesti. Perheidentiteettiä vahvistavat erityisesti sitoutumisen, arvostuksen, tarkoituksellisuuden tunteen ja yhdenmukaisuuden kokemukset. Vanhempien ja nuorten kokemuksissa on olennaista yhteisymmärrys tärkeistä asioista ja ajankäytöstä. Tulosten mukaan perheillä on vahvuuksia seitsemäsluokkalaisten nuoren elintapavalintojen tukemisessa. Interventiivinen haastattelu on ollut tutkijoiden mukaan ajoittain vaikeasti hallittavissa. Mielipiteiltään vahvin perheenjäsen saattaa dominoida haastattelutilannetta. Perheen nuorten kyky ja halukkuus osallistua puolentoista tunnin mittaiseen keskusteluun on vaihdellut. Interventiivinen haastattelumenetelmä on yksi keino lisätä vuorovaikutusta asiakkaiden ja terveydenhoitajan välillä terveyden edistämistyössä.

Taulukko 5. Primaaripreventiivisiä mittareita, lähtökohtina terveys, elämäntyyli ja itsestä huolenpito.

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Walker <i>et al.</i> 1987: HPLP – mittari (the health promoting lifestyle profile)	Terveyttä edistävä elämäntyyli	itsensä toteuttaminen, vastuunotto terveydestä, liikkuminen, ravitsemus, toisten tuki ja stressin hallinta	107 väittämää, joista 81 kuvaa positiivista toimintaa ja 26 negatiivista tai epätoivottavaa käyttäytymistä	järjestysasteikko: 1 - 4 testaus: reliabiliteettia testattu
Pelkonen 1988: Itsestä huolenpito ja hoitotyön palvelut	Tutkittavien käsitykset itsestä huolenpidosta, terveydestä ja hoitotyöstä sekä heidän niille antamat merkitykset	itsestä huolenpito terveys hoitotyö	fysiologisista tarpeista huolehtiminen: ravinto / nautinto-aineet, ulkoilu ja liikunta, kunnosta huolehtiminen, nukkuminen, peseytyminen, pukeutuminen, suojautuminen vaaroilta, ihmissuhteet, oma rauha / asunto, turvallisuus: pelot, tarve rajoihin ja itsensä hallintaan, harrastukset ja työnteko terveys kuntona, fyysisenä tilana, koettu terveys, toiminnallinen terveys / toimintakyky ohjelmoidut käynnit neuvolassa, kouluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa	teemahaastattelu 1-2 t testaus: ei testattu

(jatkuu)

Taulukko 5. (jatkuu)

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Meltaus & Pietilä 1998: Perheen vahvuuksien arviointi	Perheiden-titeetti ja nuoren elintapa-valinnat	sitoutuminen arvostus aika tarkoituksellisuuden tunne yhdenmukaisuus	uhrautuminen; toisten huomioon ottaminen, muutokseen sopeutuminen vahvistaminen; keskinäinen kannustus, hyväksyminen omana itsenä, vastavuoroisuus teoissa, toiveet; koulumenestys, itsearvostus yhdessäolo; vapaa-ajan toiminnot, arkipäivän rutiinit, rituaalit usko selviytymiseen; nuoren kehitystehtävät, yhteiselämän vaikeudet, taloudelliset vaikeudet, hallinnan säilyttäminen; virheiden välttäminen yhteisymmärrys; tärkeät asiat, ajankäyttö	interventtiivinen haastattelu, kyselylomakkeet ei testattu

4.2.1.3 Sekundaaripreventiiviset mittarit

Riskilähtöisiä mittareita

Terveyden edistämisen mittaamisen tutkimuksessa riskilähtöisesti käytetyistä mittareista on kolme esimerkkiä kansanterveystieteellisen tutkimuksen alalta taulukossa 6. Riskilähtöisyydellä viitataan tässä mittareiden ulottuvuuksiin, joissa terveyttä lähestytään terveysongelmien perusteella. Zindler-Wernet ja Weiss (1987) ovat raportoineet tutkimustuloksia terveyden hallinnan tunteesta ja terveyskäyttäytymisestä. Aineisto on kerätty HHA (Health Hazard Appraisal), terveysriskien arvioinnin mittarilla. Mittarissa on 47 kysymystä, joihin sisältyy taustatekijöinä: sukupuoli, ikä, entinen

ryhmä, koulutus, aviosäätty. Kyselyaineistoa on käytetty nykyisen kuolemanvaaran arvioinnissa. Tutkijat antavat suosituksia, miten vähentää terveysriskejä, antaa epidemiologista tietoa sekä esitellä valtakunnallisia kuoleisuustilastoja ja matemaattisia tekniikoita. Tutkijat pitävät kyselyä motivoivana ja tehokkaana ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä.

Beckin (Beck *et al.* 1961) kehittämä depressiokysely, Beck Depression Inventory, BDI -mielialakysely on yksi yleisimmistä depression vaikeusasteen ja depressiivisyyden esiintyvyyden selvittämiseksi käytetyistä tutkimusvälineistä. Alkuperäinen mittari on 21 -osioinen. Raitasalo (1995) on soveltanut Suomen oloihin 13-osioisen version työkaluksi depressiivisyyden seulontaan. Hän on täydentänyt kyselyä ahdistuneisuutta koskevalla osiolla. Kyselyllä kartoitetaan depressiivisyyttä sekä ongelmien hallintakeinoja kuvaavaa itseluottamuksen astetta ja koettua aktiivisuutta. Potilas täyttää itse kyselylomakkeen esim. terveydenhoitajan vastaanotolla. Hän palauttaa vastauksen terveydenhoitajalle, joka laskee mahdollista depressiivisyyttä sekä itseluottamuksen astetta osoittavat summapistemäärät. Potilaan kanssa keskustellaan tuloksesta ja lomake toimitetaan lääkärille tarkempaa diagnosointia ja hoitomääräyksiä varten. Mielialakyselyä on kehitetty nuorille mm. peruskoulun yläasteen oppilaille suunnatuissa kouluterveyskyselyissä (Rimpelä ym. 1996, Kaltiala-Heino ym. 1998).

Tutkimustulosten (Rimpelä ym. 1996, Kaltiala-Heino ym. 1998) mukaan valtaosa nuorista (83,3 %) on vastannut mielialakyselyn kaikkiin osioihin. Eniten vastauksia puuttuu itsetuhoisuutta koskevista kysymyksistä. Nuorilla on usein oireita, jotka liittyvät nukkumiseen ja omaan ulkonäköön. Pojilla on vähiten ongelmia ruokahalussa ja tytöillä sosiaalisissa suhteissa. Muuten tytöt ilmoittavat kaikissa osioissa enemmän ongelmia kuin pojat. Tutkijat esittävät, että mielialakysely voisi tukea depressiivisyyden tunnistamista ja toimia samalla pohjana keskustelun avaamisessa mieliala-asioista kouluterveydenhuollon vastaanotoilla niiden nuorten kanssa, jotka saavat keskivaikeaan tai vakavaan masentuneisuuteen viittaavan pistemäärän.

Taulukko 6. Sekundaaripreventiivisiä, riskilähtöisiä mittareita.

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Zindler-Wernet & Weiss 1987: HHA (health hazard appraisal)	Terveysriskien arviointi	demografiset tekijät perhehistoria ja elämäntavat	sukupuoli, ikä, etninen ryhmä, koulutus, aviosääty sosiaalinen tuki, terveyden arvostus, terveydentila, tupakoinnin kesto, painonhallinta, harjoittelu, alkoholin käyttö, verenpaineen hallinta, kolesterolitaso, turvavyön käyttö, suunniteltu lantion pohjan lihasten harjoittelu	vastausvaihtoehdot kyllä - ei tai asteikko 1 - 4 hypoteesien testaus
Kaltiala-Heino ym. 1998, Pirskanen ym. 1999: BDI, Beckin depressiokäyrä	Mieliala, depression tunnistaminen	depressiivisiä tuntemuksia ja ajatuksia koskevat osiot	masentuneisuus, tulevaisuuskuva, epäonnistuminen, tyytyväisyys, huonouden tunne, pettymys, itsetuhoisuus, sosiaalisuus, päätöksenteko, ulkonäkö, nukkuminen, väsymys, ruokahalu, ahdistuneisuus	vastausvaihtoehdot positiivisesta neutraaliin ja depressiivisyyteen, vastaukset pisteytetään 0-3, testaus: reliabiliteetti ja validiteetti testattu

(jatkuu)

Taulukko 6. (jatkuu)

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
BPM-Group ja partnerit 2000: Personnel Balance; Henkilöstön voimavarakartoitus	Ennaltaehkäisyyn panostava hyvinvointi ja toimintakyky	taustatiedot tupakointi tapaturmat /leikkaukset oireet, yleissairaudet liikkuminen työn kuvaus kipupiiirros mielialakysely nukkuminen, viireystaso ja aikaerorasitus työkyky työn vaatimusten kannalta työkyvyn ennuste työterveyshuollon palvelujen tarve	henkilötiedot, painondeksi tupakointi kyllä / ei kyllä / ei oireluettelo 9 kohtaa ja lääkitys 3 ryhmää ei työssä ja 6 luokkaa työssä kivun määrä 10 vaihtoehtoa ja laatu 11 vaihtoehtoa 12 vaihtoehtoa 11 vaihtoehtoa 2 vaihtoehtoa alakohtineen 3 vaihtoehtoa ennustaa 2 vuoden päähän avoin kysymys	tutkimus ja testaus menossa

BPM-Groupin sekä BPM-partnereiden kehittämä Personnel Balance – Henkilöstön voimavarakartoitus on ennaltaehkäisyyn panostava hyvinvoinnin internet-pohjainen mittari työyhteisöille. Suurtenkin henkilöstömäärien nopean ja tehokkaan kartoituksen perusteella tarvittavat toimenpiteet on helppo suunnata oikein. Kysely antaa mahdollisuuden toimia ennen sairautta. Se myös täydentää perinteistä terveystarkastusta. Objekttiivisen tiedon saaminen omasta hyvinvoinnista alentaa kynnystä ottaa vastuu omasta toimintakyvystä. Kartoituksen avulla voidaan henkilöstöä tukea yrityksen ja henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamisessa. Personnel Balance – Henkilöstön voimavarakartoituksessa arvioidaan seuraavia osa-alueita: tuki- ja liikuntaelimestö, mieliala, unen laatu, vireystila, aikaerorasitus, työkyky, liikunta-aktiiviteetti ja kehon painoindeksi. Vastausten perusteella analysoidaan tarve jatko-toimenpiteisiin. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. (BPM-Group 2000.)

Sairauslähtöisiä mittareita

Sairauslähtöisillä terveyden edistämisen mittareilla ei yleensä pyritä mittaamaan ihmisen elämänpiirin tai elämäntilanteen kokonaisuutta, vaan keskitytään tiettyä sairautta sairastavan henkilön terveyskäyttäytymiseen liittyviin ongelmiin. Muun muassa BDI –mielialakyselyä on käytetty myös hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkittaessa itsetunnon tukemista masentuneen nuoren kokemana (Pirkanen ym. 1999). Muita esimerkkejä kokosin taulukkoon 7. Kyngäs (1995) on kehittänyt diabeetikkonuorten hoitoon sitoutumista koskevan mallin ja sen testaamiseen mittarin, jolla arvioidaan diabeetikkonuorten hoitoon sitoutumista ja siihen liittyviä tekijöitä. Mittari on kyselylomake, jossa on alun perin 103 väittämää. Väittämien avulla tutkitaan hoitoon sitoutumista, hoidon merkityksiä ja hoidon edellytyksiä. Lisäksi mittarissa on viisi kysymystä, joilla selvitetään nuorten mielipiteitä kyselylomakkeesta ja siihen vastaamisesta, sekä 12 taustatietoa koskevaa kysymystä. Aineisto kerätään 12 – 17-vuotiailta diabeetikkonuorilta (N=91). Mittarin validiteetin ja reliabiliteetin tutkimuksessa Kyngäs (1995) on käyttänyt faktorianalyysiä mittarin rakennevaliditeetin testaamiseen, korrelaatiokertoimia muuttujien välisten korrelaatioiden osoittamiseen ja Chronbachin alpha-kerrointa mittarin sisäisen johdonmukaisuuden kuvaamiseen sekä ns. face-validiteettia sisällön validiteetin varmistamiseen. Hoitoon sitoutumista, hoidon merkityksiä ja hoidon edellytyksiä mittaavista muuttujista tutkija on valinnut neljän faktorin ratkaisut (taulukko 7) ja poistanut testaamalla osan muuttujista. Testitulokset osoittavat, että mittarin sisältö- ja rakennevaliditeetti sekä sisäinen johdonmukaisuus ovat kohtalaisen hyvät.

Kyvykkyyden tunne on yhteydessä terveyskäyttäytymiseen ja positiivisiin tuloksiin terveyden hoidossa. Kyvykkyyden tunne tarkoittaa käsitystä oman käyttäytymisen kontrollista ja kykyä saavuttaa omat tavoitteet. Sitä on mitattu joko yleisenä kyvykkyyden tunteena tai spesifinä tietyille terveyskäyttäytymiselle. (Smith *et al.* 1995.) PHCS-mittari (*perceived health competence scale*) mittaa yksilön koettua kyvykkyyttä terveyden hoidossa kahdeksan teeman avulla. Ne ovat terveydentilan vaikutukset elämään, hallinta- ja kontrollikäsitys, koettu alttius sairauksille ja terveyden uhkille, terveyskäyttäytymisen tavoitteet, terveyskäyttäytyminen seurantaviikon aikana, terveysarvot, selviytymisstrategiat ja yleinen psykososiaalinen hyvinvointi. Mittarin validiteetin ja reliabiliteetin arviointia varten tutkijat analysoivat viisi tutkimusta, joissa on käytetty PHCS -mittaria. Tutkimusten (Shelton *et al.* 1995, Smith *et al.* 1995) kohderyhminä ovat olleet nuoret aikuiset opiskelijat (n=186), työssä käyvät aikuiset (100) ja kroonista sairautta sairastavat henkilöt (n=238). Aineisto on kerätty kyselylomakkeilla, joissa on neli- tai viisiportaisia Likert-asteikkoja. Tutkimustulosten mukaan mittari on osoittautunut sisäisesti johdonmukaiseksi ja validiksi. Lisätutkimusta tarvitaan siitä, tarvitaanko yleisiä mittareita vai spesifejä.

Toljamo (1998) on muokannut hoitoon sitoutumista mittaavista muuttujista insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoitoon sitoutumista kuvaavan kokonaisuuden. Lisäksi hän on käyttänyt mittarissaan hoitotasapainon arviointiin glykohemoglobiiniarvoa (GHbA), sosiaalisen tuen mittaamiseen tutkimusta varten laadittua mittaria ja terveystuskomusten mittaamiseen suomennettua amerikkalaista the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) – mittaria. Tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeilla 213 työikäiseltä insuliinihoitoiselta diabeetikolta. Selitettävät muuttujat ovat omahoitoon sitoutuminen, hoitotasapaino, ongelmat hoidossa, omahoidon arviointi, sosiaalinen tuki ja terveystuskomukset. Mittareiden luotettavuuden arvioinnissa tutkija käyttää osioiden välisiä korrelaatiokertoimia, faktorianalyysiiä, osiosumma-analyysiiä ja Chronbachin alpha-kerrointa.

Taulukko 7. Sekundaaripreventiivisiä, sairauslähtöisiä mittareita.

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Kyngäs 1995: Diabeetikko- nuorten hoitoon sitoutuminen	Diabeetikko- nuorten hoitoon si- toutuminen ja siihen liittyvät tekijät	hoitoon sitou- tuminen hoidon merkitys hoidon edelly- tykset	insuliinihoito, ruokavalio- hoito, joustava insuliinihoi- to, kotiseuranta stressi, rajoitukset, hyvä olo, erilaisuus motivaatio ja sitä edistävät tekijät, motivaation puute ja siihen yhteydessä olevat tekijät, ei tukea, tuki	väittämiä täysin eri mieltä – täysin sa- maa mieltä testaus: fak- torianalyysi, orrelaa- tikerroin, Chron- bachin alpha ja face- validity
Toljamo 1998: Omahoi- toon si- toutumi- nen	Insuliinihoi- toisen dia- beetikon omahoitoon sitoutumi- nen ja siihen yhteydessä olevat teki- jät	omahoitoon sitoutuminen sosiaalinen tuki terveysusko- mukset hoitotasapaino	insuliinihoito, ruokavalio, liikunta, jalkojen hoito, omaseuranta, joustavuus hoidossa, ongelmat oma- hoidossa, oma ja lääkärin arvio sitoutumisesta läheistuki, tiedollinen tuki, vertaistuki, negatiivinen tuki, taloudellinen tuki uskomus sattumaan, on- neen ja kohtaloon, usko- mus omaan toimintaan, uskomus terveydenhuolto- henkilöstön toimintaan, uskomus muiden ihmisten toimintaan, terveyden ar- vostaminen GHbA –arvo	väittämiä 4 – 5 portaisil- la Likert - asteikoilla testaus: korrelaa- tiokertoi- met, fakto- ria-nalyysi, osiosumma- analyysi, Chron- bachin alpha laboratorio- arvo

(jatkuu)

Taulukko 7. (jatkuu)

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Shelton <i>et al.</i> 1995, Smith <i>et al.</i> 1995: Kyvykkyyden tunteen mittari PHCS – mittari (perceived health competence scale)	Koettu kyvykkyyden tunne terveyden hoidossa pitkäaikaissairautta sairastavilla tai terveysongelmaista kärsivillä	terveydentilan vaikutukset elämään	perhesuhteet, harrastukset ja liikkuminen, seksuaalisuus, uni, sosiaaliset suhteet, työskentely, mukavuuden tunne ja toisten auttaminen, kipu	Itsearviointi sairauden vaikutuksista asteikolla erinomaisesti – heikosti, kipumittari
		hallinta- ja kontrollikäsitys	sisäinen hallinnan tunne muutokset hallinnan tunteessa, toisten vaikutus hallinnan tunteeseen	6 väittämää Likert – asteikolla
		koettu alttius sairauksille ja terveyden uhkille	sukupuolitauti, AIDS, korkea verenpaine, alkoholismi, ylipaino, sydän- ja verisuonisairaus, ihosyöpä, sydänkohtaus, keuhkosityöpä, kuolema auto-onnettomuudessa	tärkeysjärjestykseen asettaminen 7 – portaisella asteikolla
		terveyskäyttäytymisen tavoitteet	seksuaalinen käyttäytyminen, ruokavalio, alkoholin kulutus, tupakointi, onnettomuuteen joutuminen, uni ja lepo, liikkuminen ja auringonotto	6 –portainen Likert – asteikko; kyky ehkäistä terveys-ongelmia
		terveyskäyttäytyminen	viikon seuranta	kyselylomake
		terveysarvot	20 listattua arvoa	tärkeysjärjestykseen asettaminen
		selviytymisstrategiat	aktiivinen kivunhallinta passiivinen kivunhallinta	strategioiden itsearviointi
yleinen psykososiaalinen hyvinvointi	depressiivisyyden oireet elämään tyytyväisyys positiiviset tunteet negatiiviset tunteet työtyytyväisyys	itsearviointi testaus: hypotesien testaus		

4.2.1.4 Tertiaaripreventiiviset mittarit

Tertiaaripreventiivisillä mittareilla arvioidaan tai selvitetään hoitomenetelmien vaikutuksia, kun yksilö on parantumassa tai kuntoutumassa sairaudestaan. Sonninen (1997) on testannut väitöskirjatutkimuksessaan itsehoitovalmiuksien arviointi -mittarin (the Appraisal of Self-Care Agency, ASA) reliabiliteettia ja validiteettia ikääntyvillä suomalaisilla (taulukko 8). Tämän Dorothea Oremin itsehoitomalliin perustuvan, mittarin tarkoituksena on mitata itsehoitovalmiuksien toimivuutta. Orem (1991) määrittelee itsehoidon laajemmaksi toiminnaksi kuin fyysiset päivittäiset toiminnot. Itsehoito käsittää yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön fyysisten toimintojen lisäksi sosiaalisia ja psyykkisiä sekä päätöksentekoon liittyviä toimintoja. Oremin mukaan itsehoito on kaikkea toimintaa, jota ihmiset tekevät oman terveytensä, hyvinvointinsa ja elämänsä hyväksi.

ASA -mittarilla arvioidaan, pystyykö vastaaja vastaamaan yleisiin itsehoitovaatimuksiin. Ennen varsinaista testausta mittari on käännetty englannista suomeksi, minkä jälkeen mittarin väittämien ymmärrettävyyttä, selkeyttä ja mittarin sisältövaliditeettia on varmennettu induktiivisesti. Lopuksi väittämien oikeellisuus on tarkistettu vielä kääntämällä väittämät takaisin englanniksi. Ennen varsinaista testausta mittari on esitestattu. Varsinainen testaus on suoritettu Kuopiossa. Otoksen muodostaa 177 kotona ilman hoitotyön apua selviytyvää, 76 kotisairaanhoidon apua saavaa ja 44 laitoshoidossa olevaa yli 65-vuotiasta kuopiolaista. Tutkimuksen perusteella itsehoitovalmiuksien mittari on sisäisesti johdonmukainen ja pysyvä mittari itsehoitovalmiuksien arviointiin ryhmätasolla. Lisäksi se on kohtalaisen validi mittari mittaamaan itsehoitovalmiuksien toimivuutta ja sitä, pystyykö vastaaja vastaamaan yleisiin itsehoitovaatimuksiinsa. Mittari ei ole vielä tutkijan mukaan valmis käyttöön. (Sonninen 1997.)

Lukkarinen (1999) kuvailee, selittää ja pyrkii ymmärtämään prospektiivisessä, kliinisessä pitkäaikaistutkimuksessaan sepelvaltimotautia sairastavien subjektiivisesti koettua elämänlaatua ja elämänkulkua (taulukko 8). Tutkimukseen osallistuneiden (N=280) potilaiden elämänlaatua kartoitetaan sairastumisen, hoitoprosessin ja kuntoutumisen aikana. Tutkimuksen alussa sairastuneiden itsehoitovalmiutta mitataan Self-As-Carer Inventory, SCI -itsehoitomittarilla, joka perustuu amerikkalaiseen Oremin itsehoitoteoriaan (Orem 1991).

Lukkarisen (1999) tutkimuksessaan käyttämät ydinkäsitteet ovat itsehoito, terapeutin itsehoidon vaatimus, itsehoitovalmius, itsehoitovajaus, hoitotyön toiminta ja hoitamisen toiminnot. Tutkimukseen osallistuneiden terveyteen liittyvää elämänlaatua seurataan ja sen muutosta kartoitetaan lisäksi Nottingham Health Profile, NHP-mittarilla. NHP-mittarin teemat

olivat tarmokkuus, uni, kipu, sosiaalinen eristäytyminen, tunnereaktiot ja liikkuminen. Tutkimuksessa selvitetään laajasti taustatekijöitä, jotka ovat ikä, sukupuoli, siviilisäätty, koulutus, sosioekonominen asema, työllisyys/eläke, taloudellinen tilanne, asumismuoto ja perhe, sosiaalinen osallistuminen ja harrastukset, terveyskäyttäytyminen, lihavuus, mieliala ja traumaattiset kokemukset elämässä. NHP-mittarin ensimmäisessä osassa on 38 terveysongelmiin liittyvää väittämää, joihin potilas vastasi kyllä tai ei. Väittämistä muodostuu kuusi terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuutta.

Hoitomenetelmien arvioinnissa on alettu käyttää kliinisten mittareiden ohella myös potilaiden omiin arvioihin perustuvia terveyteen liittyvän elämänlaadun ja toimintakyvyn mittareita. Nottingham Health Profile (NHP) ja Health Measurement Questionnaire (HMQ) mittareilla on saatu tuloksia aivokasvainpotilailla viiden vuoden kuluttua leikkauksesta, jolloin 64 % potilaista oli elossa. NHP on subjektiivisesti koetun, terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. Mittari on testattu Englannissa. Myös HMQ on koetun, terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. (Ohinmaa ym. 1993, Koivukangas ym.1995.)

HMQ-mittarissa on rasisuskysymyksiä ja graafisia skaaloja. Mittari on arvoitettu vastaamaan suomalaisten terveyteen liittyviä arvostuksia. Luokitus jakaantuu seuraaviin osa-alueisiin: liikkuminen, itsestä huolehtiminen, tavanomaiset toiminnot, kipu tai vaiva ja mieliala. NHP ja HMQ -mittarit eroavat toisistaan tutkimustulosten tulkinnassa. HMQ-mittarista muodostettiin yksi indeksi, jonka arvoja tarkastellaan eri potilasryhmissä. Vertailu tehdään keskiarvojen avulla. NHP-mittarin tulokset arvioidaan jokaisella ulottuvuudella erikseen, koska ulottuvuuksien välisiä painosuhteita ei määritely. (Ohinmaa ym. 1993.)

Suomessa on kehitetty terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari 15D, joka on validoitu suomalaisissa väestötutkimuksissa. Teoreettiselta ulottuvuudeltaan 15D on kolme –ulotteinen ja rakenteellisesti viisitoista –ulotteinen mittari (Sintonen 2001). Mittarin kehittäminen on aloitettu 1970-luvulla ja nykyinen versio on julkaistu 1993. Sen kehittämisen pohjalla ovat olleet suomalaiset viralliset raportit ja terveysohjelmat, kuten Terveystä kaikille vuoteen 2000 (Sintonen 1994). Mittari sisältää 15 rakenteellista ulottuvuutta: hengittäminen, henkinen toiminta, puhe, näkö, liikuntakyky, tavanomaiset toiminnot, energisyys, kuulo, syöminen, eritystoiminta, nukkuminen, ahdistuneisuus, vaivat ja oireet, sukupuolielämä ja masentuneisuus. Mittaria voidaan käyttää sekä utiliteetti- että profiilimittarina. 15Ds –seurantaversiolla selvitetään sairaalassa tai terveyskeskuksessa annettujen hoitojen vaikutusta potilaiden terveydentilaan. (Ohinmaa ym. 1993, Sintonen 1994.)

Taulukko 8. Tertiaaripreventiivisiä mittareita, lähtökohtina itsehoitovalmiudet, koettu terveyteen liittyvä elämänlaatu ja itsearvioitu toimintakyky.

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Sonninen 1997: ASA – mittari (the appraisal of selfcare agency) Itsehoitovalmiuksien arviointi – mittari	Itsehoitovalmiuksien toimivuus	yleiset itsehoitovalmiudet	sopeutumiskyky, mittauksen tarkistaminen, liikuminen, pesutilojen kunnossapito, terveystavoitteiden asettaminen, energian riittävyys, parantuminen, peseytymistiheys, ruokailutottumusten sopivuus, päivittäisen levon ja virkistykseen riittävyys, ystäväpiiri, unen riittävyys, selityksien kysyminen, kestävyys-tutkiminen, saada tietoa lääkehoidosta, muuttaa vanhoja tapoja, turvallisten mittausten ottaminen, tehokkuuden arviointi, varata aikaa itselle, saada tietoa terveydestä, hakea apua, yksinolon hallinta, ei liikunnallisia rajoitteita	5-portainen Likert – tyyppinen asteikko, positiiviset ja negatiiviset väittämät testaus: hypoteesien testaus
Ohinmaa ym. 1993, Lukkari-nen 1999: NHP – mittari (Nottingham health profile)	Potilaiden omiin arvioihin perustuva terveyteen liittyvä elämänlaatu	tarmokkuus uni kipu tunnereaktiot sosiaalinen eristäytyminen liikkuminen	38 terveysongelmiin liittyvää väittämää	dikotominen: kyllä - ei, sovellettu aivokavainpotilaille, reliabiliteetti testattu, painoarvot laskettu mittarin osioille

(jatkuu)

Taulukko 8. (jatkuu)

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Lukkari- nen 1999: Sepelval- timotau- tia sairas- tavien subjektii- visesti koettu elämän- laatu ja elämän- kulku	Itsehoito- valmius ja terveyteen liittyvä elä- mänlaatu	itsehoitoval- mius terveyteen liit- tyvä elämänlaa- tu ja sen muu- tokset taustatekijät	toiminnan mahdollistavat perusvalmiudet, voima- komponentit eli itsehoi- don mahdollistavat val- miudet, arvioivat ja tuot- tavat toimintokomponen- tit eli itsehoitotoiminnot tarmokkuus, kipu, tunne- reaktiot, uni, liikkumi- nen, elämäntyyppit ikä, sp, siv.sääty, koulu- tus, sosioekonominen asema, työllisyys/eläke, taloudellinen tilanne, asumismuoto, perhe, so- siaalinen osallistuminen ja harrastukset, terveys- käyttäytyminen, liha- vuus, mieliala ja trau- maattiset elämän koke- mukset	Self-As- Carer Inven- tory, SCI- mittari, 6- port. Likert- tyyppinen asteikko Nottingham Health Pro- file, NHP- mittari, teemahaas- tattelu testaus: testatut mit- tarit, fakto- rianalyysi, Chron- bachin alpha
Koivu- kangas ym. 1995: HMQ - mittari (health measure- ment ques- tionnaire)	Potilaiden omiin arvi- oihin perus- tuva toimin- takyky, laa- tupainottei- set elinvuo- det	liikkuminen itsestä huoleh- timinen tavanomaiset toiminnot kipu vaiva mieliala	rasituskysymykset ja graafiset skaalat	visual ana- loque scale, 10 cm pitkä viiva, QA- LY-indeksi. testaus: rehabiliteetti testattu, painoarvot laskettu mittarin osioille

(jatkuu)

Taulukko 8. (jatkuu)

Kirjoittajat, mittarin nimi	Mittauksen kohde	Mittarin teoreettinen ulottuvuus	Mittarin rakenteellinen kokonaisuus	Mittaaminen ja testaus
Sintonen ym. 2001: 15D / 15Ds – mittari 15Ds – mittarilla seurataan muutosta	Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja hoitojen vaikutus terveydentilaan	Taustatiedot Toimintakyky, vaivat ja oireet sekä terveys ja elinvoimaisuus ja niiden muutokset viimeksi kuluneen kauden aikana tai hoidon jälkeen	Potilaan numero, pvm. liikuntakyky, näkökyky, kuulo, hengittäminen, nukkuminen, syöminen, puhuminen, suolen ja virtsaneritys, tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, koti-työ, vapaa-ajan toiminnot) selviytyminen, henkinen toiminta (ajattelu ja muisti), vaivat ja oireet (kipu, särky, pahoinvointi, kutina jne.), masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys (koettu terveys ja elinvoimaisuus), väsyminen ja uupumus, terveydentilan vaikutus sukupuolielämään, itsearvioitu terveydentila verrattuna muihin samankäisiin, yleinen koettu terveydentila: terve, usein sairas, aina sairas, hoidetun sairauden parantuminen (arvio hoitajakson päätyttyä)	Likert – tyyppinen 0-5 asteikko testaus: validoitu suomalaisessa väestötutkimuksessa

4.2.1.5 Mittaamisen arviointia

Kirjallisuuskatsaus mittaamiseen terveyden edistämisen tutkimuksessa sekä tutkimuksissa käytettyihin mittareihin eri tieteenaloilla osoittaa, että luotettavan mittarin kehittäminen on vaativa ja monivaiheinen tehtävä. Sellaisia mittareiden kehittämisprosesseja, joiden tavoite on myös käytännön työvälineiden kehittäminen, on toistaiseksi raportoitu vähän Suomessa. Internet – sovellutukset ovat helppokäyttöisyytensä ja nopeutensa vuoksi lisääntymässä. Tutkimusaineistojen keruuseen kehitetyt mittarit on kuvattu ja osa niistä on testattu, mikä lisää tutkimusten luotettavuutta. Mittaamisen luotettavuuden lisäämiseksi on tärkeää, että kehitettyjä mittareita ei käytetä ainoastaan yksittäisissä tutkimuksissa, vaan niitä kokeilevat, kehittävät ja testaavat useat tutkijat.

Mittareiden luokittelu spesifisiin mittareihin terveyden edistämisen eri ulottuvuuksien perusteella näyttää erittelevän mittauksen kohteet, käsitteiden teoreettiset ulottuvuudet ja näiden rakenteelliset kokonaisuudet tarkoituksenmukaisella tavalla terveystuotokuvamittarin kehittämistyötä ajatellen. Mittareiden sijoittelu terveyden edistämisen ulottuvuuksien perusteella luokkiin ei ollut kuitenkaan yksiselitteistä. Käytin apuna spesifien mittareiden jakoperusteita (vrt. Guyatt *et al.* 1996) seuraavasti: väestöspesifeinä pitämäni mittarit luokittelin promotiivisiin, toimintaspesifeinä pitämäni mittarit primaaripreventiivisiin, sairausspesifeinä pitämäni mittarit sekundaaripreventiivisiin sekä tilanne- ja ongelmaspesifeinä pitämäni mittarit tertiaaripreventiivisiin mittareihin. Kirjallisuuskatsauksesta ei ollut löydettävissä mittareita tai tutkimuksia, joissa olisi lähestytty mittaamista terveyden edistämisen ulottuvuuksista lähtien tämän tutkimuksen tapaan.

Terveyden edistämisen tutkimuksessa käytettyjen mittareiden käsitteet ovat pääosin abstrakteja, laajoja ja siten monimerkityksisiä. Määrittely näyttää olevan yhteydessä mittauksen kohteen määrittelyyn terveyden edistämisen eri ulottuvuuksilla (taulukko 9). Otan esimerkiksi käsitteen *terveys*. Promotiivisissa mittareissa terveydellä tarkoitetaan koettua ja itsearvioitua terveyttä, terveydentilaa, toimintakykyä, voimavaroja tai terveyttä prosessina suhteessa sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Tarkastelussa on usein menneisyys, nykytilanne ja tulevaisuus. (vrt. Antonovsky 1983, Söderqvist & Bäckman 1988, Fredriksson 1992, Pelkonen 1994, Pietilä 1994.)

Taulukko 9. Terveyden edistämisen mittaamisen ydinkäsitteitä ja käsitteiden ulottuvuuksia. ((lähdeviitteet ks. luvun 4.2.1 tekstit alalukuineen))

Terveyden edistämisen mittaaminen	Mittauksen kohde	Mittareiden ydinkäsitteitä	Mittareiden käsitteiden ulottuvuuksia
Promotiiviset mittarit	Mahdollisuudet huolehtia omasta ja ympäristön terveydestä	Koettu terveys ja elämäntilanne	Merkityksellisyys, ymmärrettävyys, hallittavuus, tyytyväisyys elämään ja ihmissuhteisiin, sitoutuminen muutokseen, fyysiset voimavarat
	Elinolosuhteiden terveellisyys ja turvallisuus	Perheidentiteetti, voimavarat ja voimaantuminen	Perhetilanne, sosiaalinen integraatio ja sosiaalinen tuki, kulttuuriset voimavarat, yhteiskunnan voimavarat, ihmisiin kohdistuvat vaikutukset päätöksenteossa
Primaari-preventiiviset mittarit	Terveyden riskitekijöihin vaikuttaminen	Terveys	Toiminnallinen terveys ja toimintakyky, kunto, itsearvioitu terveydentila
	Sairastumisalttiuden vähentäminen	Elämäntyyli Itsestä huolenpito	Itsensä toteuttaminen ja vastuunotto, terveelliset elintavat Elämäntilanne ja menestyminen
Sekundääri-preventiiviset mittarit	Sairauden pahenemisen estäminen poistamalla riskitekijöitä tai pienentämällä sairauden vaikutuksia	Terveysriskien arviointi ja tunnistaminen	Demografiset tekijät, koettu alttius sairauksille ja terveyden uhkille, perhehistoria
		Toimintakykyisyys	Elämäntavat, terveyskäyttäytyminen, terveydentilan vaikutus elämään ja sosiaalisiin suhteisiin
		Sitoutuminen hoitoon ja kyvykkyys	Tuntemukset ja ajatukset, aktiviteetit ja selviytymisstrategiat, terveysuskomukset
		Hoitotasapaino	Elinjärjestelmien fysiologiset toiminnot, hoidon merkityksellisyys, sopeutumiskyky

(jatkuu)

Taulukko 9. (jatkuu)

Terveyden edistämisen mittaaminen	Mittauksen kohde	Mittareiden ydinkäsitteitä	Mittareiden käsitteiden ulottuvuuksia
Tertiaari-preventiiviset mittarit	Toimintakykyisyyden lisääntyminen, sairauden tai sen haittojen pahenemisen vähentyminen, hoitojen vaikuttavuus	Itsehoitovalmiuksien toimivuus Terveysteen liittyvä elämänlaatu Itsearvioitu toimintakyky ja laatu painotteiset elinvuodet	Itsehoitotaidot vs. tiedon ja avun hakeminen Uni ja lepo vs. virkistys ja liikkuminen Sosiaalinen osallistuminen vs. eristäytyminen Mieliä ja tunteiden reaktiot vs. kipu ja vaivat Paraneminen ja tarmokkuus vs. masentuneisuus Terveystavoitteiden asettaminen vs. ahdistuneisuus Työllisyys vs. eläke

Primaaripreventiivisissä mittareissa terveyttä tarkastellaan lähinnä yksilön näkökulmasta fyysisenä tilana, kuntona, koettuna ja toiminnallisena terveytenä sekä vastuunottona terveydestä (vrt. Walker et al 1987, Pelkonen 1988, Meltaus & Pietilä 1998). Sekundaaripreventiivisissä mittareissa terveyttä määritellään laajasti terveystarpeiden tai yksilön terveysongelmien, vaivojen ja sairauden oireiden avulla tai objektiivisesti mitattuna terveydentilana ja hoitotasapainona. Mielenkiinnon kohteina ovat myös koettu alttius sairauksille ja terveyden uhkille, terveystarpeiden tavoitteet, selviytymisstrategiat ja sopeutumiskyky. Tertiaaripreventiivisissä mittareissa keskitytään sairaudesta paranemiseen ja kuntoutumiseen sekä hoitomenetelmien vaikutuksiin. Terveyttä määrittävät terveyteen liittyvä elämänlaatu, vaivojen ja oireiden väheneminen, itsearvioitu toimintakyky ja itsehoitotaidot. (vrt. Ohinmaa ym. 1993, Koivukangas ym. 1995, Sonninen 1997, Lukkarinen 1999, Sintonen 2001.)

Taulukon 9 käsitteidenvedosta voidaan havaita, että käsitteiden luokituksen teoreettisilla ulottuvuuksilla löytyvät fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristön ulottuvuus. Suhteellisen laajassa mittarikatsauksessa huomion kiinnittyy asenteiden ja arvojen vähäiseen esiintymiseen ja henkisyyspuuttumiseen. Poikkeuksen tekee toimintakyky, toimintatavoitteiden ja terveyden kansainvälinen, ICF –luokitus (Nylander ym. 2004), josta *asenteet* löytyvät ympäristötekijöiden pääluokasta neljä: sosiaaliset normit, käy-

tännöt ja ideologiat (e465) ja *uskonto ja hengellisyys* suoritusten ja osallistumisen pääluokasta yhdeksän: yhteisöllisyys, sosiaalinen elämä ja kansalaiselämä (d930). ICF-luokituksen mukaan asenteet ovat havaittavissa olevien tapojen, tottumusten, ideologioiden, arvojen, normien, tosiuskomusten ja uskonnollisen vakaumuksen seurauksia. Asenteet vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen ja sosiaaliseen elämään kaikilla tasoilla henkilö- ja yhteiskuntasuhteista poliittisiin, taloudellisiin ja juridisiin rakenteisiin.

Uskonto ja hengellisyys tarkoittavat osallistumista uskonnolliseen ja hengelliseen toimintaan, järjestöihin ja käytäntöihin itsensä toteuttamiseksi, elämän merkityksen sekä uskonnollisten ja hengellisten arvojen löytämiseksi ja yhteyden luomiseksi korkeampaan voimaan, kuten kirkossa, tempelissä, moskeijassa tai synagogassa käyminen, rukoileminen tai laulaminen uskonnollisessa mielessä ja hengellisen mietiskelyn harjoittaminen. (Nylander ym. 2004.) Terveytteen sekä omien ajattelu- ja toimintatapojen muutokseen liittyvät asenteet ja arvot ovat merkityksellisiä terveyden edistämistyössä.

Yhteenvedoksi totean, että lisätutkimusta tarvitaan käsitteiden yhtenäistämiseksi ja vakiinnuttamiseksi. Katsaus mittaamiseen terveyden edistämisen tutkimuksessa osoittaa myös, että nuoriin mittauksen kohderyhmänä tulee perehtyä syvällisesti, koska nuoret ovat väestöspesifisti erityinen kohderyhmä (vrt. Guyatt *et al.* 1996, Aalto ym. 1999). Valitsen tutkimuksen tässä vaiheessa ICF-luokitusstandardin nuorten terveyden edistämisen rakenteelliseksi kokonaisviitekehyykiseksi terveystuotokuvamittariin. Oppilaiden kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät ottavat huomioon kouluterveydenhuollon tehtäväkentän (vrt. Hyssälä 2005).

4.2.2 Nuoret terveyden edistämisen kohderyhmänä

Mittari kehitetään aina tietylle kohderyhmälle, jolloin se ottaa huomioon ryhmän erityispiirteet. Niitä ovat muun muassa ikä, koulutustaso, lukutaito, kulttuuri, etninen ryhmä, aikaisemmat elämäkokemukset ja terveydentila. Tästä johtuu, että mittaria ei yleensä voida käyttää erilaiselle kohderyhmälle soveltamatta (Waltz *et al.* 1991). Tässä tutkimuksessa kehitteillä oleva terveystuotokuvamittari on tarkoitettu käytettäväksi 13-16 -vuotiaiden peruskoulun yläasteen nuorten kouluterveydestarkastuksessa. Mittarin kehitteilyssä otan huomioon yläasteen nuorten kehitysvaiheen, terveystietämykset ja elämänpiirin yhdistyneenä koulun tehtäviin nykyisessä yhteiskunnallisessa tilanteessa. Nämä tekijät vaikuttavat nuorten elämänhallinnan kehittymiseen ja oppimiseen.

Yläasteelle siirtyessään oppilaat ovat aktiivisen kansalaisuuden ja tulevaisuuden valintojen kannalta herkässä murroksessa, joka jatkuu koko yläasteen ajan antaen haasteita erityisesti nuorten ja aikuisten väliselle vuorovaikutukselle koulu-yhteisössä. Kehitysteorioiden mukaan 13-16 -vuotias elää puberteetin ja identiteetin kehitysvaihetta. Elämönhallinnan saavuttaminen edellyttää nuorelta yksilöllisten kehitystehtävien ratkaisemista. (Hurrelman & Lösel 1990, Pietilä 1997.) Nuoruusikä määritellään siirtymävaiheeksi lapsuudesta aikuisuuteen. Erik H. Eriksonin (1982) esittämä ihmisen kahdeksan kehitysvaiheen teoria nimeää ikävaiheen kehitystehtäviksi identiteetin eheytyksen vastaan roolien hajaantumisen ja läheisyyden hallinnan vastaan eristyneisyyden. Yksilölliset erot kehitysprosessin etenemisessä voivat olla huomattavia. Oleellisia eivät ole jyrkät ikävuosimääritteet vaan itse tapahtuman toteutumisprosessi. Kehitysprosessissa monet asiat muuttuvat: nuoren fysiologinen tilanne, suhde vanhempiin, suhde samankäisiin, suhde itseen ja suhde yhteiskuntaan näyttäytyvät uudessa valossa. (Kiuttu & Rantanen 1996).

Lyhyen ajan sisällä yksilön psykologinen, sosiaalinen ja fyysinen minä kehittyvät. Nuoruusiän psykologinen kehitys merkitsee yksilölle voimavarojen ja identiteetin etsintää. Hän rakentaa luonnettaan pysyviksi henkiseksi rakenteiksi, jota edellyttää muun muassa moraalien syntyminen. (Kallio 2005.) Luonteen muodostumisen kannalta olennaisinta on sosiaalinen vuorovaikutus (Myllymäki 2005). Luonteen ohella puhutaan rajatumasta käsitteestä temperamentti (esim. Keltinkangas-Järvinen 1996). Se tarkoittaa ihmisen käyttäytymistyyliä, hänen yksilöllistä tapansa reagoida asioihin. Se on synnynnäistä erilaisuutta, joka tekee ihmisestä yksilön. Temperamentti vaikuttaa nuoren suoriutumiseen koulussa.

Keskeinen vaikuttaja nuoren psykologiseen kehitykseen koulussa on opettajan ihmiskuva. Tutkimusten (esim. Keltinkangas-Järvinen 1996, Romanoff 2004) mukaan opettaja pitää tavallisesti normaaleina oppilaita, jotka sopivat hänen mallioppilaan muottiinsa. Oppilaan koulumenestystä määrittelevät tietyt temperamenttipiirteet kuten aktiivisuus, sinnikkyys, häiritävyys ja peräänantamattomuus. Lapsi, joka on yliaktiivinen, helposti häiritävissä ja periksi antava, menestyy koulussa huonosti. Luokkatoveri, joka on aktiivinen, keskittymiskykyinen ja periksi antamaton, menestyy koulussa paremmin. Tutkimuksissa on todettu, että näiden temperamenttipiirteiden negatiivinen vaikutus koulumenestykseen on suurempi pojilla kuin tytöillä. Voidaan sanoa, että oppilaan temperamentti saattaa häiritä tai edesauttaa hänen oppimistaan, mutta sillä ei ole mitään tekemistä lapsen kognitiivisten taitojen kanssa. Kognitiivisen kehityksen kautta siirrytään konkreettisesta ajattelusta loogiseen ja abstraktiin ajatteluun. Opettajien

tulisi olla tietoisia temperamenttipiirteistä, sillä niillä on keskeinen vaikutus sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. (Romanoff 2004.)

Sosiaalinen kehitys johtaa vähitellen omaan sosiaaliseen asemaan ja myöhemmin ammatti-identiteettiin. Varhaisnuori ei enää ole yhtä helposti sopeutuva ja aikuisten hallittavissa kuin aiemmin, vaan hän kritisoi ja pyrkii kyseenalaistamaan aiemmin hyväksymänsä auktoriteetit. Kiinnostus suuntautuu kodin ulkopuolelle, jolloin kavereista tulee entistä tärkeämpiä. Samanlaisuus ikäisten kanssa tuntuu välttämättömältä ja toisaalta yksityisyyden tarve on huomattava. Ystävien parissa kokeillaan ja omaksutaan aikuisuuteen liittyviä arvostuksia ja käyttäytymistapoja, jotka vaikuttavat jokapäiväiseen elämään varsinkin vapaa-aikana. Itsenäistymisvaiheessa korostuu itsekeskeisyys. Perhe on nuorelle tärkeä tuen ja turvallisuuden antaja tässä prosessissa. Häiriöt perheessä tai jollain elämän alueella vaikuttavat nuoren kykyyn pitää huolta itsestään. (Pulkkinen 1993, Terho & Vakkilainen 1993, Rosblom ym. 1994, Kannas 1995, Rimpelä ym. 1997.)

Fyysinen kehitys johtaa sukukypsyyteen ja aktiiviseen seksuaalisuuteen. Seksuaalinen identiteetti on murrosiässä epävarma ja se tuo mukanaan pelon poikkeavuudesta. Nopea kasvu ja kypsyminen voivat järkyttää mielen tasapainoa, käsitystä itsestä ja kehosta. Tyttöjen sosialisatiossa ja identiteetin kehittymisessä korostuu seksuaalisuus enemmän kuin pojilla. Poikien identiteetin rakentumisessa painottuu toiminta. (mm. Pulkkinen 1993, Terho & Vakkilainen 1993, Rosblom ym. 1994, Kannas 1995, Rimpelä ym. 1997.)

Nuoret kantavat myös vastuuta elämästään ja läheisistään. Suurinta osaa nuoria kiehtoo kunnollisuus, elämänarvot ovat kunnossa ja he ovat määrätietoisia (Rimpelä & Luopa 1996, Helminen 2004, Solantaus 2004, Laaksonen 2005). Kyky vastuunottoon riippuu kehitysvaiheesta, terveydentilasta, kokemuksista, yhteiskuntaan ja kulttuuriin suuntautuneisuudesta sekä käytettävissä olevista sisäisistä ja ulkoisista voimavaroista (vrt. Antonovsky 1987). Nuori tekee valintoja elämässään sillä perusteella, minkä hän ymmärtää olevan itselleen hyväksi ja minkä hän kokee elämäntilanteessaan tärkeäksi. Itsestä huolenpidon tarkoituksena on ylläpitää elämää ja yleistä hyvinvointia sekä suojata terveyttä. Jos nuoren toiminta on tietoista päätöksentekoa ja suunnitelmallista terveyden edistämistä arkipäivän elämäntilanteissa, nimitän sitä tässä tutkimuksessa itsehoidoksi (vrt. Hentinen 1979, Meriläinen 1981, Pelkonen 1988, Orem 1991, Lukkarinen & Hentinen 1994). Nuoren toiminta voi olla terveyttä edistävää, vaikka se ei olekaan suunnitelmallista itsehoitoa. Tällöin kutsun sitä itsestä huolenpidoksi. Nuorten mahdollisuuksia itsestä huolenpitoon lisätään tukemalla heitä tekemään tietoisia terveysvalintoja. (Pelkonen 1988, Pietilä 1994, Rosblom ym. 1994.)

Oppimisvaikeuksista kärsivät oppilaat ovat merkittävä ongelmaryhmä peruskoulussa. Ongelmallisessa sosiaalisessa ympäristössä elävillä ja sosiaalisesti huono-osaisilla nuorilla riski oireiden ja epäterveiden elämäntapojen kehittymisestä pysyviksi on suurempi kuin vakaassa sosiaalisessa asemassa olevilla ja koulutukseen suuntautuvilla nuorilla. Yleensä pojat ovat haavoittuvampia kuin tytöt kymmenen ensimmäisen elinvuotensa aikana, kun taas tytöt ovat haavoittuvampia 10 – 20 –vuotiaina (Cederblad 1993). Nuorten terveyden keskeisiä edellytyksiä ovat muun muassa oppilaitosten työskentelyolosuhteet, eri tahojen yhteistyö nuorten koulutuksellisen syrjäytymisen ja huonon terveyden noidankehän murtamiseksi, nuorten omaehtoisten harrastus-, liikunta- ja kulttuurimahdollisuuksien tukeminen, nuorten oikeuksia ja nuorista huolehtimista kunnioittavan kulttuurin ja perheiden elämäntapojen tukeminen. (STM 2001.)

Terveysmuotokuvamittarin kehittämisen prosessissa kohderyhmän tuntemus on tärkeää sekä mittarin sisällön että käytön kannalta. Vaikka opettajat kouluissa tuntevat oppilaansa suhteellisen hyvin, tulee kouluterveydenhuollossa kohdata jokainen nuori yksilönä. Erityistä huolta tulee kantaa niiden nuorten tunnistamisesta, joiden koulunkäynti ei suju ja joilla on terveysongelmia, vaikeuksia koulunkäynnissä ja syrjään vetäytymistä tai epäsosiaalista käyttäytymistä. Myös ne nuoret tulee löytää, joita opettajat eivät tunnista häiriöttömän käyttäytymisen ja hyvän koulumenestyksen vuoksi, mutta joiden elämänhallinta on heikko.

4.2.2.1 Nuorten terveys ja terveystaputukset

Nuorten terveys

Nuoruusiän ja muiden ikävaiheiden terveysongelmat eroavat toisistaan. Nuorten terveystapatutkimuksissa (Rimpelä ym. 1997) on selvitty nuorten kasvua ja terveyttä koko maan kattavilla postikyselyillä joka toinen vuosi vuosina 1977 – 1997. Tulosten mukaan kahden vuosikymmenen kuluessa 12 - 18 -vuotiaat kasvavat pitemmiksi ja he saavuttavat fyysisen sukukypsyyden varhaisemmin. Koettu terveys ja psykosomaattiset oireet kuten päänsärky, vatsavaivat, jännittyneisyys, ärtyneisyys, univaikeudet, väsymys, huimauksen tunne ja käsien vapina pysyvät ennallaan. Ylipainoisuus ja lihavuus, astma ja allergiset nuhat sekä selkä- ja niskavaivat lisääntyvät. Lääkkeiden käyttö särkyihin, vilustumiseen ja yskään yleistyy. Nuorten terveyden muutoksilla ei ole terveystapatutkimusten mukaan välitöntä yhteyttä taloudellisiin nousu- ja laskusuhdanteisiin.

Vuodesta 1995 alkaen kouluterveyystutkimus on antanut alueellisesti vertailukelpoista terveystietoa Suomen koululaisista. Se suoritetaan luokkakyselynä joka toinen vuosi huhtikuun loppupuolella peruskoulun kahdeksannen ja yhdeksannen luokan, lukion ensimmäisen ja toisen vuosikurssin sekä ammatillisten oppilaitosten toisen vuosikurssin oppilaille. Kyselyssä on kysymyksiä muun muassa elinoloista, koulunkäynnistä, terveydestä, elintavoista ja päihteistä. (Rimpelä ym. 1997, Heikkinen 2005.) Alkoholin humalahakuinen käyttö, huumaavien aineiden kokeilu ja päivittäinen tupakointi ovat lisääntymässä peruskoululaisten keskuudessa. Riippuvuutta aiheuttavat aineet ovat terveysriski sekä lyhyellä aikavälillä että myöhemmälle aikuisiälle. Kasvusuunnassa ovat koulunkäyntiin sitoutumattomuus ja muu epäsosiaalisuus, varhaiset seksuaaliset kokeilut, väsymys, mielenterveysongelmat, psykosomaattiset oireet sekä edelleen syömishäiriöt, ylipainoisuus, allergiat, astma sekä tuki- ja liikuntaelimestön ongelmat. (Rimpelä & Luopa 1996, Savolainen 2001.) Nuorten yleisimmät kuolinsyyt eivät ole sairauksia vaan liikenne- ja muita onnettomuuksia, väkivaltaa ja itsemurhia (Pulkkinen 1993, Savolainen 2001). Pitkäaikaissairauksia tai vammoja esiintyy noin joka kymmenennellä kouluikäisellä nuorella (STM 2001).

Käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt, jotka ilmenevät aggressiivisuutena, levottomuutena ja epäsosiaalisena käytöksenä ovat yleinen mielenterveyden ongelma-alue. Monissa tutkimuksissa mielenterveyttä on lähestytty mielisairauksien pohjalta, mutta mielenterveys on käsitteenä huomattavasti laajempi. Mielenterveys voidaan ymmärtää prosessiksi ja tasapainotilaksi, johon erilaiset elämän tapahtumat ja sosiaaliset tilanteet vaikuttavat. Prosessi on osa ihmisen jokapäiväistä elämää. (mm. Häggman-Laitila 1999.) Ewles ja Simnett (1992) jaotellevat mielenterveyden viiteen osaan: fyysiseen, psyykkiseen, emotionaaliseen ja henkiseen tyytyväisyyteen sekä sosiaalisiin taitoihin. Mielenterveyden näkökulmasta fyysinen terveys on toimintakykyä. Psyykinen mielenterveys on kykyä ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti. Emotionaaliseen mielenterveyteen kuuluu taito tunnistaa tunnetiloja ja kyky ilmaista niitä sopivalla tavalla. Neljäntenä mielenterveyden osana ovat sosiaaliset taidot eli ihmisen kyky solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. Viidentenä on ihmisen henkinen tyytyväisyys itseensä, johon sisältyy muun muassa uskonto, mielenrauha ja käyttäytymisperiaatteet.

Mielenterveys on kokonaisvaltaista terveenä olemista, kuten Häggman-Laitila (1999) kuvaa tutkimuksessaan. Terveenä olemisen voi olla mm. itseenäistä selviytymistä, elämänvirran mukana kulkemista tai persoonallisen olemistavan jatkuvaa kehittämistä. Lasten ja nuorten mielenterveyttä voi ymmärtää tarkastelemalla heidän elintapojaan ja elämänpiiriään. Lasten perhe, kouluympäristö, leikkiverit ja muu lähiyhteisö ovat tärkeä osa lasten ja nuorten elämää. Mielenterveys voidaan määritellä lapsen tai nuoren kyvyksi rakastaa, leikkiä, pelata, oppia ja tehdä työtä. (Häggman-Laitila

2003.) Nuorten elämänhallintaa (Coping Self) selviytymisen kannalta kuvaavat kokemus omasta psyykkisestä terveydestä (Emotional Health), nuoren sopeutuminen itsensä, toisten ja ympäristön kanssa (Superior Adjustment) sekä nuoren hallinnan tunne ja onnistuminen läheisissä ihmissuhteissa (Mastery). (Kinnunen ym. 2004.)

Hägman-Laitilan (2003) tutkimuksen tulosten mukaan lasten ja nuorten suurimmat terveyshaasteet ovat mielenterveydellisiä. Keskimäärin joka viidennellä on selvitystä ja tukea vaativa psyykkinen häiriö. Ennen murrosikää pojat oireilevat selvästi tyttöjä enemmän ja näkyvämmiin esimerkiksi käytöshäiriöihin. Murrosiässä häiriöt lisääntyvät molemmilla ja murrosiän jälkeen tytöt oireilevat poikia enemmän. Yläasteikäisistä 12 % ilmoittaa potevansa vaikeaa tai keskivaikeaa masennusta, ja vuosi vuodelta masentuneiden osuus on kasvanut. Vaikka alle 15 -vuotiaiden itsemurhat ovat hyvin harvinaisia, murrosiässä itsetuhoinen käyttäytyminen ja itsemurhat lisääntyvät erityisesti pojilla. Peruskoulun lopettaneista noin kaksi prosenttia käyttää päihteitä siinä määrin, että heille on jo kehittynyt hoitoa vaativa päihderiippuvuus.

Masennusta sairautena ei pitäisi sekoittaa masennuksen tunteeseen. Sairaalloisena pidettävän masennuksen oireisiin kuuluu unihäiriöitä, jatkuvaa uupumusta, mieliala on koko ajan maassa ja itseluottamus nolllilla. Välillä on vaikea muistaa tuttujakaan asioita ja keskittyminen vaatii ankaria ponnisteluja. Ruumis on kuin sidottu painoihin, ruokahalu katoaa, pukeutuminenkin tuntuu ylivoimaiselta ja esiintyy kohtuutonta itsesyytöstä. Sairastunut ei jaksakaan tehdä ennen rakkaita ja merkityksellisiä asioita tai harrastuksia. Olo on kuin kova fyysinen kipu siirtyisi sieluun. Perfektionismi vahvistaa usein depressiota, koska asioiden pitää olla täydellisesti tai ne ovat arvottomia. Heikko itsetunto on masennuspotilaiden yleinen vitsaus. (Nikkinen 2005.)

Mielenterveystutkimusta lähellä olevassa onnellisuuden tutkimuksessa on pyritty löytämään tekijöitä, jotka edistävät onnellisuutta. Martin Seligman, yksi vaikutusvaltaisimmista tutkijoista tällä alalla, esittää onnen löytämiselle kolmea päätekijää, jotka ovat mielihyvä, osallisuus ja elämän tarkoitus. Näistä kolmesta mielihyvällä on pienin merkitys. Johtoajatuksena kaikessa onnellisuustutkimuksessa voidaan pitää kontakteja muihin ihmisiin. Vahvat siteet perheeseen ja ystäviin kuuluvat tärkeimpiin asioihin elämässä. (Landgren-Möller 2005.) Hyvinvoinnin perustana on mielekkyys, hallinta ja arvostus (Wickström 2004).

Terveyttä vaarantava käyttäytyminen on myös olennainen osa nuorten päivittäistä elämää. Vaikka nuoret eivät sitä itse aina havaitsekaan, niin pitkällä tähtäyksellä elämäntavan piirteet voivat koitua terveydelle vaarallisiksi. Terveelliset elämäntavat ovat positiivisesti yhteydessä muuhun sovinnaiseen käyttäytymiseen kuten kouluasuoriutumiseen ja negatiivisesti on-

gelmakäyttäytymiseen. Nuorten ongelmakäyttäytyminen on eräänlainen oire vaikeuksista selviytyä kehitystehtävistä, joskin joillekin nuorille ne saattavat toimia selviytymiskeinoina arkielämässä. (Pulkkinen 1993, Pietilä 1998.)

Koululaiset kärsivät aikaisempaa enemmän liiasta kuormituksesta. Kolmasosalla heistä on päivittäisiä niska- ja hartiavaivoja, selän alaosan kipuja, vatsakipuja, jännittyneisyyttä, ärtyneisyyttä, nukahtamisvaikeuksia, yöheräilyä, päänsärkyä ja väsymystä. Useammasta kuin yhdestä oireesta kärsii päivittäin 15 % yläasteikäisistä. Syömishäiriöt, kuten ahmiminen ja oksentelu ovat nuorten tyttöjen vakava ongelma. Anoreksia on bulimiam tavallisempi varhaisnuoruudessa. (Savolainen 2001.)

Osa suomalaisista nukkuu fysiologiseen tarpeeseen nähden liian vähän. Vaikka unen tarve on yksilöllinen, se on tutkimusten mukaan teini-ikäisillä huomattavan suuri, jopa 9,5 tuntia yössä. Unen aikana tapahtuu muistin ja oppimisen prosessointia. Ihmisaivot pystyvät unen aikana myös tuhoamaan aktiivisesti epämiellyttäviä muistoja. Elämänmeno on teineillä juuri päinvastainen kuin fysiologiset tarpeet edellyttäisivät. Myöhäiset valvomiset ja aikaiset aamuhätykset rasittavat kasvuikäisten sisäistä kelloa pahemmin kuin muissa ikäluokissa. (Aulio 2005.) Kouluikäisten ja nuorten terveyden edistämiseen haasteita tuovat perheiden elämäntilanteisiin liittyvät vaikeudet, jotka herkästi heijastuvat koulunkäyntiin. Nuoret tarvitsevat ja haluavat tukea elämäntilanteeseen ja kouluun liittyvissä ongelmissaan sekä yksinkertaisesti tavallisen nuoren arkeen liittyvissä asioissa (Savolainen 2001, Soininen 2005).

Nuorten terveystieteet

Lasten ja nuorten käsitys terveydestä eroaa aikuisten terveystieteistä. Ajattelutapaan vaikuttavat heidän kykynsä loogiseen ajatteluun ja perustelutaitoihin. Nuorilta on kysytty monissa tutkimuksissa, mitä he ajattelevat terveydestä ja mistä he ovat kiinnostuneita. Tanskalaisten tutkimusten (Jensen 1991) mukaan 13-15 -vuotiaista nuorista suurin osa yhdistää terveystieteeseen ruokavalion ja liikkumisen. Nuoret ajattelevat terveyden olevan jotakin positiivista, hyvän olon tunnetta ja se on myös sairauksien puuttumista. Uni, puhtaus, puutteet elinoloissa, tupakointi ja alkoholi tulevat harvoin esille terveyteen vaikuttavina tekijöinä.

Aarvan ja Pasasen (2005) tutkimuksessa on selvitetty, millaisia asioita suomalaiset (15-74-vuotiaat) pitävät tärkeimpinä sairastavuuden syinä ja terveysuhkina vuonna 2002 ja miten terveellisyyttä koskeva mielipideilmasto on muuttunut. Tulosten mukaan suomalaisessa mielipideilmastossa epäterveellisten tottumusten, erityisesti liikunnan puutteen merkitys on

kasvanut ja tutkittujen yhteiskunnallisten tekijöiden, työttömyyden ja ympäristön pilaantumisen, merkitys on vähentynyt 2000-luvulle tultaessa. Kiireisen elämänrytmin hahmottaminen terveysriskiksi on yleistynyt, kun taas moni pitää mietiskelyä ja hiljentymistä terveyttä edistävinä. Työttömyyttä pidetään kuitenkin suurempana ongelmana kuin kiireistä elämänrytmiä. Elämänmyönteisyys terveyden edistäjänä on hyväksytty. Kodin siivoamista pidetään hyvänä liikuntana ja se on lisääntynyt miehillä ja naisilla. Tiedot arkiliikunnan terveyshyödyistä on omaksuttu väestön keskuudessa. Elintavoista sairastavuuden kannalta tärkeimpinä pidetään ravitsemusta, liikuntaa, liiallista alkoholin käyttöä ja tupakointia. Omia elintapoja pidetään yleisemmin tärkeämpänä asiana terveyden vaarantumisen kannalta kuin yhteiskunnallisia tekijöitä, kuten ympäristön pilaantumista tai työttömyyttä.

Lindholm (1993, 1997) on selvittänyt lukiolaisten käsityksiä terveydestä. Lukiolaisille terveys on enemmän kuin sairauden puuttumista. Terveys merkitsee hyvinvointia joko fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Terveys käsitetään voimavarana, joka antaa elämässä opiskelun lisäksi mahdollisuuden harjoittaa vapaa-ajan harrastuksia tai yksinkertaisesti nauttia elämästä. Terveys käsitetään myös tasapainona ruumiin ja sielun välillä tai jopa tapana elää. Terveyttä hyvinvointina, sisäisenä subjektiivisena kokemuksena pidetään itsestään selvänä. Terveyskokemukset yhdistyvät sellaisiin arkipäivän tilanteisiin, joissa nuoret voivat rasittaa itseään, toimia ruumiillisesti tai henkisesti sekä tilanteisiin, joissa ollaan yhteydessä luontoon ja ihmisiin.

Samoissa tutkimuksissa (Lindholm 1993, 1997) ilmenee, että lukiolaisilla on selkeä kuva, millä tekijöillä on merkitystä terveydelle. He tietävät, että hyvät suhteet toisiin ihmisiin sekä sosiaaliset ja ekologiset olosuhteet vaikuttavat terveyteen. Myös elämänasenne on erityisen mielenkiintoinen nuorille. Positiivinen elämänasenne nostetaan esille eri yhteyksissä. Positiivisilla tunteilla katsotaan olevan merkitystä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Negatiivisten tunteiden terveysvaikutuksia ei ymmärretä. Lukiolaisista 75 % ei nähnyt mitään yhteyttä uskonnollisuuden ja terveyden välillä, kun taas osa katsoi uskomisen ja sairauden välillä olevan yhteyttä. Usko antaa vakaan ja lujan pohjan kestää ja auttaa ihmistä näkemään olonsa valoisaan. Elämäntarkoituksen ja terveyden välillä oli yhteyttä 75 %:n mielestä.

Elämällä täytyy olla merkitystä että terveydellä olisi merkitystä, mutta tarkoitusta ei ole aina helppo löytää. Erityisesti pojilla on suuri vaara elää merkityksettömästi. Terveyskuva muodostuu siitä kuinka nuoret haluavat edistää terveyttään. Jotkut oppilaat myöntävät, että he eivät halua tehdä mitään terveytensä eteen. Kun mielenkiintoa on, se kohdistuu enimmäkseen fyysiseen ulottuvuuteen kuten liikkumiseen, ruokailemiseen ja leppäämiseen. Nuoret suuntaavat toiveensa terveyden edistämiseksi perhesuhteisiin

ja kanssaihmiin, mutta eivät terveydenhuollon ammattilaisiin. Lähipiirin vastuu heidän terveydestään koetaan suurempana kuin ammattilaisten vastuu. Vastuuseen sisältyy nuoresta välittäminen, positiivinen suhtautuminen nuoriin ja kanssaihmissenä oleminen. (Lindholm 1993, 1997.)

Pitkäaikaissairauden tai terveysongelmien ilmaantuminen nuoren elämään on vaativa haaste nuorelle, hänen perheelleen sekä lähipiirille. Koulu-terveydenhoitaja ja kouluyhteisö voivat vahvistaa nuoren itsetuntoa (Pirkanen ym. 1999). Sairauden hoitotasapainon ylläpitäminen edellyttää hoitoon sitoutumista. Esimerkiksi diabeetikkonuorten hoitoon sitoutumista koskevan mallin (Kyngäs 1995, 1999) mukaan sitoutumista edistää sisäinen hoitomotivaatio, hyväksi koettu hoitotulos, jaksaminen hoidossa ja se, että nuori kokee olevansa samanlainen kuin muutkin nuoret. Hoitomotivaatiota edistävät vanhemmilta saatu tuki ja muilta saatu kannustus. Pelko saattaa edistää tai vaikeuttaa hoitoon sitoutumista. Jos nuorella ei ole pelkoja lisäsairauksista, se auttaa häntä jaksamaan hoidon toteuttamisessa.

4.2.2.2 Nuorten elämänpiiri

Kun verrataan nuoruutta 2000 -luvun Suomessa aikaisempien sukupolvien nuoruuteen, niin huomataan, että siihen on ilmaantunut uusia vaikuttavia tekijöitä. Kaupunkimainen elinympäristö on suurimmalle osalle nuoria syntymästään saakka tuttu. Melkoinen osa nykynuorten elämästä rakentuu tietokoneen, matkapuhelinten, rockin, erilaisten nuorisotyylien, nuortenlehtien, television, videoiden ja DVD:n, elokuvien, konserttien ja oman rahan varaan. Vanhat yhteisöllisyyden muodot, kuten asuminen isovanhempien kanssa, pihapiiri, kansakoulu ja kyläraitti, ovat korvautuneet medialla, kulutuksella ja maantieteellisesti laajentuneella elämänpiirillä. Kuluttamisesta on tullut tärkeä osa identiteetin muodostumista. Sitä mukaa kuin uudet kulttuuriset tulkintatavat lisääntyvät ja perinteisten auktoriteettien ja traditioiden paineet hellittävät, nuoret kykenevät tarkastelemaan asioitaan uusista näkökulmista. Nuoret työstävät identiteettiään uusien elementtien avulla aikaisempaa refleksiivisemmin. Heidän käsityksensä sukupuolirooleista ja seksuaalisuudesta on aikaisempaa joustavampaa, minkä lisäksi työn merkitys itsearvostuksen lähteenä on jatkuvasti menettänyt merkitystään. (Rokka & Sundelin 1993, Aittola ym. 1994.)

Nuoren terveyden kannalta perhe, vanhemmuus ja läheiset ihmissuhteet ovat tärkeä voimavara. Perhe on muuttunut maatalousyhteiskunnan monen sukupolven perheestä, teollistuneen yhteiskunnan kahden sukupolven perheen kautta jälkiteollisen yhteiskunnan pluralistiseksi perheeksi. Tämän näkemyksen mukaan naiset käyvät työssä, perheenjäsenten yksilöllisyyttä, tasa-arvoisuutta ja oikeuksia korostetaan, perhettä ei määritetä yhdessä

asuminen ja perhepiiri on laajentunut entistä ja uutta yhdistäväksi verkostoksi, uusperheeksi. Lapsiperheiden enemmistönä (64 %) ovat edelleen perheet, joiden vanhemmat elävät avioliitossa. Seuraavaksi eniten (22 %) on lapsiperheitä, joiden vanhemmat asuvat avioliitossa. Perheitä, joissa äiti asuu lastensa kanssa, on 13 %, kun taas perheitä, joissa lapset asuvat isänsä kanssa, on ainoastaan 1 %. (Jallinoja 1984, Alanen 1994, Friedeman 1995, 2002, Reuna 1997, Eirola 2003, Friis ym. 2004, Mesiäislehto-Soukka 2005.)

Muita perhemuotoja on useita. Sijaisperheinä toimivat perheet, joihin on sosiaalihuollon kautta sijoitettu lapsia tai nuoria. Adoptioperheiden määrä on viime vuosikymmenenä lisääntynyt. Näissä perheissä on enenevässä määrin ulkomailta eri kulttuureista adoptoituja lapsia. Joissakin tapauksissa isovanhemmat huolehtivat ja kasvattavat lastenlapsensa. Nykyään samaa sukupuolta olevien liittojen lisääntyä ja yhteiskunnan hyväksyminä parisuhteen muotoina myös näissä perheissä on lapsia. Puhutaan myös hajak- ja verkostoperheistä. Hajaperhe on ydinperhettä väljempi perhejärjestely, jossa keskeinen ero ydinperheeseen on vanhempien välisen suhteen vähäisempi sitovuus. Suhde perustuu ensisijaisesti toveruuteen tai jaettuun vanhemmuuteen. Verkostoperhe ei perustu yksinomaan parisuhteen varaan. Verkostoperhe voi koostua monen sukupolven jäsenistä. (Jallinoja 1984, Alanen 1994, Reuna 1997, Mesiäislehto-Soukka 2005.)

Lasten ja nuorten valmiudet terveyttä ja hyvää elämää edistävien valintojen tekemiseen ovat aikuisia rajoitetummat ja edellyttävät vanhempien ja muiden aikuisten antamaa tukea ja ohjausta. Vanhemmat ja ammattilaiset korostavat, että perheiden tulisi siirtää lapsilleen yhteisön perinteet ja opettaa vanhempien elämänarvot. Sosiaaliset ja eettiset tehtävät katsotaan vanhempien tehtäviksi, kun taas kognitiiviset perustiedot ja -taidot sekä luovuus ja itseilmaisuus katsotaan ammattiauttajien tehtäviksi. (Honkanen 2005). Vanhemmuus käsitteenä on noussut kasvattamisen rinnalle. Lasta ei nähdä enää vanhempien kasvatuksen passiivisena kohteena, vaan vanhemmuus viittaa vanhemman ja lapsen väliseen vastavuoroiseen suhteeseen, jossa vanhemmalla on päävastuu. Vanhempien tulisi olla hellyyden ja hoivan antajia, rajojen asettajia, lasten fyysisten tarpeiden huolehtijoita, tiedon jakajia ja taitojen ohjaajia, tunnelman luoja, useamman lapsen yhtä aikaa huomioijia ja lasten etujen puolustajia (Eirola 2003).

Vanhemmuudessa on erotettavissa suhde- ja rooliulottuvuus. Suhdeulottuvuudessa isä ja äiti mukauttavat toimintaansa lapsen muuttuvien tarpeiden mukaan. Rooliulottuvuudella ei voida enää puhua perinteisistä kah-tiajaosta isän ja äidin vanhemmuuden rooleissa. Isä ei ole pelkästään auktoriteetti ja leivän kotiin tuoja tai äiti hoivan, hoidon ja kodinhoidon toteuttaja. Isäihanteessa on siirrytty hoivaavan isän ihanteeseen, jolloin miehiltä odotetaan yhä enemmän aitoa tunneilmaisua, lasten kanssa olemista ja arki-

rutiinien hoitamista. Isyyden erilaisina variaatioina on erotettavissa biologinen, juridinen, sosiaalinen ja psykologinen isyys. Elämäntilanteesta riippuen isä voi edelleen toimia perheessä auktoriteettina ja perienteisenä isänä, taustalla tukevana ja toiminnallisena isänä, avustavana ja vastuutaan korostavana isänä tai jopa poissaolevana ja otteensa menettäneenä isänä. (Björnberg 1992, Huttunen & Hämäläinen 1993, Kuronen 1993, Rönkä & Rönkä 1994, Hoikkala 1998, Mesiäislehto-Soukka 2005.) Äitiys määrittyy myös jatkuvasti uudelleen. Esimerkiksi Korhonen (1994) on löytänyt neljä erilaista äitityyppiä tutkiessaan keski-ikäisten naisten lapsuudenkokemuksia ja heidän omaa vanhemmuuttaan. Äitityyppejä ovat tietoiset kasvattajat, yksilöllisyyttä korostavat äidit, ymmärtävää huolenpitoa korostavat äidit ja puuskittaiset äidit. Äitinä olemisen halu vaihtelee äitiydestä kieltäytymiseen saakka.

On perusteltua todeta, että nykyisin vallitsee epäröivä kasvatuskulttuuri, joka ei anna vanhemmille vastauksia siihen, miten toimia arkipäivän tilanteissa. Lapsiperheiden parissa työskentelevät ovat havainneet, että perheiden ongelmat ovat lisääntyneet ja monimutkaistuneet. Osalla perheistä ei ole annettavanaan riittävää turvaa lapsilleen. Perheet kokevat usein olevansa yksin ongelmineen ja tarvitsevat apua selviytymisessään sekä voimavaroja lastensa tukemiseen. Perhetilanteiden vaikeudet ja tilanteet, joissa vanhemmat eivät kykene täysipainoisesti huolehtimaan kasvatusvastuustaan, ovat yhteydessä nuorten oireiluun ja terveysvalintoihin. Niihin vaikuttavat myös kouluuyhteisö, nuorten toveripiiri ja vapaa-ajan harrastusmahdollisuudet. (ks. Kannas 1995, Lajunen ym. 2004). Perheet tarvitsevat nykyistä enemmän psykososiaalista tukea. Perheiden tarpeet ja ongelmat monimutkaistuvat ja ne näkyvät kullakin yhteiskunnan palvelusektorilla erilaisina. (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, Eirola 2003, Häggman-Laitila 2003.)

Sijaisperheiden lasten mielenterveysongelmista on sekä kansainvälisiä että suomalaisia tutkimuksia. Psykkisten, fyysisten, sosiaalisten ja oppimisvaikeuksien yhdistelmät ovat pikemminkin sääntö kuin poikkeus. On todettu, että jokaiselle lapselle ja nuorelle tulisi jo sijoitusvaiheessa tehdä moniammatillinen selvitys. Sijaislasten muita suurempi psykiatrisen hoidon tarve on osoitettu useissa tutkimuksissa. (Friis ym. 2004, Laukkanen & Laukkanen 2004.) Selvitysten mukaan puolet sijoitetuista lapsista ja nuorisista on psykiatrisen avohoidon tarpeessa, mutta hoito järjestyy heistä vain 48 %:lle. Siirryttäessä lapsuudesta nuoruuteen palvelujen tarve näyttää kasvavan ja avun järjestymättömyys lisääntyvän. Sijoitetut nuoret ovat mahdollisesti ehtineet kärsiä psyykkisistä ongelmista pitempään ennen sijoitusta tai heillä on useammin takanaan epäonnistuneita sijoituksia kuin nuoremmilla lapsilla. Nämä seikat vähentävät nuoren psyykkistä sietokykyä ja tuen tarve lisääntyy.

Sosiaalilääketieteellisessä kirjallisuudessa on julkaistu tutkimuksia, joissa tarkastellaan perheolojen merkitystä lasten ja nuorten rikollisen käyttäytymisen selittäjänä. Näyttää siltä, että rikollisuus on harvinaisempaa ydinperheen suojissa varttuneiden nuorten parissa. Nuorten väkivaltaiset uhrikokemukset saattavat olla yhteydessä perheen rakenteellisiin piirteisiin. (Bardy 1989, Helavirta 2005.) Yksi havainto on, että äidin ja isäpuolen muodostamassa uusperheessä elävillä tytöillä on kaksinkertainen riski kokea seksuaalista väkivaltaa kuin ydinperheessä tai yksinhuoltajaäidin kanssa asuvilla tytöillä. Perheiden sisäistä vuorovaikutusta koskevissa tutkimuksissa on havaittu, että uusperheissä vallitsee muita perheitä pienempi yhteenkuuluvuuden tunne, ja että uusperheen teini-ikäisten lasten ja isäpuolen välinen suhde on molempien osapuolten näkökulmasta ongelmallinen. Runsas alkoholin kulutus ja huumekeikeilut perheessä lisäävät nuoren todennäköisyyttä joutua seksuaalisen väkivallan uhriksi. Sen sijaan oma röötösty tai muu rikollinen toiminta eivät ole tässä suhteessa merkittäviä tekijöitä. Pornoelokuvien katselu on kolmas riskikäyttäytymisen muoto, jolla on suhteellisen vahva seksuaalisen väkivallan riskiä kasvattava vaikutus. Päihteiden käyttö ja pornon katselu selittävät riskialtista elämäntyyliä uhriksi joutumisen suhteen ja eroja eri perhetyyppien välillä. (Savolainen 2004.)

Lapsiin ja nuoriin kohdistuvaa perheväkivaltaa kutsutaan kaltoinkohteluksi. Se sisältää fyysisen ja psyykkisen pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön lisäksi lapsen tai nuoren tarvitseman hoidon laiminlyönnin. Kaltoinkohtelua ovat tutkineet ja määritelleet Hopian ym. (2004) mukaan Paavilainen 1998, Corby 2000, Higgins ja McCape 2001 ja Glaser 2002. Eri kaltoinkohtelun muodot esiintyvät usein yhtä aikaa. Kaltoinkohtelu voi kohdistua joko suoraan lapseen itseensä tai epäsuorasti jonkun toisen perheenjäsenen välityksellä, esimerkiksi lapsi näkee omassa perheessä väkivaltaista käyttäytymistä.

Oleellista nykytilanteessa on, nähdäänkö nuoret pääasiassa yhteiskunnan ja kouluyhteisön toiminnan kohteina vai myös aktiivisina ja itsenäisinä toimijoina vaikuttamassa elämänsä kulkuun. Vanhemmista 95 % sanoo kääntyvänsä mieluiten opettajan puoleen, jos lapsella on henkisiä ongelmia. Seuraavana ulkopuolisten auttajien listalla tulevat kouluterveydenhoitaja, psykologi ja lääkäri. Tutkimustulos vahvistaa opettajan asemaa vanhempien oheiskasvattajina ja perustelee kasvatuskumppanuutta. Vanhemmat luottavat opettajan asiantuntemukseen ja ovat valmiita yhteistyöhön. Puuttuu siis vain toimintatapoja, joilla yhteistyö saataisiin luistamaan. (Karvinen & Solantaus 2004.)

Jokaisen nuoren on tehtävä omat ratkaisunsa, koska selviä ja yhteneväisiä sidoksia tai valmiita indentiteettimalleja ei enää ole tarjolla. Yksilöllisyys on siten sekä mahdollisuus että pakko. (Aittola ym. 1994.) Suhteelli-

sen vakaassa yhteiskunnassa siirtyminen ikäroolista toiseen oli selkeä, jolloin nuoren ja yhteiskunnan välinen suhde oli melko ristiriidaton ja ennakoitavissa oleva. Sen sijaan nopeiden yhteiskunnallisten muutosten aikana ikäroolit menettävät merkitystään. Yhteiskunnassa on kuitenkin tiedostettava, että nuoriso on tulevaisuuden voimavara, jonka elämää poliittiset päätökset ja ratkaisut säätelevät kauaskantoisesti. (Rokka & Sundelin 1993, Aittola 1994, Kiuttu & Rantanen 1996, Kursula ym. 1999.)

Yhteiskunnallinen orientaatio ja yhteisöllinen lähtökohta ovat keskeisiä ulottuvuuksia terveystuotokuvamittarissa. Se tarkoittaa nuorten ajattelu- ja toimintatapojen, koulunkäynnin, elämänpiirin laajuuden ja näissä yhteyksissä vaikuttavien tekijöiden tunnistamista. Nuorten suhtautuminen auktoriteetteihin on kriittistä. Huomiota tulee kiinnittää luottamuksen herättämiseen, koska tiedetään, että nuorilla on taipumus kertoa vääristynyttä totuutta aikuiselle, ellei vuorovaikutus herätä luottamusta. (vrt. Oikarinen & Eirola 1999.)

4.2.2.3 Kohderyhmän erityispiirteiden arviointia

Nuorten elämänpiirin nopea muuttuminen on muuttanut perheiden, vanhemmuuden, kouluyhteisön ja kouluterveydenhuollon sosiaalista luonnetta, kuten edellä laatimastani kirjallisuuskatsauksesta ilmenee. Luokittelin esittämäni tutkimustulokset ja asiantuntijoiden lausunnot ICF –luokitusstandardin viitekehyksessä taulukkoon 10. Nuorten erityispiirteitä kuvaavilla teoreettisten ulottuvuuksien luokituksilla ja näiden luokitusten rakenteellisilla kokonaisuuksilla hahmotan huomioon otettavia asioita, kun nuoret ovat terveyden edistämisen mittaamisen kohderyhmänä.

Moderni nuoruus toteutuu aikaisempaa moniulotteisemmassa sosiaalisessa ja kulttuurisessa maailmassa. Perheen ja koulun ohella mediat, vapaaajan harrastukset, matkustaminen, kuluttaminen ja jopa nuorten työssäkäynti jäsentävät nuorten oppimista merkittävästi. Kuluttamisesta, työssäolosta, vapaa-ajan harrastuksista ja medioiden seuraamisesta on tullut uusia epätavanomaisia oppimisympäristöjä, joiden merkitystä ei voida aliarvioida. Näissä ympäristöissä oppimiselle ominaista on yleensä suunnittelemattomuus, eriytyneisyys, sirpaleisuus ja omien virheiden kautta oppiminen. Koulun tehtäväksi jää tietojen ja kokemusten opettamisen sijasta tuottaa jäsenyystä nuorten sirpaleisiksi jääneisiin kokemuksiin ja taitoihin. Koulussa ei välttämättä pyritä opettamaan paljon uusia asioita ja tietoja, vaan keskitytään nykyistä harvalukuisempien, mutta olennaisten asioiden opettamiseen. Nuoria tuetaan tulevaisuuden suunnittelussa ja omien voimavarojen tunnistamisessa. Koulussa pyritään nuorten itsetunnon tukemiseen, kommunikaatiotaitojen ja valikointikyvyn harjaannuttamiseen sekä koulun op-

pisisältöjen ja nuorten eri elämänpiirien välisten yhteyksien löytämiseen. (Aittola ym. 1994, Kursula ym. 1999.)

Nuorten elämänpiiriin ovat tulleet mukaan myös vakavat yhteiskunnalliset syrjäytymisilmiöt, jotka uhkaavat nuorten elämänhallintaa ja oppimista. Merkkejä niistä ovat nuoren oppimisvaikeudet, epäsosiaalinen käytös aina rikolliseen käyttäytymiseen saakka sekä koetun terveyden toistuvat ongelmat ja psykosomaattiset oireet. Taustalla saattaa olla nuoren elämänpiirissä tapahtuvat muutokset, epäröivä kasvatuskulttuuri tai jopa riskialtis elämäntyyli. Perherakenteet murtuvat, perheet hajoavat aikaisempaa helpommin ja vanhempien voimavarat saattavat olla vähissä monista eri syistä. Ongelmien ja vaikeuksien maailma on tyypillisesti ja lähtökohtaisesti koetun niukkuuden ja umpikujan todellisuus. Pitkään jatkuessaan tällaiset asetelmat synnyttävät turhautumista, alistumista, uupumista ja arvoperustan köyhtymistä. Hyödyllistä on ajatella, että tuloksellinen asiakastyö eroaa tuloksettomasta siten, että tuloksellinen työ vähentää niukkuuden ja lisää runsauden kokemusta. Älykkään toiminnan tavoitteena on hyvä elämä. (Malk 2005, Riikonen & Makkonen 2005.) Terveyden edistämisen ammatillisen toiminnan tavoitteena on sitoutuminen moraaliseen toimintatapaan, jossa kunnioitetaan ihmisarvoa ja tavoitellaan hyvää elämää. Ammatillinen apu terveyttä ja hyvää elämää tukevien valintojen tekemisessä, perheiden selviytymisen tukeminen ongelmatilanteissa ja perheiden psykososiaalinen tuki on tarpeen. Nuorten terveyden edistämässä korostuvat mielenterveyden edistäminen ja tasapainoisen kehittymisen tukeminen.

Taulukko 10. Nuorten erityispiirteiden luokittelu ICF – luokitusstandardi viitekehyyksinä. (lähdeviitteet ks. tekstit luvuista 1 ja 4.2.2 alalukuineen)

ICF – luokitusstandardi	Nuorten erityispiirteet terveyden edistämässä	
	Teoreettisia ulottuvuuksia	Rakenteellisia kokonaisuuksia
Suoritukset ja osallistuminen (oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus, keskeiset elämänaalueet, yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä)	Sosiaalinen minä	<i>Sosiaalisen aseman etsiminen:</i> auktoriteettien kritisointi, kiinnostus kodin ulkopuolelle, samanlaisuus ikäisten kanssa, yksityisyyden tarve, aikuisten arvostusten ja käyttäytymistapojen kokeilu
	Mielenterveys	<i>Terveenä oleminen:</i> itsenäinen selviytyminen, elämänvirran mukana kulkeminen, persoonallinen olemistapa, kyky rakastaa, kyky leikkiä ja pelata, kyky oppia, kyky tehdä työtä <i>Tyytyväisyys ja sosiaaliset taidot:</i> fyysinen toimintakyky, kyky ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, kyky tunnistaa tunnetiloja ja ilmaista niitä sopivalla tavalla, kyky solmia ja ylläpitää ihmissuhteita <i>Onnellisuus:</i> mielihyvä, osallisuus, elämän tarkoitus, mielekkyys, hallinta, arvostus <i>Selviytyminen:</i> kokemus omasta psyykkisestä terveydestä, sopeutuminen itsensä, toisten ja ympäristön kanssa, hallinnan tunne ja onnistuminen läheisissä ihmissuhteissa <i>Henkinen tyytyväisyys itseen:</i> uskonto, mielenrauha, käyttäytymisperiaatteet
	Terveyskäsitteet	<i>Terveyttä edistävät:</i> ruokavalio, liikkuminen, hyvän olon tunne, uni, puhtaus, mietiskely, hiljentyminen, elämänmyönteisyys, arkiliikunta, vapaaajan harrastukset, elämästä nauttiminen, tasapaino ruumiin ja sielun välillä, hyvät ihmissuhteet <i>Terveyttä heikentävät:</i> puutteet elinoloissa, tupakka- ja alkoholikokeilut, liikunnan puute, kiireinen elämänrytmi, kotitöiden välttely, negatiivinen elämänasenne.
	Oppimisvaikeudet	<i>Käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt:</i> levottomuus, koulunkäyntiin sitoutumattomuus, vähäinen nukkuminen.
	Epäsosiaalinen käytös	<i>Riippuvuudet:</i> päivittäinen tupakointi, alkoholin käytön humalahakuisuus, huumeiden kokeilu ja riippuvuus, varhaiset seksuaaliset kokeilut <i>Väkivaltaisuus:</i> aggressiivisuus, pahoinpitelyt, väkivallan pitäminen oikeutettuna ongelman ratkaisuna <i>Nuorisorikollisuus:</i> rikoskäyttäytyminen, omaisuusrikokset, törkeä pahoinpitely, murha, tappo

(jatkuu)

Taulukko 10. (jatkuu)

ICF – luokitus- standardi	Nuorten erityispiirteet terveyden edistämässä	
	Teoreettisia ulottuvuuksia	Rakenteellisia kokonaisuuksia
Ympäristötekijät (tuotteet ja teknologiat luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset tuki ja keskinäiset suhteet asenteet palvelut, hallinto ja politiikat)	Moderni nuoruus	<i>Kaupunkimainen elämäntyyli:</i> tietokone, matkapuhelin, rock, erilaiset nuorisotyyli, nuortenlehdet, televisio, DVD ja videot, elokuvat, konsertit, oma raha, kuluttaminen, joustava käsitys sukupuolirooleista ja seksuaalisuudesta
	Perherakenteet	<i>Ydinperhe:</i> lapsiperhe / vanhemmat avioliitossa, vanhemmat avoliitossa <i>Pluralistinen perhe:</i> yksinhuoltaja-, sijais-, adoptio-, maahanmuuttaja-, haja- ja verkostoperhe, isovanhemmat kasvattajina, nuori samaa sukupuolta olevien parisuhdemallissa
	Vanhemmuus	<i>Suhde- ja rooliulottuvuudet:</i> <i>Äitityyppejä:</i> tietoiset kasvattajat, yksilöllisyyttä korostavat äidit, ymmärtävää huolenpitoa korostavat äidit ja puuskittaiset äidit, äitinä olemisen halu vaihtelee äitiydestä kieltäytymiseen saakka. <i>Isätyyppejä:</i> perheen auktoriteetti ja perienteinen isä, taustalla tukeva ja toiminnallinen isä, avustava ja vastuutaan korostava isä tai poissaoleva ja otteensa menettänyt isä. Isyys voi olla biologinen, juridinen, sosiaalinen tai psykologinen.
	Perhe voimavarana	<i>Sosiaaliset ja eettiset tehtävät:</i> perinteiden ja elämänarvojen siirto, hellyyden ja hoivan antaja, rajojen asettaja, fyysisten tarpeiden huolehtija, turvallisuudesta huolehtiminen, tiedon jakaja ja taitojen ohjaaja, tunnelman luoja, useamman lapsen yhtä aikaa huomioija, lasten etujen puolustaja
	Perheiden kasvatuskulttuuri	<i>Perheiden elämönhallinnan puutteet:</i> ei osamista toimia arkipäivän tilanteissa, ei ole annettavana riittävää turvaa lapsille, perhe yksin ongelmien kanssa, kasvatusvastuussa puutteita, maahanmuuttajien tilanteet uudessa asuinympäristössä, perheen hajoaminen, matalat tulot, työttömyys, matala sosiaaliluokka, mielenterveysongelmat perheessä

(jatkuu)

Taulukko 10. (jatkuu)

ICF – luokitus- standardi	Nuorten erityispiirteet terveyden edistämässä	
	Teoreettisia ulottuvuuksia	Rakenteellisia kokonaisuuksia
Ympäristökijät (jatkuu)	Perheen elämäntyyli Terveyden edistämisen palvelut	<i>Vaikeat perheolot:</i> väkivaltakäyttäytyminen perheessä, pieni yhteenkuuluvuuden tunne, runsas alkoholin kulutus, huumekokeilut, perheen jäsenen rikollinen toiminta, pornoelokuvien katselu <i>Nuoren kaltoinkohtelu:</i> nuoren fyysinen ja psyykinen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö, hoidon laiminlyöminen <i>Preventiivinen työ:</i> terveystkasvatus, luovuus, itseilmaisuus, terveyttä ja hyvää elämää tukevien valintojen tukeminen ja ohjausprosessit, perheiden selviytymisen tukeminen ongelmatilanteissa, perheiden psykososiaalinen tuki <i>Promotiivinen työ:</i> terveyden lukutaito, verkostoyhteistyö, maahanmuuttajien kotouttaminen, tutkimus- ja kehitystoiminta, yhteiskunnalliseen päätöksentekoon vaikuttaminen (IVA), elinoloihin, elinympäristöön ja toimintakulttuureihin vaikuttaminen, ekofyysisesti, psykososiaalisesti ja pedagogisesti terveellisen oppimisympäristön kehittäminen
Kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet (elinjärjestelmien anatomiset rakenteet ja fysiologiset toiminnot, joihin luetaan myös psykologiset toiminnot sekä näiden vajavuudet)	Psykologinen minä Psykofyysinen kehitys Koettu terveys ja psykosomaattiset oireet Terveysongelmat Hoitotasapaino	<i>Luonteen kehittyminen:</i> luonteen pysyvät rakenteet, moraalin syntyminen, vastuunotto elämästä ja läheisistä, temperamentti / käyttäytymistyyli, looginen ja abstrakti ajattelu, miehen / naisen identiteetti <i>Murrosiän kehitys:</i> sukukypsyys, aktiivinen seksuaalisuus, mielen tasapainon herkkyys, käsitys itsestä ja kehosta <i>Oireet:</i> ylipainoisuus, syömishäiriöinä ahmiminen ja oksentelu, päänsärky, vatsavaivat, jännittyneisyys, ärtyneisyys, univaikeudet, yöheräily, väsymys, huimauksen tunne, käsien vapina, <i>Sairaudet:</i> allergiat, astma, niska- ja hartiavaivat, selän alaosan kivut, liikenne- ym. tapaturmat, anoreksia, bulimia, väkivallan seuraukset, itsemurhat <i>Hoitoon sitoutuminen:</i> sisäinen hoitomotiivaatio, hyväksi koettu hoitotulos, samanlaisuuden kokeminen kuin toiset nuoret, muilta saatu kannustus, vanhemmilta saatu tuki, ei pelkoja lisäsairauksista.

4.3 Terveysmuotokuvamittarin luonnoksen teoreettinen kuvaaminen

4.3.1 Terveysmuotokuvamittarin teoreettisten lähtökohtien täsmentäminen

Nuorten terveyden, terveystietosten ja elämänpiirin tarkastelusta ilmenee, että nuoren elämänhallinnan kehittyminen ja omien voimavarojen löytäminen ovat nyky-yhteiskunnassa kriittisiä menestystekijöitä oppimiselle ja elämässä yleensä. Näistä lähtökohdista täsmensin terveysmuotokuvamittarin kehittelyn ensimmäisessä vaiheessa työväliseen teoreettisia lähtökohtia soveltamalla mittariin preventiivisen hoitotyön kehitteillä olevaa niin sanottua terveysmuotokuva –käsitejärjestelmää. (Pietilä ym. 1998, 1999, Oikarinen 2001). Käsitejärjestelmällä kuvataan hoitotieteen näkökulmaa terveyden tutkimiseen. Sen keskeiset käsitteet ovat *elämänhallinta, elämäntilanne, terveys ja terveysvalinnat, voimavarat ja muutosprosessi* (liite 6). Käsitejärjestelmään sisältyvät promotiiviset ja preventiiviset terveyden edistämisen ulottuvuudet sekä voimavaralähtöisyys terveyden edistämisen perustana. Preventiivisen hoitotieteen tutkimuksen yksi painoalue on terveyden edistämisen toimintamallien kehittäminen esimerkiksi neuvonnan mallit, terveysmuotokuva, voimavaraorientoitunut hoitotyön toiminta sekä yhteisötason sosiaaliset toiminta- ja ohjausmallit. (Pietilä ym. 1999.)

Terveysmuotokuva -käsitejärjestelmä ilmentää hoitotieteellistä käsitteistöä terveyden tutkimiseen. Lähtökohtana on ihmisen elämänhallinnan yhteys elämäntilanteeseen sekä terveyteen ja terveystietoihin. Elämänhallinta on käsitejärjestelmän kattokäsite. (vrt. Antonovsky 1991, 1992, 1993, Järvikoski 1996, Pietilä ym. 1998.) Elämänhallinnan määrittely perustuu Antonovskyn (1979) teoriaan koherenssin tunteesta ja Söderqvistin ja Bäckmanin (1988) esittämään tutkimustulokseen koherenssin tunteen sekä elämään ja ihmissuhteisiin tyytyväisyyden välisestä yhteydestä. Elämänhallinnan (life control) käsitteeseen sisältyy neljä osatekijää: ymmärrettävyys, hallittavuus, mielekkyys sekä tyytyväisyys elämään ja ihmissuhteisiin. (Antonovsky 1979, 1987, 1993, 1995, Söderqvist & Bäckman 1988, Suominen 1993, Pietilä 1994.)

Antonovsky (1991, 1993) pitää persoonallisuuteen liittyvää koherenssin tunnetta yleisenä elämän orientaationa, jonka avulla ihminen näkee maailman vaihtelevasti ymmärrettävänä (kognitiivinen puoli), hallittavana (välineellinen puoli) ja mielekkäänä (motivatioonallinen puoli). Vahva koherenssin tunne on yhteydessä myönteisesti koettuun terveyteen. Ymmärrettävyys tarkoittaa tunnetta siitä, että ihminen kykenee hahmottamaan ja ymmärtämään omat sisäiset voimavaransa sekä vuorovaikutuksen sosiaalisen ympäristön kanssa. Hallittavuus tarkoittaa kokemusta siitä, että voimavarat riittävät vaatimusten hallintaan ja ihmisellä on kykyä kontrolloida ti-

lanteita konkreettisilla toiminnoilla ja vastata erilaisiin haasteisiin. Mielekkyyks tai merkityksellisyys osoittaa, miten yksilö kokee oman elämänsä tarkoituksen ja miten hän haluaa sitoa voimavarojaan erilaisiin velvoitteisiin elämäntilanteessaan. (Antonovsky 1987, Suominen 1993.) Elämään ja ihmissuhteisiin tyytyväisyys lisää emotionaalisenä ja älyllisenä kokemuksena yksilön kykyä kohdata paineita (Söderqvist & Bäckman 1988).

Terveysmuotokuvamittarissa elämönhallinta on kattokäsite, nuorten yksilöllisten terveysvalintojen ymmärtämisen ja terveyden edistämisen toimenpiteiden lähtökohta. Elämönhallinta -käsitteellä kuvaan nuoren elämän orientaatiota, elämän perusasennetta, joka sisältää luottamuksen asioiden ennakoitavuuteen, hallittavuuteen ja merkityksellisyyteen sekä tyytyväisyyden elämään ja ihmissuhteisiin. Elämönhallinnan tunne parantaa nuoren henkisen hyvinvoinnin edellytyksiä. Siihen sisältyy tunne, että elämässä on tärkeitä ja tavoittelemisen arvoisia asioita. Elämönhallinnan perusta muodostuu lapsuudessa ja kehittyy vähitellen elämän aikana. Yläasteen nuoret elävät kehityksessään puberteetin, sosialisointin ja identiteetin eheytyksen vaihetta. Elämönhallinnan saavuttaminen edellyttää nuorelta kehitystehtävien ratkaisemista. Kehitystehtävistä johtuen elämönhallinnan käsitteen tilalla käytän tässä tutkimuksessa kehittymisprosessia ja elämän perusasennetta painottavaa käsitettä elämönhallintavalmiudet. (vrt. Oikarinen ym. 1997, Pietilä ym. 1998, Eirola 1999.)

Yksilö jäsentää *elämäntilannettaan* (*life situation*) elämänhistoriansa, toimintatapojensa, sosiaalisten suhteidensa, opiskelunsa, työnsä, harrastustensa ja elinympäristön avulla (vrt. Antonovsky 1987, Pietilä ym. 1998.) Elämänkulkuun sisältyy jatkuvasti elämäntilanteiden muutosvaiheita, jotka voivat johtua kehityksellisistä tekijöistä, perhetilanteiden ja ympäristösuhteiden muutoksista tai terveydellisistä syistä (Meleis 1991). Kehityksellisiä tekijöitä ovat koulukypsyyden saavuttaminen, murrosikä kehitystehtävät, aikuistuminen, naiseuteen ja miehuuteen kasvaminen sekä ikääntyminen. Muutoksia perhetilanteessa aiheuttavat perheenjäsenten syntyminen ja kuoleminen sekä avioliiton solmimiseen ja parisuhteen muutokset. Ympäristösuhteiden muutoksia kuvaavat esimerkiksi taloudellisen aseman muutokset, työ- ja asuinpaikan vaihtuminen tai työttömäksi joutuminen. Lisäksi elämäntilanteen muutoksia aiheuttavat terveydentilan muutokset, joita ovat äkillisen sairastumisen aiheuttamat roolimutokset, kroonisen sairauden puhkeaminen ja siihen sopeutuminen. Muuttuvat elämäntilanteet vaikuttavat yksilön voimavaroihin ja hänen lähipiiriinsä kokonaisvaltaisesti. Näin muutokset elämäntilanteissa ovat yhteydessä terveyteen ja terveysvalintoihin. (Pietilä ym. 1998.)

Tässä tutkimuksessa määrittelin muuttuvat elämäntilanteet edellä (vrt. taulukko 2) nuoren elämämpiirissä vaikuttavien sosiaalisten rakenne- ja muutostekijöiden avulla. Nuoren elämönhallintavalmiudet on tunnistetta-

vissa siitä, miten nuori kuvaa nykyisessä elämäntilanteessa elämäntilanteeseen, riippuvuussuhteitaan, minäkuvaa, mielialaa ja yleistä terveydentilaansa (*ymmärrettävyys ja hallittavuus*), minkälaisen merkityksen hän niille antaa (*merkityksellisyys*) ja kuinka tyytyväinen hän kertoo olevansa ajattelu- ja toimintatapoihinsa kyseisessä elämäntilanteessa (*tyytyväisyys elämään ja ihmissuhteisiin*). Muuttuvissa elämäntilanteissa vaikuttavien tekijöiden pohdinta auttaa nuorta kehittämään elämäntilanteensa hallintavalmiuksiaan.

Terveyden, elämäntilanteen ja elämäntilanteen välistä yhteyttä määrittelen edelleen selventäen käsitteitä. Terveys voidaan mieltää elämäntilanteen tulokseksi, siihen vaikuttavaksi tekijäksi ja voimavaraksi. Terveys voimavarana merkitsee hyvää oloa, elämän kokemista haasteena ja kykyä selviytyä muuttuvista elämäntilanteista. Terveystilanteen voimavarojen heikkeneminen puolestaan aiheuttaa pahaa oloa, sairastumista ja vaikeutta selviytyä erilaisista elämäntilanteista. Elämäntilanteen vahvistaminen vaikuttaa myönteisesti yksilön terveyteen. (Antonovsky 1983, 1987, Sullivan 1989, 1993, Jones & Meleis 1993, Suominen 1993, Pietilä 1994.)

Vahva elämäntilanteen hallinta luo terveyttä ylläpitäviä asenteita ja perustan ihmisen tavalle hoitaa itseään ja olla terve. Elämäntilanteen hallinta ja terveys sisältyvät ihmisen elämäntilanteen kokonaisuuteen ja ne vaikuttavat ihmisen sosiaaliseen, psyykkiseen ja fyysiseen olemiseen sekä hänen terveysvalintoihinsa muuttuvissa elämäntilanteissa. (Antonovsky 1979, Fredriksson 1992, Pietilä 1994.) Nuorten käsitys terveydestä on yhteydessä heidän kehitysvaiheeseensa. Nuoret ajattelevat terveyden olevan jotakin positiivista, hyvän olon tunnetta ja se on myös sairauksien puuttumista. (vrt. Jensen 1991, Lindholm 1993, 1997.) Pitkäaikaissairailla tai terveysongelmista kärsivillä terveys on sisäistä hoitomotiiviatia, hyväksi koettuja hoitotuloksia, jaksamista hoidossa ja kokemusta siitä, että on samanlainen kuin muutkin nuoret (Kyngäs 1995, 1999).

Terveysmuotokuvamittarissa tarkastelen terveyttä osana nuoren elämäntilanteen sosiaalisia rakennetekijöitä ja elämäntilanteen hallintavalmiuksiin vaikuttavana tekijänä. Yleiseen terveydentilaan sisältyy nuoren subjektiivinen käsitys elimistönsä toiminnasta, joka tarkoittaa käsitystä fyysisistä ominaisuuksista ja toimintakyvystä sekä sairausperimän tunnistamista. Yleisen terveydentilan määrittelyyn kuuluvat subjektiivisten käsitysten lisäksi objektiiviset elimistön toiminnan mittaukset sekä sairauksien oireista, lääkärin diagnosoimista fyysisistä tai psyykkisistä sairauksista ja hoitomääräyksistä keskusteleminen. (vrt. taulukko 2.)

Terveysvalintojen perusta on tunnistettavissa siitä yhteisöstä, jossa ihmiset elävät. Terveystilanteen hallinnalla ymmärretään ihmisen päätöstä tai tekoa, joka liittyy arkielämän tyypilliseen käyttäytymiseen sekä terveyteen ja johtaa mahdollisesti terveyden kokeilemiseen tai omaksumiseen (Karhumaa & Pietilä 1996, Karhumaa 1997, Pietilä ym.1998). Näin määriteltynä terveys-

valintoihin voidaan sisällyttää päätöksentekoa, ongelmanratkaisua, oppimista ja muutosprosessin mahdollisuus. Terveysvalintojen tunnistamiseksi tarvitaan ihmisen elämänhallinnan, terveydentilan ja hänen elämänpiirin huomioivaa lähestymistapaa. (vrt. Downie *et al.* 1992, Pietilä ym. 1999.)

Voimavarat ja muutosprosessi ovat kiinteässä yhteydessä muuttuviin elämäntilanteisiin, elämänhallintaan ja terveyteen. Antonovskyn (1987) mukaan vahvan elämänhallinnan omaavalla ihmisellä on käytössään tarkoituksenmukaisia sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja, joita käyttämällä hän pyrkii etenemään elämässään tavoitteidensa suuntaisesti. Voimavaroja ovat mm. aineelliset ja fyysiset voimavarat, tieto-taitotaso, minäkuva, sosiaaliset suhteet sekä arvostus- ja asenteelliset tekijät (Antonovsky 1979, Jones & Meleis 1993, Sullivan 1993, Pelkonen 1994, 1995, Pietilä ym. 1998).

Voimavarat ovat yhteydessä myös ihmisen muutoshalukkuuteen ja –valmiuteen. Jos ihmiselle on muodostunut elämäkokemusten perusteella myönteinen kasvua tukeva elämänasenne, hän kykenee kohtaamaan elämänmuutokset tarkoituksenmukaisella tavalla. Suhtautuminen perustuu pysyvään luottamukseen siitä, että elämässä on jatkuvuutta sekä ennustettavuutta ja että elämäntilanteiden muutokset koetaan haasteina, joihin kannattaa panostaa. Ihmisen ajattelu- ja toimintatapoja ei riitä muuttamaan tieto hyvästä ja terveellisestä vaan hän muuttuu oivaltaessaan syvällä sisimmässään valintojensa merkityksen elämässään. Voidaan ajatella, että muutosprosessi käynnistyy yksittäisen ihmisen elämässä silloin, kun yksilö irtaantuu totutuista ajattelu- ja toimintatavoistaan sekä suuntautuu uusiin haasteisiin. (vrt. Laitakari 1979, Prochaska & DiClemente 1983, Antonovsky 1987, Krogerus-Therman 1990, Meleis 1991, Downie *et al.* 1992, Poskiparta 1997, Pietilä ym. 1998.)

Voimavarojen tarkastelu nuorten kanssa kohdistuu kaikkiin itsehoidollisia tarpeita kuvaaviin elämisen tapoihin (vrt. taulukko 2). Elämisen toiminoista käytän tässä tutkimuksessa käsitettä elämisen tavat samassa merkityksessä, mutta osuvammin nuorten ajattelu- ja toimintatapoja kuvaavina (vrt. Antonovsky 1987, Söderqvist & Bäckman 1988). Terveystieteiden suorittamassa mittarin kokeilussa pyrin saamaan esille nuorten elämänhallintavalmiuksia ja terveyttä tukevat voimavarat sekä voimavaroja vähentävät tai uhkaavat ajattelu- ja toimintatavat. Voimavaroja vähentävät tekijät nimitän kehittymishaasteiksi muutoshaasteiden sijaan, koska haluan jättää tilaa kehityksen murrosvaiheessa olevan nuoren vapaille valinnoille. Kehittymishaasteet johtavat muutosvalmiuden tunnistamiseen, jossa tarkastetaan kehittymishaasteittain nuoren tavoite ja odotukset, voimavarat eli halu ja kyky panostaa sekä sitoutumisen ja innostuneisuuden aste muutokseen nähden.

Muutosprosessin ja voimavarojen tarkasteluun terveystuotokuvamittarin kehittämisprosessissa lisään vielä empowerment –käsitteen (esim. Jones & Meleis 1993, Pietilä ym. 1998), jolla tarkoitan tässä yksilön voimavarojen käyttöönottoa ja vaikuttamismahdollisuuksien lisääntymistä. Empowerment edellyttää muutosta yksilö- ja yhteisötasolla. Kainuulaisten nuorten terveystuotokuva -hankkeessa oli asetettu tavoitteeksi terveyttä edistävän koulun kehittäminen ja muutoksen toteutuminen yksilö- ja yhteisötasolla, joten otan ne huomioon tavoitteet mittaria rakentaessani.

Empowerment –käsitteeseen sisältyvä yhteisötason muutostavoite ohjaa tarkastelemaan ammatillisen toiminnan ja palvelujärjestelmän toimivuuden arviointia ja kouluyhteisön muutostarpeita promotiivisen terveyden edistämisen näkökulmasta. Nuorten ja terveydenhoitajien voimavarat halutaan ottaa käyttöön kouluterveydenhuollon, kouluyhteisön ja nuorten elämänpiirin kehittämiskohteiden tunnistamisessa. Yhteisötason muutoksessa edistymisellä tarkoitan esimerkiksi kouluyhteisössä johdon, luokan opettajien, koulun muun henkilöstön ja kouluterveydenhuollon toimijoiden välisen yhteistyön lisääntymistä. Muutosprosessiin lähtemällä sekä nuorten ja mahdollisesti heidän perheidensä osallistumista ja vaikutusmahdollisuuksia lisäämällä voitaisiin kehittää terveyttä edistävää koulua. Promotiivinen toiminta kuuluu Terveys 2015 –kansanterveysohjelman tavoitteiden mukaan kaikille ja sillä luodaan nuorten elämänpiirissä elinoloja ja kokemuksia, jotka auttavat oppilaita ja kouluyhteisöä selviytymään (STM 2001).

4.3.2 Terveysvalinnat mittaamisen kohteena

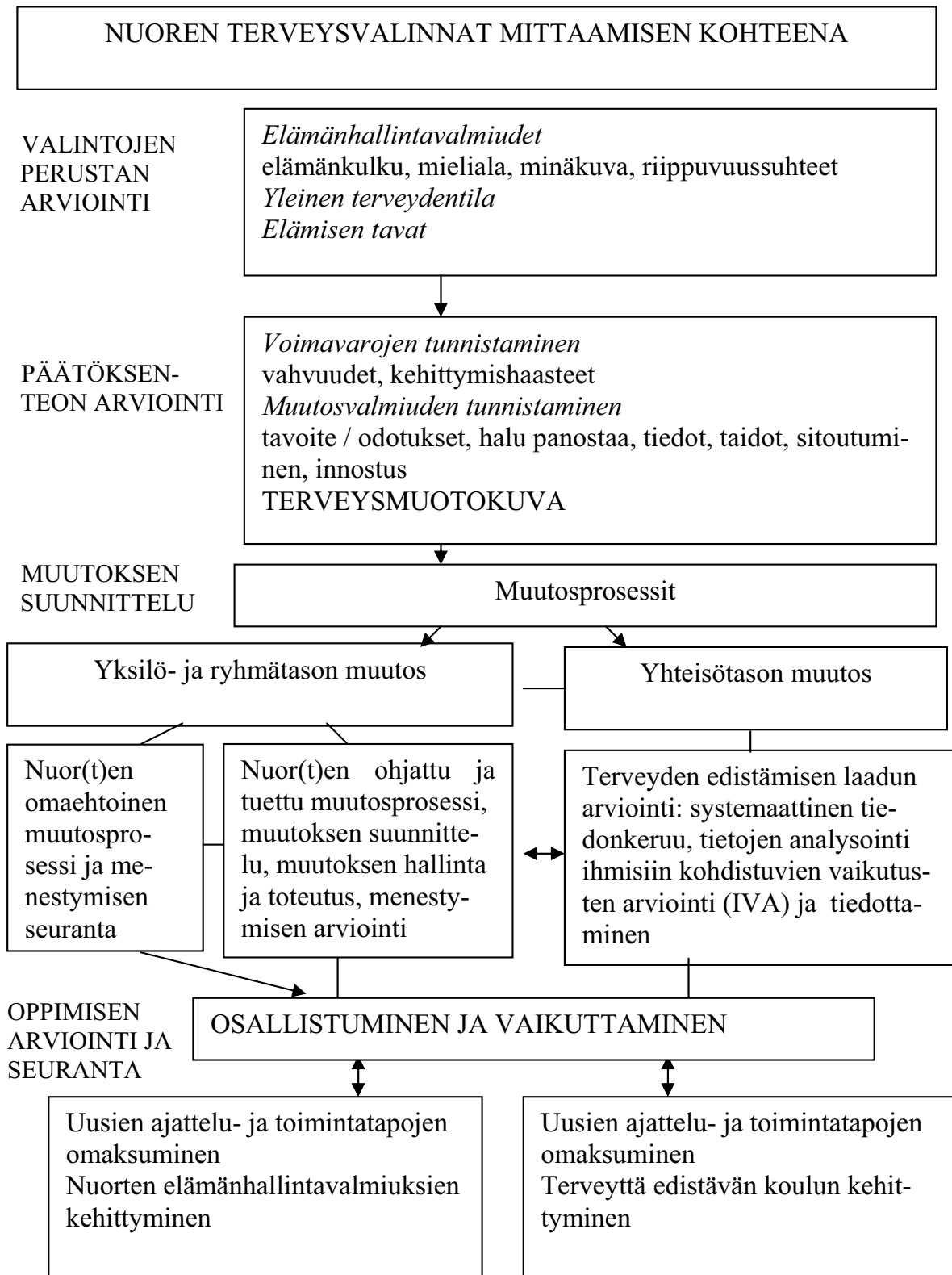
Mittaamisen kohteen määrittäminen on yksi keskeisimmistä vaiheista terveystuotokuvamittarin kehittämisprosessin teoreettisessa kuvaamisessa. Terveystuotokuva – käsitejärjestelmän luominen (Pietilä ym. 1998) ja mittarin teoreettisten perusteiden kuvaaminen käsitejärjestelmää soveltaen täsmänsi terveysvalinnat muuttuvissa elämäntilanteissa mittaamisen kohteeksi. Kuviossa 2 esitän terveysvalintojen arviointiprosessin kouluterveydenhoitajan työssä, jossa nuoren terveystuotokuvat ovat mittaamisen kohteena. Kouluterveydenhoitajan näkökulmasta se on vaiheittain etenevä arviointiprosessi, jonka vaiheet ovat: *valintojen perustan arviointi, päätöksenteon arviointi, muutoksen suunnittelu, päätöksentekoon osallistuminen ja vaikuttaminen sekä oppimisen arviointi ja seuranta.*

Nuorten *terveysvalintojen perustat* muuttuvissa elämäntilanteissa pyritään tunnistamaan kunkin nuoren yksilöllisen elämänpiirin alueella. Nuoren kanssa keskustellaan elämänhallintavalmiuksiin, yleiseen terveydentilaan ja elämisen tapoihin vaikuttavista ajattelu- ja toimintatavoista, niiden merkityksestä sekä nuoren ajatuksista siitä, miten asioiden tulisi olla. Kun nuori pohtii tyypillistä käyttäytymistään ja pyrkimyksiään, häntä tuetaan tekemään oivalluksia vahvuuksistaan ja kehittymishaasteistaan. Voimavarojen tunnistaminen on *päätöksenteon* ensimmäinen vaihe. Toisessa vaiheessa pyritään tunnistamaan nuoren *muutosvalmius*. Tällöin keskustellaan nuoren tulevaisuuden tavoitteista ja odotuksista, halusta panostaa niihin, tiedoista ja taidoista sekä sitoutumisesta ja innostumisesta. Käydyn keskustelun tuloksena muodostuu näkemys nuoren *terveysmuotokuvasta*. Terveysmuotokuvan piirtäminen edellyttää mittaustulosten arviointikriteerien määrittämistä, joiden kehittämisen kuvaan myöhemmin tässä tutkimusraportissa.

Seuraavassa arviointiprosessin vaiheessa päätöksenteko kohdistuu muutosprosessiin. Nuori päättää vastata tai olla vastaamatta kehittymishaasteisiin *omaehtoisesti tai* haluaa ohjattua ja *tuettua muutosprosessia*. Omaehtoisesta muutoksen toteuttamisesta keskustellaan ja tuettua muutosta varten laaditaan kirjallinen suunnitelma. Omaehtoista muutosta yksilö- ja ryhmätasolla voidaan tukea promotiivisella työllä ennakoimalla esimerkiksi koulun päätöksenteossa ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia (IVA) ja luomalla nuorille mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. (vrt. WHO 1986, Gibson 1991, Ingrosso 1993, Jones & Meleis 1993, Nupponen 1994, Rimpelä 1994, Vornanen 2000, Hyry-Honka 2004, Kauppinen & Nelimarkka 2004, Laverack 2004, Teperi 2004, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, STM 2005, Ylipulli-Kairala 2005.)

Tuettu muutos tarkoittaa suunnitelmallista muutosprosessien tukemista sekä yksilö- että ryhmätasolla. Sen ulottuvuuksia ovat primaari-, sekundaari- tai tertiaaripreventiivinen työ nuoren tai nuorten ryhmän elämäntilanteesta riippuen. (vrt. Nupponen 1994, Rimpelä 1994, 2005, Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995, Poskiparta 1997, Kauhanen ym. 1998, Riikonen 2000, Vertio 2003, Savola & Koskinen-Ollonqvist, STM 2005.) Muutosprosessien tukemiseen on kehitetty muutosvaihemalleja, joista elämäntapojen muutoksen edistämiseen paljon käytetty malli on transteoreettinen muutosvaihemalli. (mm. Laitakari 1979, Prochaska & DiClemente 1983, Poskiparta 1997, Prochaska & Norcoross 2003, Vähäsarja ym. 2004.)

Terveysmuotokuvamittarin empiirisenä kokeiluympäristönä toimineen hankkeen tavoitteena oli saada aikaan myös *yhteisötason muutosta* kouluyhteisön toimintatavoissa. Nuorten *osallistumista ja vaikuttamismahdollisuuksia* itseään koskevaan päätöksentekoon haluttiin lisätä ja terveydenhoitajan rooli kouluyhteisössä haluttiin aikaisempaa näkyvämmäksi.



Kuvio 2. Terveysvalintojen arviointiprosessi kouluterveydenhoitajan työssä.

Tavoitteiden saavuttamiseksi lisäsin terveysvalintaprosessiin terveyden edistämisen laadun arvioinnin. Kouluterveydenhoitajien tehtävänä on kerätä systemaattisesti tietoa nuorten tarpeista ja kirjata niiden lisäksi omat näkemyksensä laatutiedostoon. Terveydenhoitaja analysoi ja raportoi keräämänsä palaute- ja arviointitiedon sovituin aikaväleihin, arvioi analyysinsä johtopäätöksinä ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia (IVA) sekä tiedottaa tuloksista nuorten elämänpiirissä vaikuttaville päätöksentekijöille. Yhteisötason muutosta edistävän promotiivisen työn tavoitteena on terveyttä edistävän koulun kehittäminen.

Terveysvalintaprosessin viimeinen vaihe on *oppimisen arviointi ja seuranta*. *Oppiminen* yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasolla kohdistuu uusien ajattelun- ja toimintatapojen omaksumiseen. Nuorilla se tarkoittaa elämänhallintavalmiuksien kehittymistä, voimavarojen ja muutoksen vaatimusten tunnistamista sekä kouluyhteisön kehittämiseen *osallistumisen ja vaikuttamisen* mahdollisuuksien oivaltamista. Yhteisötasolla palaute- ja arviointitiedon hyödyntäminen edellyttää yhteisöllistä oppimista ja moniammatillisen työn tehostamista tavoitteena terveyttä edistävän koulun kehittäminen. Terveydenhoitajan roolin näkyväksi tekeminen edellyttää myös terveydenhoitajalta omien *osallistumisen ja vaikuttamisen* mahdollisuuksien oivaltamista. Seurannan ja arvioinnin tulee myös olla suunnitelmallista toimintaa, joka toteutetaan kouluyhteisöissä ja laajemmin nuorten elämänpiirissä vaikuttavien toimijoiden yhteistyönä. Keskeisimpiä toimijoita opettajien ja kouluterveydenhoitajien lisäksi ovat nuorten vanhemmat, koulun rehtori ja muut hallintoviranomaiset, nuoriso- ja vapaa-ajan toimi, kunnan poliittiset päätöksentekijät sekä nuoriin suuntautunut media ja markkinointi.

4.3.3 Kokeilussa käytetty terveystuotokuvamittari

Kainuulaisten nuorten terveystuotokuva –hankkeessa nuorille ikäspesifiksi mittariksi tarkoitamani terveystuotokuvamittari on strukturoitu ja siinä on kaksi osaa (liite 7). Ensimmäinen osa sisältää yksilötason kysymyksiä, joilla kerätään tietoa nuorten terveysvalinnoista muuttuvissa elämäntilanteissa ja laaditaan tarvittaessa muutossuunnitelma. Siinä on viisi (5) teemaa: taustatiedot, elämänhallintavalmiudet, elämisen tavat, yleinen terveydentila ja itsehoidollisen muutoksen suunnitelma. Teemat muodostuvat 24 alateemasta, joissa on yhteensä 37 ulottuvuutta. Mittari sisältää kaikissa ulottuvuuksissa 4-5 kysymystä, jotka on suunnattu 13-16 -vuotiaalle nuorille. Toisessa osassa on yksi teema: terveyden edistämisen laadun arviointi. Kysymykset ohjaavat kouluterveydenhoitajia keräämään palaute- ja arviointitietoa sekä kirjaamaan tiedot laatutiedostoon (tiedosto tietokoneella tai vihkossa) nuorten tarpeiden tunnistamiseksi ja yhteisötason muutoksen

edistämiseksi. Kehitin myös alustavat haastatteluaineiston arviointiperusteet terveysvalintojen arviointiin. Kuvaan ne tässä tutkimuksessa myöhemmin. Arviointiperusteiden avulla tein tutkijana ja yhdessä kouluterveydenhoitajien ja koulun opettajien kanssa johtopäätöksiä nuoren elämänhallinnan ja terveyden vahvuuksista, kehittymishaasteista, muutosvalmiudesta sekä tuen tarpeista.

Laadin kysymykset yhteistyössä hankkeeseen osallistuvien opettajien, terveydenhoitajien ja ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoiden kanssa. Nuorten ikä, perustelutaidot ja abstraktin ajattelun taso saivat terveydenhoitajat pohtimaan tarkasti, miten kysymykset tulisi esittää nuorille tarkoituksenmukaisesti, ymmärrettävästi ja motivoivasti. Myös nuorten elämänpiiriä ja siinä esiintyviä ongelmia Kajaanin kaupungissa mietittiin. Elämänhallintavalmiuden kysymyksiä pidettiin vaikeimpina, terveydentilan ja elämisen tapojen kysymyksiä puolestaan helpoimpina. Merkityksien pohdinnan ja kysymysten määrän arveltiin tuottavan vaikeuksia.

Esihaastatteluihin valitsin kaksi 13-vuotiasta nuorta. Toisen haastattelusta suoritin itse ja toisen suoritti valitsemani hankkeen yhteistyökumppani. Nuoret osasivat keskustella kaikista terveysmuotokuvamittarin teemoista, joskin pitivät haastattelua pitkänä ja keskittymistä vaativana. Molempien nuorien haastattelut suoritimme kotona koulupäivän jälkeen. Keskittymisen kannalta esihaastattelutilanne ei ollut paras mahdollinen. Pohdintojen jälkeen päädyimme siihen, että aiheita ei karsita, vaan nähdään nuoret kykenevinä edustamaan itseään, tekemään terveyttään koskevia valintoja ja luotetaan nuorten kykyyn pohtia elämänhallintavalmiuksia, terveyttä ja elämisen tapoja. Kuudes versio kysymyksistä hyväksyttiin hankkeessa kokeiltavaksi. Nuoren oikeuksia jättää vastaamatta tai luopua haastattelusta päätettiin kunnioittaa. Terveyttä edistävän koulun kehittäminen määriteltiin työyhteisön sisäiseksi oppimisprosessiksi, joka perustuu sosiaaliseen vuorovaikutukseen, ihmisten välisiin suhteisiin ja toiminnan laadun kehittämiseen arviointitiedon perusteella. Terveellisen elämäntavan omaksumisen edellyttää terveyden lukutaitoa (Nutbeam 2000) ja sen kautta terveyden ylläpitämisen toimintavalmiuksia ja itsehoitotaitojen oppimista.

Kysymysten järjestyksellä on merkitystä vastaajan rohkaisemisen ja yhteistyön kannalta. Haastattelun tulee alkaa kysymyksillä, jotka ovat mielenkiintoisia ja motivoivia sekä helppoja vastattaviksi. Ennakolta tulee myös minimoida väärinymmärryksen mahdollisuudet. Haastattelussa tulee aluksi lukea johdattelu vastaajalle tai mieluummin esittää se epämuodollisesti. Johdattelun tavoitteena on herättää luottamus ja halu vastata, koska tämä on tärkeä ensikontakti vastaajan kanssa. (vrt. Polit & Hungler 1995). Näiden näkökohtien ja esitestauksen perusteella suunnittelin terveysmuotokuvamittarin kysymysten järjestyksen. Mittarin ensimmäinen sivu sisältää taustatiedot, nuoren koodin anonymiteetin säilyttämiseksi ja suostumuksen

tutkimusaineiston keruuseen. Taustatietoja ovat ikä, sukupuoli, koululuokka, taloudellinen tilanne perheessä ja koettu terveys. Seuraavilla sivuilla ovat yleinen terveydentila, elämisen tavat, elämänhallintavalmius, itsehoitollinen muutossuunnitelma ja terveydenhoitotyön laadun arviointi. Yleiseen terveydentilaan kuluviiksi mittauksiksi valittiin peruskoulun seitsemännän luokan normaalit mittaukset pituus, paino ja painoindeksi, murrosiän fyysinen kehitysvaihe, ryhti, näkö ja värinäkö. Kahdeksannella luokalla päätettiin mitata pituus, paino ja verenpaine, yhdeksännellä tarkistaa verenpaine, pituus ja paino, mikäli nuori itse halusi tai siihen oli erityistä tarvetta.

4.4 Terveysmuotokuvamittarin kokeilu kouluterveystarkastuksissa

4.4.1 Mittausolosuhteiden järjestäminen

Retroduktio –vaiheessa toteutuu realistisen evaluaatioprosessin varsinainen tutkiva toiminta ja empiirisen aineiston keruu. Mittausolosuhteiden järjestämisvaiheessa suunnitellaan, milloin ja missä mitataan. (Anttila 2005.) Tutkimusaineiston keruuseen sopiva kohderyhmä löytyi kajaanilaisen peruskoulun yläasteen yhdestä ikäryhmästä (n=118). Koko ikäryhmän koko oli 129. Koulun oma terveydenhoitaja ja kolme opintojensa loppuvaiheessa olevaa terveydenhoitajaopiskelijaa (jatkossa kouluterveydenhoitajat tai terveydenhoitajat, N=4) Kajaanin ammattikorkeakoulusta lupautuivat kokeilemaan terveystuotokuvamittaria kyseisen ikäluokan seitsemännellä, kahdeksannella ja yhdeksännellä luokalla kouluterveystarkastuksissa ja keräämään samalla tutkimusaineistoa mittarin arvioimiseksi.

Kokeilun tavoitteena oli saada empiiristä tietoa mittarin käyttökelpoisuudesta kouluterveydenhoitajan työssä ja sen soveltuvuudesta yläasteen nuorille. Käyttökelpoisuutta päätettiin arvioida määrittelemällä 1) kuinka paljon terveydenhoitajien työaika kuluu mittarin käyttöön, 2) kuinka hyödylliseksi terveydenhoitajat arvioivat haastattelumenetelmän ja 3) tuottaako mittari tietoa, jossa on riittävästi vaihtelua ts. erotteleeko mittari mittauksen kohteesta eri tasoja. Mittarin soveltuvuuden arvioimiseksi päätettiin selvittää 1) kuinka hyödylliseksi nuoret arvioivat mittausmenetelmän, 2) mittarin osat, jotka ovat nuorille vaikeita ymmärtää tai joita nuoret pitävät epämiellyttävinä, 3) millainen kysymysten järjestys on vastaajien kannalta tarkoituksenmukainen ja 3) miten yläasteen nuoret kokevat kouluterveystarkastukseen kuluvan tavallista pidemmän ajan. (vrt. Polit & Hungler 1995, Hirsjärvi ym. 1997.)

Hankin kirjallisen tutkimusluvan Kajaanin kaupungin perusturvatoimialalta ja kyseisen koulun rehtorilta sain suullisen luvan. Tiedotin koulun vanhempainillassa mittarin ja haastattelumenetelmän kehittämisen tarkoituksesta. Lisäksi kouluterveydenhoitaja lähetti oppilaiden koteihin kirjeen, jossa pyydettiin vanhempien suostumusta kirjallisena. Kirjeessä tiedotettiin vanhemmille, että ellei nuori osallistu tutkimukseen, hänelle tehdään tavanomainen luokkakohtainen terveystarkastus. Opetushenkilöstölle tiedotin tutkimuksesta opettajainkokouksessa. Nuorille kerrottiin, että heillä oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti. Vanhemmista 11 kielsi lastaan osallistumasta tutkimukseen. Syyksi he ilmoittivat, etteivät halua lapsensa osallistuvan mittarin kehittämistyöhön. Kokeilun kohde-ryhmään jäi näin ollen 118 oppilasta. Lupasin toimittaa koululle hankkeessa tehtävien tutkimusten tulokset ja raportit palkkiona vaivannäöstä.

Terveysmuotokuvamittarin laajuuden vuoksi mittausmenettelyyn varattiin aikaa 1,5 - 2 tuntia terveystarkastusta kohti. Aika oli lähes kaksinkertainen tavanomaiseen terveystarkastukseen verrattuna. Terveystarkastukset pyrittiin ajoittamaan aamu- ja iltapäivään, mutta ei juuri ennen koetta tai ruokataukoa, että nuori voisi keskittyä terveystarkastukseen kunnolla. Kouluterveydenhoitaja antoi nuorille ajat ja tiedotti niistä myös opettajille.

Tiedonkeruumenetelmät eroavat siltä osin, kuinka tietoisia vastaajat ovat roolistaan tutkimuksessa. Täysi tietoisuus saattaa muuttaa käyttäytymistä. (Polit & Hungler 1995.) Kokeiluun osallistuminen edellytti nuorelta tietoisuutta menetelmän henkilökohtaisesta hyödystä ja tarjottavasta tuesta. Nuorille kerrottiin, miten aineistoa käytetään tutkimustarkoituksiin. Mittari toimi keskustelun, dokumentoinnin, tutkimusaineiston keruun ja interventi-
on välineenä terveystarkastuksessa.

Työnantajien kanssa sovittiin, että koulun terveydenhoitaja toteuttaa kokeilun osana työtään ja terveydenhoitajaopiskelijat osana ammattikorkeakouluopintojaan. Terveystarkastus suoritettiin rauhallisessa huoneessa, jossa ei ollut läsnä muita henkilöitä kuin nuori ja terveydenhoitaja. Tilanne oli kaikille nuorille entuudestaan tuttu ja turvallinen, terveydenhoitajan tekemä kouluterveystarkastus. Yleisesti ottaen pidettiin tärkeänä tehdä olosuhteet kaikille vastaajille mahdollisimman samanlaisiksi vakioimalla mittausolosuhteet. Ympäristötekijöillä on todettu olevan paljon vaikutusta ihmisten tunteisiin ja käyttäytymiseen. (vrt. Waltz *et al.* 1991, Polit & Hungler 1995.) Pohdimme yhdessä, millainen haastattelutilanteen terveystarkastuksessa tulee olla, miten nuoret kohdataan ja mitkä ovat odotetut tulokset. Interventio toteutuu mittaustilanteessa, jos nuori alkaa tunnistaa ajattelu- ja toimintatapojensa merkityksellisyyttä, pohtimaan niiden seurauksia sekä mahdollisia muutos- ja tuentarpeita elämässään.

Muotoilimme monessa eri vaiheessa terveystarkastuksessa tehtäviä kysymyksiä nuorille sopiviksi ja käytännönläheisiksi. Sovittiin, että terveydenhoitajien tehtävänä on tukea nuorta muotoillen kysymykset siten, että nuori ryhtyy pohtimaan tyypillistä käyttäytymistään ja tekemään uusia oivalluksia elämäntilanteessaan. Valmiiksi laaditut kysymykset olivat ainoastaan viitteellisiä. Terveydenhoitajien tuli keskustella nuorten kanssa terveysvalintoihin liittyvistä vahvuuksista ja kehittämishaasteista, arvioida nuorten elämänhallintaan ja terveyteen liittyviä voimavaroja, kysyä nuorilta terveyden edistämistyön laadun arviointia koskevat kysymykset ja kerätä mittariin käyttöön ja soveltavuuteen liittyvä arviointitieto tutkimusaineistoksi.

Terveydenhoitajat kirjasivat haastatteluaineiston ja arvioinnit suoraan terveystarkastuskuvamittarin lomakkeelle. Samaa lomaketta käytettiin kolmen vuoden ajan. Seitsemännen luokan aineisto kirjattiin sinisellä, kahdeksannen punaisella ja yhdeksännen vihreällä värillä. Yleistä terveydentilaa, elämisen tapoja ja elämänhallintavalmiutta käsittelevän tiedon terveydenhoitajat kirjasivat nuoren kertomana. Ajattelu- ja toimintatapojen merkityksiä kuvaava tyytyväisyys toimintatapaan kirjattiin ”kyllä / ei” ja toimintatavan merkitys arkielämässä nuoren sanoin, samoin haaveet ja unelmat. Muutoshalukkuus merkittiin rastilla (x) tai nuoren sanoin. Muutoshalukkuutta pohdittiin syvällisemmin keskustelemalla nuoren tavoitteista ja odotuksista, muutoksen edellyttämistä voimavaroista ja nuoren halusta suunnitella muutoksen toteuttamista. Nämä kirjattiin edelleen nuoren sanoin. Jos nuori halusi itsehoidollisen muutossuunnitelman laadintaa, kirjasi terveydenhoitaja suunnitelman koodauslomakkeelle ja antoi suunnitelmasta kopion nuorelle. Mittaustilanteita ei nauhoitettu, koska terveystarkastustilanne haluttiin säilyttää mahdollisimman aitona.

Terveydenhoitajat kirjasivat terveystarkastuskuvamittarin arviointiaineistona nuoren palautteen päättäjille ja palvelujen tuottajille, palautteen keskustelun hyödyistä ja käsitellyistä aiheista sekä keskusteluun kuluneesta ajasta. Lisäksi he kirjasivat terveystarkastuksen yhteenvedon oman arviointinsa nuoren elämänhallinnasta ja terveydestä, ennusteen halusta lähteä mukaan itsehoidolliseen muutosprosessiin ja asiantuntijan arviointinäkökulman siitä, oliko keskustelusta hyötyä nuorelle. Lopuksi he kirjasivat vielä keskustelussa esille nousseet palvelujärjestelmän kehittämishaasteet sekä arvioinnin ammatillisesta toiminnastaan ja oppimisestaan kyseisessä asiakastilanteessa. Arviointitiedosta muodostui terveydenhoitajalle vähitellen teemoittain jäsenneilytiedosto, jota analysoitiin hankkeessa sisällön erittelyllä. Tuloksista kirjoitettiin raportti (Oikarinen & Eirola 1999) ja tuloksista tiedotettiin aktiivisesti kouluyhteisössä ja laajemmin päätöksentekijöille. Näin terveydenhoitajille esitettiin malli parantaa nuorten osallistumista ja vaikuttamismahdollisuuksia. Samalla menetelmällä hän tekee omaa rooliaan näkyväksi kouluyhteisössä.

Mittausmenetelmän valintaa tukivat käytettävissä olevat voimavarat, menetelmän käyttökelpoisuus ja tuttuus sekä sopivuus kohderyhmään. Lisäksi siihen vaikuttivat tiedonkeruun hallinta, menetelmän yleinen arvostus ja ulkoapäin tulevien tekijöiden kontrolli. (vrt. Polit & Hungler 1995.) Terveystenhoitajat keräsivät mittarilla kouluterveystarkastuksen yhteydessä kuvailevaa tietoa nuorten terveysvalinnoista muuttuvissa elämäntilanteissa. Vaikka haastattelijoilla oli käytössään strukturoitu haastattelu- ja koodauslomake, kysymys oli koko kehittämisprosessin ajan ei-standardoidusta keskustelunomaisesta haastattelusta (unstandardized conversational interview). Haastattelija sopeutti kysymyksensä kullekin vastaajalle sopiviksi ja vaihtoi järjestystä sen mukaan kun keskustelu eteni. (vrt. Waltz *et al.* 1991.) Mittausmenetelmä tarkentui hankkeen loppuvaiheessa interventiiviseksi haastatteluksi.

4.4.2 Interventiivinen haastattelu mittausmenetelmänä

Interventiivisellä haastattelulla tarkoitetaan strukturoitua lomakepohjaista haastattelumenetelmää, joka perustuu asiakkaan kuuntelemiseen. Tiedot kerätään lomakkeistolla, vastaukset pisteytetään ja tulokset tulkitaan haastattelutilanteessa. Tulosten tulkinta edellyttää ammattitaitoa, jossa korostuu tietojen prosessointi ja yhteistyö haastateltavan kanssa. Menetelmää on tutkittu ja lomakkeistoa testattu 1980 -luvulla Yhdysvalloissa. Suomessa menetelmää sovellettaessa on käytetty kvalitatiivista metodologiaa, jonka etuna pidetään luonnonmukaisuutta ja joustavuutta. Esimerkkinä menetelmän onnistuneesta soveltamisesta pidän lastenneuvolatyöhön kehitettyä varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen (VAVU) –menetelmää. Sen keskeisiä periaatteita ovat luottamuksellisen yhteistyösuhteen luominen, asiakkaita tukeva neuvontaprosessi ja vanhempien vahvuuksien arvostaminen (Niskanen *ym.* 2002). Laadullinen analyysi alkaa jo aineistonkeruuvaiheessa, jossa haastattelija pisteyttää vastaukset ja piirtää profiileja. Menetelmään kuuluu tietojen jakaminen ja palautekeskustelu haastateltavan toimintatyyleistä ja voimavaroista. Haastattelun lopuksi interventio arvioidaan. (Tomm 1987a, b, Furman 1988, Mattila 1988, Mattus 1994, Meltaus & Pietilä 1998.)

Interventiivistä haastattelumenetelmää käytetään silloin, kun kerätään tietoa haastateltavan itsensä tarkoituksiin, ei pelkästään jonkun toisen esimerkiksi tutkijan tai viranomaisen. Samalla pyritään pois niin sanotusta ”pelkkää hyvää toivovasta” asiantuntijakeskeisyydestä, joka saattaa tahtomattaan aiheuttaa haastateltavalle avuttomuutta ja riippuvuutta ammattiauttajasta jopa lisäten stressiä. Menetelmä toimii terapeuttisesti haastattelun aikana. Tavoitteena on saada haastateltava itse oivaltamaan oma elämänti-

lanteensa, tarpeensa ja voimavaransa itselle tutussa arkipäivässä ja elinympäristössä. Tärkein lähtökohta on nähdä asiat valoisasti, keskittyä myönteiseen ja edistää kaikkea mahdollista positiivista haastateltavan toiminnan kannalta. Negatiivisista asioista keskustelu rajoittuu helposti alueille, joiden suhteen haastateltava on tyytymätön ja voimaton. Tilanne saattaa vain pahentua ja uusien mahdollisuuksien löytyminen estyy (Mattila 1988). Menetelmä mahdollistaa myös erotusdiagnoosiikan pystyessään erottelemaan, mitkä tarpeet ovat tyydytettävissä omin voimin ja lähiverkon avulla, mitkä taas jäävät yhteiskunnan tehtäväksi. Sillä voi erotella runsaasti apua tarvitsevat niistä, jotka tarvitsevat ulkopuolista tukea vain vähän. (Mattus 1994.)

Haastattelumenetelmän käyttö edellyttää haastattelijalta perehtymistä tutkittavaan ilmiöön, haastattelun periaatteiden tuntemista, omien vuorovaikutustaitojen ja käyttäytymisen reflektointia, haastateltavien luottamuksen turvaamista sekä tietoa siitä, mihin haastattelun tuloksia käytetään. Taulukossa 11 esitän yhteenvedon haastattelun periaatteista, haastattelijan toiminnasta ja ennakoituista haastateltavaan kohdistuvista vaikutuksista. Sovellan Karl Tommin perheiden kliiniseen haastatteluun antamia ohjeita yksilöhaastatteluun. Haastattelijan toiminnalla voi olla positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia haastateltavaan. Positiiviset vaikutukset ovat sellaisia, jotka haastateltava kokee terapeutisina, tasa-arvon ja ymmärtämyksen välittymisenä, uusia oivalluksia tukevinä ja muutosta edistävinä. (vrt. Tomm 1987a, b, Mattila 1988, Mattus 1994.)

Negatiiviset vaikutukset herättävät haastateltavassa häpeän ja syyllisyyden tunteita, puolustautumista tai hän kokee haastattelijan tunkeilevana ja ratkaisujaan tyrkyttävänä, jopa uhkana itselleen (vrt. Tomm 1987a, b, Mattila 1988, Mattus 1994). Interventtiivinen haastattelumenetelmä valittiin kehitettäväksi Kainuulaisten nuorten terveystuokuvahankkeessa, koska sen periaatteet sopivat terveystuokuvamittarin käytön periaatteisiin.

Haastattelijalle on asetettu neljä periaatetta: hypoteesien kehittäminen, sirkuularisuus, neutraalisuus ja strateginen ajattelu. Hypoteesien kehittäminen tarkoittaa haastattelijan terapeutista asennoitumista, jossa hän pyrkii jatkuvasti etsimään selityksiä havaitsemilleen ilmiöille ja tapahtumille. (Mattila 1988, Mattus 1994.)

Taulukko 11. Interventiivisen haastattelun periaatteet, haastattelijan toiminta ja ennakoitu vaikutus haastateltavaan (vrt. Tomm 1987a, b, Mattila 1988, Mattus 1994).

Periaate	Haastattelijan toiminta	Ennakoitu vaikutus haastateltavaan
Hypoteesien kehittäminen		
<ul style="list-style-type: none"> • sirkulaariset hypoteesit 	Haastattelija etsii yhteyksiä havaintojensa, haastateltavan kertomuksen, omien kokemustensa ja aiempien tietojensa välillä koettaen muotoilla hypoteesin, joka selittäisi ilmiön, jota hän haluaa ymmärtää.	Terapeuttinen, muutoista edistävä, paljastava
<ul style="list-style-type: none"> • lineaariset hypoteesit 	Haastattelija etsii syy-seuraus -yhteyksiä ja normatiivisia periaatteita. Tähän asennoitumiseen sisältyy taipumus perustaa ajatukset ennako-oletuksiin. Kysymyksessä on haastattelijan oman ymmärryksen lisääminen haastateltavan tilanteesta.	Selittää, herättää usein häpeää, syyllisyyttä ja puolustautumista
Sirkulaarisuus		
<ul style="list-style-type: none"> • huolehtivainen sirkulaarisuus 	Perustuu luonnolliselle inhimilliselle rakkautelle, jolloin haastattelija kiinnittää huomionsa niihin haastateltavan reaktioihin, jotka auttavat häntä olemaan aidosti tukeva asiakkaan autonomisen kasvun ja kehityksen suuntaan.	Kokemus lämpimästä ymmärtämisestä
<ul style="list-style-type: none"> • pakollinen sirkulaarisuus 	Perustuu pakottamiselle, jolloin haastattelija kiinnittää huomionsa valikoivasti niihin haastateltavan reaktioihin, jotka auttavat häntä olemaan ammatillisesti tehokas.	Saattaa syntyä kokemus epäkohteliaisuudesta ja tunkeilevuudesta
Neutraalisuus		
<ul style="list-style-type: none"> • välinpitämättömän neutraalisuus 	Haastattelija kiinnittää huomionsa ja hyväksyy kaiken yhtäläisellä kiinnostuksella. Tapahtuipa mitä tahansa, haastattelija myötäilee eikä toimi vastaan.	Kokemus, että ei huomioida ainutlaatuisena inhimillisenä olentona
<ul style="list-style-type: none"> • hyväksyvä neutraalisuus 	Haastattelija kiinnittää huomiota haastateltavaan yksilönä ja persoonana hyväksyen hänet ihmisenä, olipa hän millainen tahansa.	Tasa-arvoisuus, ymmärretyksi tuleminen
<ul style="list-style-type: none"> • poissaoleva neutraalisuus 	Haastattelija on etäinen ja ilmentää vaikeutensa hyväksyä haastateltavan mielipiteitä. Hän ei saata kyätä näkemään asioiden toista puolta, koska on liiaksi omistautunut omille käsityksilleen oikeasta ratkaisusta ja arvoistaan.	Tunkeilevuus, ratkaisuja tyrkyttävä

(jatkuu)

Taulukko 11. (jatkuu)

Periaate	Haastattelijan toiminta	Ennakoitu vaikutus haastateltavaan
Strateginen ajattelu		
<ul style="list-style-type: none"> • henkilökohtainen strateginen ajattelu 	Haastattelija huomioi jatkuvasti, ovatko hänen päätöksensä toimia terapeutteja. Hän ottaa täyden henkilökohtaisen vastuun teoistaan ja valinnoistaan.	Muutosta edistävä, joustavuus, vapaus ajatella
<ul style="list-style-type: none"> • projektii- vinen strateginen ajattelu 	Haastattelija tekee ratkaisuja, koska hänellä ”ei ollut valinnan varaa” ulkoisista tekijöistä joutu- en. Hän tietää oikeat tavat ratkaista asiat.	Tunkeilevuus, uhka, tuomitseva, ei terapeuttinen
Kysymysten teko		
<ul style="list-style-type: none"> • lineaariset 	Haastattelija käyttäytyy kuin tutkija, joka koettaa selvittää monimutkaista mysteeriä. Peruskysymykset ovat: Kuka? Mitä? Missä? Milloin? Taustatiedot kysytään usein näin.	Helppoja henkilötietoja, myöhemmin herättää syyllisyyttä, puolustautumista, itsekritiikkiä
<ul style="list-style-type: none"> • sirkulaariset 	Haastattelija muotoilee kysymykset niin, että ne tuovat esiin ja yhdistävät henkilön tekoja, ajatuksia, tunteita, uskomuksia ja kontekstin.	Uusia oivalluksia, ymmärrystä
<ul style="list-style-type: none"> • strategiset 	Haastattelija on kuin tuomari, joka kertoo haastateltavalle, miten hän on erehtynyt ja miten hänen tulisi ajatella ja käyttäytyä.	Antaa selkeän ohjeen, mutta liiallisena kariuttaa yhteistyön
<ul style="list-style-type: none"> • reflektiiviset 	Haastattelija muotoilee kysymyksen herättämään haastateltava pohtimaan havaintojensa ja tekojensa merkityksiä ja vaikutuksia sekä har- kitsemaan uusia valinnan vaihtoehtoja.	Antaa tilaisuuden nähdä uusia mahdollisuuksia ja kehittyä omien taipumustensa mukaisesti

Sirkulaarisuuden periaate liittyy päätöksiin tehdä tilanteeseen sopivia kysymyksiä, mikä on keskeinen osa vuorovaikutusprosessia haastattelijan ja haastateltavan välillä. Neutraalisuudella tarkoitetaan haastattelijan asennoitumista niin, että hän hyväksyy kaiken sellaisena kuin se tapahtuu ja välttää puolueellisia kannanottoja. Strateginen ajattelu ohjaa haastattelijaa pohtimaan, ovatko hänen päätöksensä toimia terapeuttisesti osoittautuneet terapeuttisiksi. Haastattelijaa arvioi ja tarkkailee mielessään koko ajan haastattelussa kysyen esimerkiksi: Mitä hypoteesia minun nyt tulisi tutkia? Miten tämä kysymys tulisi muotoilla? Onko haastateltava valmis puhumaan asiasta avoimesti? Haastattelijaa tekee jatkuvasti kognitiivisia päätöksiä. Interventiivisen haastattelun tarkoitus toteutuu siinä tavassa, jolla haastattelu toteutetaan. Jokainen kysymys, jonka haastattelijaa kysyy, voidaan nähdä sisältävän jonkin tarkoituksen ja nojautuvan tiettyihin ennako-oletuksiin. (Mattila 1988, Mattus 1994.)

Interventiivisen haastattelun teoria ohjasi haastattelutekniikkaan selkeämmin kuin Parsen (1981, 1992) ihmisenä kasvun teoria. Terveysmuotokuvamittaria kehitettäessä haastattelun ja dokumentoinnin välineeksi muotoilin nuorille sopivia interventiivisen haastattelun lineaarisia, sirkulaarisia ja refleksiivisiä kysymyksiä sekä kysymykset terveydenhoitotyön laadun arvioimiseksi. Kysymyksistä on esimerkkejä taulukossa 12. Mittaamisen tarkoituksena oli saada aikaan terveystarkastuksessa interventio, jolla haastattelijaa tuki nuorta tunnistamaan terveysvalintojaan muuttuvissa elämäntilanteissa. Nuori pohti elämänhallintavalmiuksiaan, yleiseen terveydentilaan ja elämisen tapoihin liittyviä ajattelu- ja toimintatapojaan, niiden merkityksiä ja seurauksia päivittäisessä elämässään valintojensa perusteina, päätti mahdollisista muutos- ja tuentarpeistaan sekä halustaan osallistua ja vaikuttaa palvelujärjestelmän ja kouluyhteisön toiminnan arviointiin. (vrt. Antonovsky 1991, Rokka & Sundelin 1993, Pietilä ym. 1998.)

Elämänhallinnan ja terveyden voimavarojen tunnistamisen tavoitteena oli syventää nuoren ja terveydenhoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta sekä päästä tavoitteelliseen yhteistyöhön. Tällöin terveydenhoitajan tukitoimet kohdentuivat perustellusti nuorten tarpeisiin ja niitä eniten tarvitseville. (vrt. Antonovsky 1991, Rokka & Sundelin 1993, Pietilä ym. 1998.)

Taulukko 12. Interventiivisen haastattelun viitteellisiä kysymyksiä terveystuotokuva-mittarissa.

Kohderyhmä	Interventiivisen haastattelun viitteellisiä kysymyksiä (esimerkkejä)
terveysvalintoja käsitteleviä kysymyksiä nuorille	<p><i>Lineaarinen kysymys:</i> Kohokohdat: Mitkä ovat olleet tärkeitä tapahtumia elämässäsi? Nautintoaineet: Tupakoitko / käytätkö alkoholia?</p> <p><i>Refleksiivinen kysymys:</i> Mikä merkitys tärkeillä tapahtumilla xx on elämässäsi? Mikä merkitys tupakoinnilla / alkoholin käytöllä on sinulle?</p>
muutoshaasteita käsitteleviä kysymyksiä nuorille	<p><i>Sirkulaarinen kysymys:</i> Millaisista elämän kohokohdista haaveilet tai millaisia pyrkimyksiä sinulla on? Haluaisitko välitöntä muutosta tilanteeseen? Millaisia pyrkimyksiä sinulla on tupakoinnin tai alkoholin käytön suhteen? Haluaisitko välitöntä muutosta tilanteeseen?</p>
muutosvalmiutta ja muutoksen suunnittelua käsitteleviä kysymyksiä nuorille	<p><i>Refleksiivisiä kysymyksiä:</i> Mitä tavoitteita sinulla on? Millaisiksi koet voimavarasi? Suunnitellaanko muutos? Mistä aiot aloittaa? Miten aiot toimia? Millainen on ulkopuolisen avun tarve? Milloin aiot toteuttaa? Miten olet toiminut? Mitä palveluja olet käyttänyt? Millaisia tunteita ja mielialoja on ilmennyt? Millaista ulkoista palautetta olet saanut?</p>
arvioijan tunnistetiedot, keskusteluun käytetty aika	<p><i>Arviointitiedon keruu:</i> Nuoren koodi, ammattihenkilön nimi ja koulutus Aika x tuntia</p>
tyypilliset ajattelu- ja toimintatavat th:n arvioimana	<p>Käsitys asiakkaan tavasta tarkastella yleistä terveydentilaansa, elämisen tapojaan ja elämönhallintavalmiuttaan Ennuste asiakkaan tavasta lähteä mukaan itsehoidolliseen muutosprosessiin</p>
nuoren palaute haastattelusta	<p>Arvio keskustelun hyödystä asiakkaalle Mitä hyötyä Sinulle oli tästä keskustelusta? Mitä haluat kertoa päättäjille ja palvelujen tuottajille? Mitä mieltä olet keskusteluun kuluneesta ajasta?</p>
haasteita palvelujärjestelmän kehittämiselle, th ja nuori	<p>Toiminta- ja terveystuotokuvaohjelmien toteuttaminen, verkostoituminen, päättäjät ja palvelujen tuottajat, kouluttajat, tiedottaminen, markkinointi</p>
terveydenhoitajan työn itsearviointi	<p>Ammatillinen toiminta Oppiminen asiakastilanteesta</p>

4.4.3 Mittaustulosten arviointiperusteiden kehittäminen

Interventiivisen haastattelun periaatteena on vastausten pisteyttäminen ja tulosten tulkinta haastattelutilanteessa. Haastattelija voi piirtää myös profiileja. Lisäksi menetelmään kuuluu tietojen prosessointi haastateltavan toimintatyyleistä ja voimavaroista sekä haastattelun lopuksi intervention arviointi. (vrt. Tomm 1987a, b, Furman 1988, Mattus 1994, Meltaus & Pietilä 1998.) Tehtävää varten terveydenhoitajat tarvitsivat haastatteluaineiston arviointiperusteita. Käytännöllinen tavoite hankkeessa oli poimia eniten tukea tarvitsevat nuoret koulun järjestämälle toimintakurssille. Toimintakurssi tarkoitti kyseisen peruskoulun opetussuunnitelmassa olevaa vapaasti valittavaa oppikurssia.

Arviointiperusteiden kehittäminen on verrattavissa kriteeriperusteisen mittaamisen kriteeriviitteiden määrittämiseen. Kun yksilön suoritusta tulkitaan suhteessa hyvin määriteltyihin tavoitteisiin tai pätevyYTEEN, eikä toisiin yksilöihin, on kysymyksessä kriteerimittaus. Terveysvalinnoilla mitataan yksilön tyypillistä käyttäytymistä eli sitä, mitä ihmiset yleensä tekevät tai päättävät jättää tekemättä. Tällöin mitataan käyttäytymiseen liittyvää omaa arviota tai tunnetta ja yritetään saada vastaajat kuvaamaan tapaa, jolla he tavallisesti kokevat itsensä tai käyttäytymisensä. (vrt. Glaser & Strauss 1967, Brink & Wood 1990, Waltz *et al.* 1991.)

Haastatteluaineiston arviointiperusteiden määrittäminen Kainuulaisten nuorten terveystuotokuva –hankkeessa oli prosessi, joka noudatteli mittarin teoreettisten lähtökohtien kehittymistä. Ensimmäisiä kirjallisia arviointiperusteita (taulukko 13) kokeiltiin, kun valittiin seitsemän luokan oppilaista erityistä tukea tarvitsevat nuoret koulun toimintakurssille. Terveystuotokuva eivät käyttäneet arviointiperusteita haastattelutilanteessa, vaan minä tutkijana käytin niitä dokumentoidun aineiston tulkintaan jälkeenpäin. Arviointi perustui nuorten ajattelu- ja toimintatapojen terveyttä edistävien ominaisuuksien ja muutosvalmiuden tunnistamiseen. Vastaukset tulkitsin arviointiperusteilla ja pisteytin järjestysasteikolle -2 - +2. Tällä asteikolla pyrin erottelemaan nuorten vastauksia. Arviointiperusteilla pisteytin 24 nuoren haastatteluaineiston.

Taulukko 13. Terveysmuotokuvamittarilla kerätyn haastatteluaineiston arviointiperusteet nuorten ajattelu- ja toimintatapojen terveyttä edistävien ominaisuuksien ja muutosvalmiuden tunnistamisen perusteella.

Pisteet	Arviointiperusteet	Selitykset
- 2	terveyttä kuluttava	nuori ei osaa / halua määritellä ajattelu- ja toimintatapojaan, toimii epäterveellisesti
- 1	terveyden uhkia	nuoren ajattelu- ja toimintatapa voidaan tulkita terveyden uhkia sisältäväksi
0	muutosvalmiuden tunnistaminen	nuorella on haaveita tai hän ilmoittaa tai hän ilmoittaa haluavansa välitöntä muutosta, pysähtyy miettimään tavoitteita, voimavarojaan ja sitoutumista
1	itsehoidollisen muutoksen suunnittelu	nuori tekee muutossuunnitelman, jossa määritellään muutoksen toteutus ja arviointi
2	terveyttä edistävä	nuoren ajattelu- ja toimintatavat voidaan tulkita terveyttä edistäväksi ja asiakas ilmaisee tyytyväisyyttä

Esimerkkinä arviointiperusteiden käytöstä piirsin kahden toimintakurssille suosittelemamme nuoren *terveysmuotokuvan* (liite 8). Terveysmuotokuvien tulkintani oli seuraava:

”Molemmilla nuorilla on terveydentilassa terveyden uhkia: elimistön toiminnan ongelmia, sairauksien oireita ja toisella ryhtiongelma. Elämisen tavoista ravintotottumuksissa on parannettavaa ja toisella nautintoaineiden käyttö sisältää terveyden uhkia. Puhtaudessa ja pukeutumisessa on molemmilla haasteita. Voimavaroja on harrastuksissa ja koulutyön arvostamisessa. Henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin nämä nuoret eivät osaa ottaa kantaa. Toinen nuorista miettii muutosta nukkumistottumuksissaan. Sukupuolisuuden ilmaiseminen tuottaa vaikeuksia. Toisella nuorista ei ole omaa tilaa kotona ja kouluympäristökään ei tyydytä. Molemmat pitävät kotiympäristöstään asuinalueena. Ystävyysuhteissa on nuorilla vaikeuksia, toinen ei koe saavansa arvostusta koulussa ja toinen ei kotona, koulussa, eikä ystäväpiirissä. Nuoret suhtautuvat rajoituksiin elämässään myönteisesti ja kokevat löytävänsä uusia mahdollisuuksia. Elämönhallintavalmiuden osalta ilmenee, että elämäntyylissä on kehittymishaasteita ja toinen tunnistaa stressiä aiheuttavia tekijöitä. Minäkuvaan, mielialaan ja riippuvuussuhteisiin liittyviä terveyden uhkia on molemmilla. Muutoshalukkuuttaan molemmat nuoret ilmaisevat tarpeessaan tulla toimintakurssille.”

Yhteenvetona totesin, että näiden nuorten elämänhallintavalmiuksissa, elämisen tavoissa ja terveydessä on sellaisia kehittymishaasteita, että molemmat nuoret tarvitsevat erityistä tukea. Nuorille voisi olla hyötyä ohjasta ryhmätoiminnasta, jossa nämä nuoret voisivat päästä esille jollakin erityisvastuualueella tai ryhmien vastuuhenkilöinä. Nuorilla näyttää olevan koulussa vaikeuksia, ehkäpä ongelmakäyttäytymistä. Molemmat arvostavat kuitenkin oppimista. Hyväksytyksi tuleminen ja arvostuksen saaminen on ongelma. Nuorten minäkuva ja mieliala kaipaavat voimaantumista ja aikuisten tukea. (vrt. Antonovsky 1987, Söderqvist & Bäckman 1988, Pietilä 1994).

Esittelin terveystuotokuvat kouluterveydenhoitajalle, kuraattorille ja erityisopettajille. Heidän kanssaan poimittiin toimintakurssille erityistä tukea tarvitsevat nuoret. Mukaan kurssille otettiin myös itse ilmoittautuneet. Mittaustulokset tukivat pääosin terveydenhoitajan ja erityisopettajien käsitystä tukea tarvitsevistä nuorista. Terveystuotokuvien perusteella voitiin tehdä johtopäätöksiä nuorten elämänhallintavalmiuksista, terveydestä ja elämisen tavoista sekä niiden välisistä yhteyksistä. Niistä oli tulkittavissa myös nuorten vahvuudet ja kehittymishaasteet. Tuen tarve kohdistui erityisesti nuorten itsetuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin, mikä otettiin huomioon toimintakurssin sisällön suunnittelussa. Arviointiperusteet erottelivat melko hyvin ajattelu- ja toimintatavoiltaan erilaisia nuoria.

Mittarin teoreettisten perusteiden kehittämisen toisessa vaiheessa laadin arviointiperusteet nojautuen ihmisenä kasvun teoriaan (vrt. Parse 1992). Tavoitteena oli arvioida jokainen keskusteltava aihe 5 -portaisella asteikolla -2 - +2 ja piirtää nuoren terveystuotokuva. Arviointiperusteissa korostuivat terveys ja itsehoidollinen muutosprosessi (liite 7). Terveystuotokuvat eivät olleet kirjanneet haastatteluaineistoa niin systemaattisesti ja tarkasti, että arviointiperusteita olisi voitu kokeilla. Haastattelujen nauhoittamisesta olisi ollut hyötyä. Terveystuotokuvat kokivat Parsen teorian perusteella laaditut arviointiperusteet vaikeiksi aineiston tulkinnessa haastattelutilanteessa ja sen vuoksi niistä luovuttiin.

Kolmannessa ja neljännessä vaiheessa (liite 7) jatkui 5 -luokkaisten arviointiperusteiden edelleen kehittäminen arviointiperusteina terveyttä edistävä käyttäytyminen ja itsehoidollinen muutosprosessi. Muutin mitta-asteikon 7 -portaiseksi asteikolla -3 - + 3 ajatellen sen erottelevan paremmin nuorten ajattelu- ja toimintatapojen tasoja. Kokeilin terveystuotokuvien piirtämistä toimintakurssille valittujen nuorten ryhmässä ja totesin, että mitta-asteikon portaiden lisääminen ei parantanut erottelukykyä.

Viidennessä kehittämisen vaiheessa (taulukko 14) mittarin taustateoriaksi tarkentui Antonovskyn (1987, 1991, 1993, 1996) terveystuotokuvien malli, jossa pääpaino on ihmisen voimavaroissa. Laadin arviointiperusteet voimavarojen ja niitä kuluttavien tekijöiden typologiaa mukailen (vrt. Pel-

konen 1995). Voimavaroja voi olla paljon tai vähän, samoin kuin kuluttaviakin tekijöitä. Kuluttavien tekijöiden tilalle valitsin käsitteeksi kehittymishaasteet. Ristiintaulukoin voimavarat ja kehittymishaasteet neljään kenttään.

Taulukko 14. Terveysmuotokuvamittarilla kerätyn haastatteluaineiston arviointiperusteet voimavaroja ja niitä kuluttavien tekijöiden typologiaa mukailten (vrt. Pelkonen 1995).

Pis- teet	Arviointiperusteet	Selitykset
1	sairausten oireita tai sairastunut	Nuori kokee pahoinvointia, on uupunut: ei selviydy itsenäisesti ja tarvitsee pikaisesti apua
2	voimavaroja vähän, kehittymishaasteita paljon	Nuori on lähes uupunut: uusi voimia kuluttava tekijä tai voimavarojen äkillinen väheneminen voi muuttaa nuoren tilanteen hyvin vaikeaksi, korkean haavoittuvuuden tilanne, tarvitsee tukeaa selviytyäkseen
3	voimavaroja vähän, kehittymishaasteita vähän	Nuori on lähellä riskitilannetta: voimavarat ovat niukat, hän ponnistelee selvitäkseen vaatimuksista ja saattaa tuntea avuttomuutta, tuntee selviytyvänsä jotenkin, kun tietää saavansa tarvitsemansa tuen
4	voimavaroja paljon, kehittymishaasteita paljon	Nuorella on melko hyvät mahdollisuudet selviytyä itsenäisesti ilman vaikeuksia vaikka kuormittavien tekijöiden määrä on lisääntynyt elämässä tapahtuneiden muutosten vuoksi, saattaa tarvita tukeaa
5	voimavaroja paljon, kehittymishaasteita vähän	Nuorella on vakaa elämäntilanne: hänellä on paljon erilaisia fyysisiä, persoonallisia, sosiaalisia ja aineellisia voimavaroja, hänelle itsenäinen selviytyminen on haaste

Henkilö, jolla on paljon erilaisia voimavaroja (fyysisiä, persoonallisia, sosiaalisia, aineellisia) ja kehittymishaasteita vähän, on melko turvattu, hänen elämäntilanteensa on vakaa ja hän kokee elämän ja itsenäisen selviytymisen haasteellisena (pisteet 5). Vaikka kehittymishaasteiden määrä lisääntyisi, esimerkiksi elämäntilanteessa tapahtuisi muutos, sairastuminen, hänellä olisi melko hyvät mahdollisuudet selviytyä itsenäisesti ilman että elämän perusteet järkkäyisivät (pisteet 4). Jos voimavarat ovat niukat, ihminen on lähellä riskitilannetta, vaikka kehittymishaasteitakin olisi vähän. Hän joutuu ponnistelemaan elämäntilanteen vaatimuksista, saattaa tuntea avuttomuutta ja haavoittuvuus on vaarana lisääntyä (pisteet 3).

Tarvitaan vain jokin uusi voimia kuluttava tekijä tai voimavarojen äkillinen vähentyminen, niin tilanne voi muuttua vaikeaksi ja ihminen tuntee olevansa lähes uupunut. Tällöin ihminen on tietoinen, että hänen kykynsä ovat vähentyneet eikä hän selviä haasteellisista tai uhkaavista ympärillään olevista tekijöistä (pisteet 2). Viidenneksi luokaksi lisäsin sairastumisen ja uupumisen tilanteen, jossa nuori ei selviydy itsenäisesti ja tarvitsee pikaista apua (pisteet 1). Terveystieteiden tutkijat käyttivät näitä arviointiperusteita viitteellisinä antaessaan suullista palautetta nuorelle haastattelun lopussa ja tehdessään kirjallista yhteenvetoa laadunarviointiosiossa. He eivät pisteyttäneet nuorten tyypillisiä ajattelu- ja toimintatapoja eivätkä myöskään piirtäneet havainnollistavia terveystuotokuvia. Tämä tehtävä jäi minulle tutkijana. Ajatustyöni on jatkunut tämän tutkimuksen tekemiseen saakka.

4.5 Terveystuotokuvamittarin teoreettinen kokoaminen

4.5.1 Terveystuotokuvamittarin luonnoksen arviointia kokeilun tulosten perusteella

Kainuulaisten nuorten terveystuotokuva –hankkeessa toteutetussa kokeilussa kouluterveydenhoitajat (4) keräsivät empiiristä tietoa mittarin soveltuvuudesta yläasteen nuorten (n=118) terveyden edistämiseen ja sen käyttökelpoisuudesta kouluterveydenhoitajan työssä. Mittarin *soveltuvuuden* arvioimiseksi he selvittivät 1) kuinka hyödylliseksi nuoret arvioivat mittausmenetelmän, 2) mittarin osat, jotka ovat nuorille vaikeita ymmärtää tai joita nuoret pitävät epämiellyttävänä, 3) millainen kysymysten järjestys on vastaajien kannalta tarkoituksenmukainen ja 3) miten yläasteen nuoret kokevat terveystarkastuksessa tavallista pitempään kuluvan ajan. Mittarin *käyttökelpoisuutta* terveydenhoitajat arvioivat määrittelemällä 1) kuinka paljon heidän työaikaan kuluu mittarin käyttöön, 2) kuinka hyödylliseksi he arvioivat haastattelumenetelmän ja 3) tuottaako mittari tietoa, jossa on riittävästi vaihtelua ts. erotteleeko mittari mittauksen kohteesta eri tasoja. (vrt.

Polit & Hungler 1995, Hirsjärvi ym. 1997.) Kokeilun tuloksista on laadittu erillisiä raportteja (Oikarinen & Eirola 1999, Oikarinen 2001). Esittelen seuraavaksi empiirisen osan päälöydökset terveydenhoitajien keräämän arviointiaineiston pohjalta ja kuvaan tämän tutkimuksen tuloksena kiteytyvän terveystuotokuvamittarin nuorten terveyden edistämiseen.

4.5.1.1 Mittarin soveltuvuus nuorten terveyden edistämiseen

Kokeilun toteuttaneet kouluterveydenhoitajat kuvasivat mittausmenetelmän hyödyllisyyttä siitä näkökulmasta, millaisiksi he arvioivat nuorten terveystuotokuvamittarin ja mitä johtopäätöksiä he tekivät nuorten elämäntilanteesta ja terveydestä. Tulosten arvioinnit sisällönanalyysillä ja laskin prosenttija-kaumat. Analyysissä muodostui kaksi erityyppistä ryhmää, *itsestään riittävästi huolta pitävät nuoret ja nuoret, joilla on terveyden uhkia elämässään*. Tuloksista ilmeni, että noin 60 % nuorista (n = 118) pitää riittävästi huolta itsestään. Heitä kuvaa hyvä itsetunto, myönteinen elämäntilanne ja pitkäjännittäisyys. Heillä on kykyä ottaa vastuuta, taitoa ilmaista itseään ja he ovat kiinnostuneita terveydestään. Nuoret tunnistavat terveyden ylläpitämiseen vaikuttavia tekijöitä ja he ovat innostuneita hoitamaan terveyttään, mikä ilmeni tietoisina terveystuotokuvamittareina. Heidän elämäntilanteensa ovat yleensä terveyttä edistäviä, joskin heillä saattaa olla tupakka- ja alkoholikokeiluja. Toisaalta nuorilla on selkeät mielipiteet nautintoaineista ja tietoa niiden vaaroista. Elämäntilanne heillä on yleensä vakaa. Vaikeissa elämäntilanteissa he osaavat ilmaista tunteitaan sanallisesti ja ottaa oppia elämäntuotokuvamittareistaan. Nuoret kokevat, että heidän annetaan itsenäistyä perheissä ja heistä pidetään huolta. Tällaiset nuoret ovat aktiivisesti muutosta etsiviä, tiedonhaluisia ja muuntautumiskykyisiä. Heillä on kykyä toimia itsenäisesti. (Oikarinen & Eirola 1999.)

Eriasteisia terveyden uhkia elämässään oli 40 %:lla haastatelluista 118 nuoresta. Haastattelutilanteessa nämä nuoret eivät syventyneet elämäntilanteesta ja terveyttä koskeviin asioihin. He halusivat pikemminkin tulla keskustelemaan. Nuoret kuvasivat elämänsä ”pinnallisesti”. Heitä kuvaa mukavuudenhalu ja he antavat helposti toisten hoitaa asioitaan. Elämää hallitsee hauskanpito, elämäntilanne on monilla pessimistinen ja kohokohtia on vaikea huomata omasta elämäntilanteesta. Koulunkäynti kiinnostaa vaihtelevasti ja sosiaalisessa kanssakäymisessä saattaa olla ongelmia. Nuoret osaavat arvioida heikosti elämisen tapojen ja terveyden välistä yhteyttä. Heillä on itsestään riittävästi huolta pitävää ryhmää enemmän tupakka- ja alkoholikokeiluja, jotka ovat monilla muuttumassa tai jo muuttuneet viikonloppuisin ja juhlapäivinä tapahtuvaksi säännölliseksi käytöksi. Nämä nuoret eivät ole kovinkaan kiinnostuneita elämisen tapojensa ja terveystuotokuvamittarin

muuttamisesta ilman vanhempien, ystävien, opettajien, kouluterveydenhoitajan tai muun ammattihenkilön tukea. He kertoivat joskus yrittäneensä, mutta todenneet aikomuksensa jääneen toteuttamatta. Joidenkin nuorten elämäntilanteissa ilmeni ihmissuhdeongelmia, kuten vaihtuvuutta ystäväpiirissä ja lähimpien ystävien puutetta. Perheissä tehtiin asioita nuorten puolesta. Perheissä esiintyi alkoholiongelmia sekä avioeroja enemmän kuin toiseen ryhmään kuuluvien nuorten perheissä. (Oikarinen & Eirola 1999.)

Molempien ryhmien nuoret pitivät terveystuotokuvamittaria melko hyvin soveltuvana kouluterveystarkastuksiin. Haastattelun teemat ja kysymykset olivat pääasiassa hyviä, varsinkin itsetuntoa käsittelevät kysymykset. Mukana oli seitsemäsluokkalaisten nuorten mielestä myös kiperiä kysymyksiä. Näitä olivat minäkuvaan ja henkisiin tarpeisiin liittyvät kysymykset. Erityisen vaikeaa oli löytää asioille merkityksiä. Yhdeksäsluokkalaiset eivät pitäneet enää mitään teemaa vaikeana. Kysymysten määrää nuoret pitivät hyvänä. Kysymysten vähentäminen ja keskusteleminen pelkästään mittarin teemojen perusteella olisi ollut nuorten mielestä vielä vaikeampaa käsitteiden vaikeuden ja asioiden vierauden vuoksi. Nuoret sanoivat, että he eivät yleensä tule jutelleeksi tällaisista asioista. Joidenkin mielestä kaikki aiheet olivat hyviä ja muutaman mielestä jopa puolet oli turhia aiheita. Nuoria loukkaavia tai epämiellyttäviä teemoja terveystuotokuvamittarissa ei ilmennyt. Nuoret olivat tyytyväisiä teemojen käsittelyn järjestykseen, jossa suoritettiin ensin terveydentilan mittaukset ja niistä keskustelu, sitten keskityttiin elämisen tapoihin ja viimeiseksi elämönhallintavalmiuksiin. Lähes kaikki nuoret halusivat antaa palautetta kouluyhteisön ja harrastustoiminnan kehittämiseksi. Yleensä nuoret olivat tyytyväisiä omaan kouluunsa ja pitivät tärkeänä oppimista tulevaisuuttaan varten. (Oikarinen & Eirola 1999.)

Keskustelun hyötyinä seitsemäsluokkalaisista 74 % arvioi, että he oppivat tuntemaan itseään paremmin ja helpotti, kun sai jutella. Moni heistä sanoi ryhtyneensä kunnolla ajattelemaan elämäänsä. He kertoivat saaneensa lisätietoa terveydestä ja oppineensa vastaamaan kysymyksiin. Nuoret totesivat, että jatkossakin he uskaltaisivat tulla juttelemaan kouluterveydenhoitajan kanssa, kun tietävät, mistä asioista hänen kanssaan voi puhua. Kahdeksannella luokalla keskustelua piti hyödyllisenä 65 % ja yhdeksännellä 55 % oppilaista. Syyksi hyödyllisyyden vähenemisen nuoret pitivät kolmena peräkkäisenä vuotena toteutettua haastattelua, koska se ei ole nuorten mielestä liian tiheästi toteutettuna mielekäs. Tutkimusaineiston keruun vuoksi he kuitenkin halusivat tulla. Sekä nuorten että terveydenhoitajien mielestä menetelmää kannattaa kehittää, mutta keskustelun ajoitusta tulee miettiä. (Oikarinen & Eirola 1999.)

Haastatteluun kului aikaa seitsemännellä luokalla 1 - 2 tuntia, useimpien 1,5 tuntia, kahdeksannella luokalla noin tunti ja yhdeksännellä luokalla

keskimäärin 45 minuuttia. Ajankäytön vaihteluun vaikutti monta tekijää, muun muassa terveydenhoitajien alkuvaiheen kokemattomuus haastattelijoina ja nuoren halu keskustella tai olla keskustelematta. Mahdollinen ”rutinoituminen” haittasi myös vastaamaan keskittymistä. Tämän uhan nuoret tunnistivat itse. Suurin osa nuorista (85 - 94 %) piti kuitenkin aikaa sopivana ja osa heistä jopa lyhyenä. Nuoret perustelivat mielipidettään ajankäytöstä. Kun antautuu keskusteluun täydellä teholla, ei ajankulua huomaa. Nuoret kokevat hyväksi sen, että terveystarkastuksessa on aikaa keskustella rauhassa ja on kiva, kun joku kuuntelee. Harvojen mielestä (5 %) oli mukavampaa keskustella kuin olla tunnilla. Muutamat (5 %) puolestaan olisivat halunneet olla mieluummin oppitunnilla. Häiriöitä keskittymiseen aiheuttivat ruokatunnin, mielenkiintoisen oppitunnin, kokeen tai kotiin lähdön läheisyys. Jotkut olivat puolestaan erittäin kiinnostuneita, miten heidän ajattelu- ja toimintatapansa olivat muuttuneet kasvun ja kehityksen myötä. (Oikarinen & Eirola 1999.)

4.5.1.2 Mittarin käyttökelpoisuus kouluterveydenhoitajan työssä

Terveystarkastusprosessiin kului kokeilussa terveydenhoitajien työaikaa keskimäärin kaksi tuntia oppilasta kohti. Aikaa tarvittiin terveystarkastuksen suunnitteluun, nuorten terveydenhoitokertomuksiin tutustumiseen, terveystarkastusaikojen ja rauhallisten haastattelutilojen järjestelyyn, haastattelun toteuttamiseen, kirjaamiseen terveydenhoitokertomuksiin sekä kirjalliseen arviointiin. Aika oli yli kaksinkertainen aikaisempiin terveystarkastuksiin verrattuna. Vähitellen opittiin myös haastattelutilanteiden ajankäytön kontrollointia ja arviointia. Joskus terveydenhoitajat joutuivat asettamaan rajoja tai hoputtamaan puheliasta nuorta pysymään aiheessa, toisinaan he taas saivat houkutella ja rohkaista nuorta ilmaisemaan itseään. Terveydenhoitajat tarvitsivat aikaa myös ammatilliseen kokemusten jakamiseen ja nuorten vaikeiden elämäntilanteiden pohdintaan. Työpäivän aikana he ehtivät toteuttaa kolmesta neljään haastattelukokonaisuutta.

Terveydenhoitajat kokivat interventiivisen haastattelumenetelmän vaikeaksi, mutta haastavaksi. Haastattelutilanne edellytti keskittymistä ja tilanteen rauhoittamista. Ammatillista osaamista ei osattu aluksi hyödyntää riittävästi, kun pitäydyttiin liikaa mittarin valmiiksi laadituissa kysymyksissä. Tällöin luontevuus kärsi ja haastattelu tuntui töksähtelevältä. Muutaman terveystarkastuksen jälkeen keskustelusta tuli pohtiva, haastattelutekniikka alkoi sujua ja kysymysten muotoilu helpottui. Eniten vaikeuksia tuotti yksilöllisten kysymysten muotoilu nuorelle. Jotkut seitsemäsluokkalaiset eivät ymmärtäneet aihealueita, jolloin haastattelija sai ponnistella selittäessään omin sanoin, mitä kysymykset tarkoittivat. Osa mittarin kysymyksistä oli

terveydenhoitajien mielestä päällekkäisiä tai ainakin epäloogisessa järjestyksessä.

Menetelmän oppiminen lisäsi terveydenhoitajien onnistumisen tunnetta ja helpotti ammatillisen vuorovaikutustilanteen syntymistä. Tärkeää oli oppia kuuntelemaan nuorta. Useimmilla nuorilla oli vakaa elämäntilanne, mutta joillakin oli jo raskaita menetyksien kokemuksia, kuten avioero perheessä, kuolema, vakavat sairaudet perhepiirissä tai itsellä. Nuoret olivat myös persoonina erilaisia: jotkut avoimen pohtivia, jotkut melko lukkiutuneita ja muut siltä väliltä. (Oikarinen & Eirola 1999.)

Terveydenhoitajien mielestä menetelmässä korostuivat vuorovaikutustaidot. Hyvin erilaisia nuoria kohdattaessa tuli olla avoin, sillä osa nuorista oli murrosiässä tai tulossa murrosikään. Terveydenhoitajat kirjoittivat vuorovaikutuksen haasteellisuudesta:

”Nuorten kykyyn keskustella tulee luottaa, sillä nuoret ovat kiinnostuneita elämänsä perusasioista. Monet nuoret osaavat pohtia elämänhallintaansa ja terveyttään syvällisesti. Nuori kertoo vääristynyttä totuutta eli sitä, mitä uskoo terveydenhoitajan haluavan kuulla, jos ei synny luottamusta ja ellei terveydenhoitaja ota nuorta vakavasti. Keskustelu nuoren kanssa on antoisaa, kun motivoi itsensä niin, ettei tyrkytä nuorelle ajatuksiaan. On aina muistettava miettiä, miten keskustele ja ohjaa nuorta, ettei loukkaa häntä, eikä suuretele tai vähättele asioita. Joskus tuntuu kokeneestakin terveydenhoitajasta, ettei tiedä mitään ja ahdistaa nuoren edessä. Omia ennakoasenteita ja stereotyyppioita tulee pohtia. Avoimuus on valttia.” (Oikarinen & Eirola 1999, esipuheen jälkeinen sivu.)

Terveydenhoitajat eivät piirtäneet nuorten terveystuotokuvia arviointikriteerien perusteella, vaan he arvioivat haastattelussa syntyneen näkemyksensä perusteella vaihtelevasti terveystuotokuvien ymmärrettävyyttä, hallittavuutta ja merkityksellisyyttä sekä nuoren tyytyväisyyttä elämään ja ihmissuhteisiin. Terveystuotokuvien arvioinnin hyötynä terveydenhoitajat pitivät sitä, että se auttoi heitä valitsemaan nuoren tarpeita vastaavat terveyden edistämisen menetelmät. Jos nuorella ilmeni kehittymishaasteita paljon ymmärrettävyydessä, he päättelivät nuoren tarvitsevan lisää tietoa. Jos haasteet olivat hallittavuudessa, painottui menetelmissä itsehoitotaitojen opettaminen. Jos haasteet olivat merkityksellisyydessä, nuoren katsottiin tarvitsevan motivoivaa keskustelutukea ja pysähtymistä pohtimaan terveydenvalintoja ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Jos nuori koki negatiivisia vaikutuksia elämässään tai ihmissuhteissaan millä tahansa toiminnan alueella, terveydenhoitajat pitivät tärkeänä ulottaa keskustelu ja toimenpiteet laajasti nuoren elämänpiiriin. (vrt. Antonovsky 1987.)

Terveydenhoitajille tuotti aluksi vaikeuksia terveyden edistämistyön laadun arviointi ja oman oppimisen reflektointi jokaisen terveystarkastuksen jälkeen. Yhteenvedon kirjaaminen ja itsearviointi olivat uusia asioita, joiden oppiminen vei oman aikansa. Ilman jatkuvaa itsearviointia menetelmän käytön vaaraksi terveydenhoitajat tiedostivat rutinoitumisen kysymysten esittämiseen ja kuuntelun unohtamisen. Terveyden edistämistyön laadun arviointi tuotti kehittämishaasteita koulun opetustyöhön, kasvatukseen, yhteiskunnalliseen tehtävään sekä kouluterveydenhuoltoon. Näin menetelmä lisäsi nuorten osallistumista ja vaikutusmahdollisuuksia itseään koskevaan päätöksentekoon terveyttä edistävän koulun kehittämiseksi. (Oikarinen & Eirola 1999.)

Terveydenhoitajien mielestä menetelmä oli edelleen kehittämisen ja testaamisen arvoinen. Nuorten voimavarojen monipuolinen tarkastelu sopisi nuorten kehityksen suuriin muutosvaiheisiin nuorten siirtyessä ala-asteelta yläasteelle ja ammatinvalinnan ohjauksen alkaessa kahdeksannella luokalla. Jos haastattelu suoritettaisiin seitsemännellä luokalla terveydenhoitajien toteuttamissa terveystarkastuksissa, terveydenhoitajalle jäisi aikaa analysoida tulokset ja ne olisivat käytettävissä kahdeksasluokkalaisten nuorten ammatinvalinnan ohjauksessa ja terveystarkastuksessa, jossa ovat mukana lääkäri ja nuoren vanhemmat. (Oikarinen & Eirola 1999.)

Kokeiluun kuului myös hankkeesta tiedottaminen. Esittelin terveystuotokuvamittarin kehittämisen vaiheita laajasti hankkeeseen osallistuville. Hanketta esiteltiin postereina suomalaisissa terveystieteen konferensseissa ja siitä kirjoitettiin artikkeleita lehtiin ja julkaisuihin (vrt. Eirola & Oikarinen 1995, Oikarinen ym. 1997, Oikarinen & Eirola 1999, Mäntymaa 2000). Yksi artikkeli oli referoitu tieteellinen kirjoitus terveystuotokuva – käsittejärjestelmästä (Pietilä ym. 1998). Tällä tavalla hankittiin palautetta terveystuotokuvamittarin kehittämisen tarkoituksenmukaisuudesta. Palaute on ollut uteliaan kannustavaa.

4.5.1.3 Mittarin kehittämiskohteet nuorten ja kouluterveydenhoitajien arvioimina

Terveystuotokuvamittari ja interventiivinen haastattelumenetelmä osoittautuivat kokeilussa kehittämisen arvoisiksi sekä nuorten että terveydenhoitajien arviointien perusteella. Menetelmällä voitiin tunnistaa nuorten terveysvalintoja, joihin vaikuttavat elämäntilanne, elämisen tavat, voimavarat, muutosprosessit ja elämänhallintavalmiudet. Terveydenhoitajat tunnistivat erityistä tukea tarvitsevia nuoria. Menetelmä lisäsi nuorten mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa. Lisäksi interventiivinen haastattelu ohjasi terveydenhoitajia työnsä kehittämiseen ja laadun arviointiin.

Terveysmuotokuvamittarin ja interventiivisen haastattelumenetelmän käyttö edellyttää kokeilun tulosten perusteella mittarin ja mittausmenetelmän teoreettisten lähtökohtien hallintaa sekä haastattelumenetelmän perusteellista harjoittelua. Terveystenhoitajat pitivät aluksi interventiivistä haastattelumenetelmää vaikeana ja mittarin kysymysten muotoilun nuorille yksilöllisesti sopiviksi he kokivat hankalaksi. Kehittämiskohteeksi nousi haastattelumenetelmän syvälinen tarkastelu ja siihen liittyvän koulutuksen sekä harjoittelun järjestäminen. Menetelmä perustuu kuunteluun, keskusteluun ja joustavaan kysymysten muotoiluun. Pääasia on, että tarkoitettu interventio toteutuu asiakkaan hyväksi. Mittarin käytössä korostui kokeilun perusteella vuorovaikutuksen laatu. Haastattelujen palautteena nuoret ilmaisivat halunsa keskustella, mutta arvioivat myös, että koulussa ja yleensä aikuisten keskuudessa ei nuorille anneta mahdollisuutta ilmaista vapaasti mielipiteitä eikä heitä kuunnella. Terveystenhoitajat kokivat haasteellisena kuuntelemisen, erilaisten nuorten kohtaamisen ja luottamuksen herättämisen. He tunnistivat, että ammatillisen osaamisen itsearviointista oli hyötyä, vaikka se edellyttikin harjoittelua ja vei paljon aikaa.

Mittaustulosten arviointiperusteiden (vrt. taulukot 14 ja 14, liitteet 5 ja 9) tavoitteena oli erotella tasoja nuorten terveysvalinnoista ja mahdollistaa terveysmuotokuvien piirtäminen. Piirsin alustavia terveysmuotokuvia, joista tein johtopäätöksiä nuorten elämänhallinnasta, terveyden ja elämisen tapojen vahvuuksista ja kehittymishaasteista. Tulosten perusteella koottiin myös koulun järjestämälle vapaasti valittavien opintojen toimintakurssille ryhmä ja suunniteltiin kurssin sisältöjä. Sisältöjen suunnittelussa kiinnitettiin huomiota erityisesti hiljaisiin ja helposti syrjään vetäytyviin oppilaisiin sekä tilannekohtaiseen positiivisen palautteen antoon heikosti menestyville tai epäsosiaalisesti käyttäytyville oppilaille heti, kun pientäkin onnistumista ja yrittämistä on havaittavissa.

Terveysmuotokuvien tietoa voitiin käyttää yksilöllisten terveydenhoitosuunnitelmien laadinnassa ja terveyden edistämisen menetelmien kohdentamisessa eniten tukea tarvitseville. Terveystenhoitajat eivät voineet perehtyä kokeilussa syvälinen arviointiperusteisiin ja niiden perusteella tehtävään aineiston tulkintaan, koska arviointiperusteet kehittyivät ja muuttuivat sitä mukaa kun menetelmä hankkeen aikana täsmentyi. Kehittämiskohteeksi jäi arviointiperusteiden edelleen kehittäminen ja niiden käytön harjoittelu interventiivisen haastattelun periaatteiden mukaisesti suoraan haastattelutilanteissa. Terveystenhoitajat totesivat, että terveysmuotokuvat helpottaisivat haastateltavan ja haastattelijan yhteisen näkemyksen muodostumista haastateltavan vahvuuksista ja kehittymishaasteista.

4.5.2 Tutkimustuloksena täsmentynyt terveystuotokuvamittari nuorten terveyden edistämiseen

Terveystuotokuvamittarin sisältö ja rakenne, ammattityöhön soveltuva mittausmenetelmä ja nuoria asiakkaina hyödyttävien mittaustulosten arviointiperusteet täsmentyivät teoreettisesti realistisen evaluaatioprosessin aikana. Kun perehdyin terveyden edistämisen käsitelmäärittelyihin, mittaamiseen terveyden edistämisen tutkimuksessa sekä nuorten terveyden edistämisen lähtökohtiin, totesin selkeän tarpeen tutkia ja kehittää uusia työvälineitä nuorten ja perheiden tukemiseen.

Koulujen haasteena on ekofyysisesti, psykososiaalisesti ja pedagogisesti terve koulu, joka vastaa terveyden edistämisen tavoitteeseen Terveys 2015 – kansanterveysohjelman mukaisesti. (vrt. Vornanen 2000, STM 2001, Hyry-Honka 2004, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, Ylipulli-Kairala 2005.) Terveystieto uutena oppiaineena antaa kouluille mahdollisuuden laaja-alaiseen terveyden edistämistyöhön (mm. Kuula 2000, Karvinen & Savola 2004, Kinnunen ym. 2004, Tyrväinen 2004, Lintunen & Kannas 2005, Kuusela 2005, Suikkanen 2005). Kouluterveydenhuollon tehtävänä on toimia terveyden edistämiseksi, niin yksilö- ja ryhmä- kuin yhteisötasolla, yhteistyössä perheiden, koulun ja nuorten elämänpiirin vaikuttajien kanssa. Lisäksi kouluterveydenhuollon vastuulla on tutkia ja tuoda esiin päätöksenteon vaikutuksia ihmisiin. Monet tutkimustulokset (Simoila 1994, Pelkonen 1995, Peltari 1997, Lohiniva 1999, Bräutigam 2004, Ryttyläinen ym 2004, Tossavainen ym. 2004, Tupala ym. 2004, Paasivaara 2005) osoittavat, että terveyden edistäminen ei uudistu, ellei opettaja- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta uusita. Tarvitaan näyttöön perustuvaa työtettä, vaikuttavuuden arviointia sekä koulun terveystasvatusta ja hyvinvointia kehittäviä hankkeita. (vrt. taulukko 1.)

Terveystuotokuvamittarin sisältöalueiden ja rakenteen teoreettiset perusteet

Mittarin kehittämisen vaiheiden kuvaaminen ja käsitteiden määrittely tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttävästi edellyttää sisällön validiteetin perusteluissa onnistumista. Osa laadullisen tutkimuksen aineiston arvosta muodostuu sen merkityksellisyydestä ja pätevyydestä tutkimuskysymysten ja tutkimustulosten suhteen (Anttila 2005). Tutustuminen ajankohtaiseen tutkimukseen oli avartavaa (vrt. Keltinkangas-Järvinen 1996, Kiuttu & Rantanen 1996, Pietilä 1997, Rimpelä ym. 1997, Kyngäs 1999, Savolainen 2001, Eirola 2003, Romanoff 2004, Solantaus 2004, Aarva & Pasanen 2005, Kallio 2005, Laaksonen 2005, Mesiäislehto-Soukka 2005, Myllymä-

ki 2005). Nuorten elämäntyyli, toimintakulttuuri ja kasvuympäristö ovat muuttuneet viimeisten kymmenien vuosien aikana niin paljon, että tutkimustulokset nuorten psykososiaalisten ja mielenterveydellisten ongelmien ja avun tarpeen korostumisesta ovat vakavasti otettavia (vrt. Häggman-Laitila 2003, Friis ym. 2004, Hopia ym. 2004, Kinnunen ym. 2004, Laukkanen & Laukkanen 2004, Savolainen 2004, Nikkinen 2005, Soininen 2005).

Terveysmuotokuvamittarin sisältöalueiden teoreettisen kokoamisen tutkimusaineistoni perusteella esitän taulukoissa 15 a - 15c. Vastaan yhteenvedonomaisesti ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni siitä, mitä sisältöalueita terveysmuotokuvamittariin tulee sisällyttää ja miksi. ICF – luokitusstandardin, nuorten terveyden edistämisen sisältöalueiden (vrt. taulukko 10) ja terveysmuotokuvamittarin kokeiluversion (liite 7) vertailutaulukoista 15 a – 15c on havaittavissa, että nuorille ikäspesifin mittarin sisältöalueet tulee kohdentaa käsitteiltään nuorten terveyteen ja elämänpiiriin soveltuviksi. Luokituksissa eivät painotu nuorille keskeiset terveyden edistämisen sisällöt. ICF – luokitusstandardin käsitteet samoin kuin terveysmuotokuvamittarin kokeiluversion käsitteet ovat yleisellä tasolla. Niiden suora soveltaminen kouluterveystarkastukseen edellyttäisi terveydenhoitajilta jatkuvasti uusiutuvaa nuorten elämän orientaation ja modernin nuoruuden muutosten tuntemusta sekä laajaa perehtyneisyyttä ajankohtaiseen tutkimustietoon.

Tarkennan terveysmuotokuvamittarin sisältöalueet kirjallisuuskatsauksen ja empiirisen aineiston perusteella nuorille tärkeisiin sisältöihin. Sisältöalueiden kohdentaminen ja painottaminen uudelleen on perustelua myös kokeilusta saadun arvioinnin perusteella. Sen mukaan terveydenhoitajilla oli vaikeuksia muotoilla nuorille sopivia kysymyksiä ja toisaalta mittarin sisällössä ilmeni toistoa ja epäloogisuutta sekä sitä käytettäessä että mittarilla kerättyä tutkimusaineistoa analysoitaessa. Sama asiasisältö tuli tarkasteluun useamman kerran haastattelun aikana (vrt. Eirola 1999).

Nuorten terveyden edistämisen sisältöjen ydinasioita ovat mielenterveys ja psykososiaaliset suhteet. Nuorille tärkeä elämänhallintavalmiuksiin vaikuttava psykososiaalinen tekijä on sosiaalisen minän etsiminen. Nuoret kritisoivat auktoriteetteja ja heidän kiinnostuksensa kohteet ovat kodin ulkopuolella. Samanlaisuus ikäisten kanssa korostuu. Nuorilla on tarve yksityisyyteen. He kokeilevat aikuisten käyttäytymistapoja ja tarkkailevat aikuisten arvostuksia. Mielenterveyskysymysten sisältöjä ovat terveenä oleminen, onnellisuus, tyytyväisyys ja hallinnan tunne ihmissuhteissa, sosiaaliset taidot, selviytymisen tunne sekä henkinen tyytyväisyys. (mm. Häggman-Laitila 2003, Friis ym. 2004, Hopia ym. 2004, Kinnunen ym. 2004, Laukkanen & Laukkanen 2004, Savolainen 2004, Nikkinen 2005, Soininen 2005).

Taulukko 15a. ICF – luokitusstandardin suoritusten ja osallistumisen ja nuorten terveyden edistämisen sisältöjen sekä terveystuotokuvamittarin sisällön ja rakenteen vertailu.

ICF – luokitusstandardi	Nuorten terveyden edistämisen sisältö ja rakenne (lähdeviitteet lukujen 1 ja 4.2.2 alakohtineen teksteissä)	Terveystuotokuvamittarin sisältö ja rakenne
<p>Suoritukset ja osallistuminen (oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, kommunikointi, liikuminen itsestä huolehtiminen kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus, keskeiset elämänaalueet, yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä)</p>	<p>Sosiaalinen minä <i>Sosiaalisen aseman etsiminen:</i> auktoriteettien kritisointi, kiinnostus kodin ulkopuolelle, samanlaisuus ikäisten kanssa, yksityisyyden tarve, aikuisten arvostusten ja käyttäytymistapojen kokeilu</p> <p>Mielenterveys <i>Terveenä oleminen:</i> itsenäinen selviytyminen, elämänvirran mukana kulkeminen, persoonallinen olemistapa, kyky rakastaa, kyky leikkiä ja pelata, kyky oppia, kyky tehdä työtä <i>Tyytyväisyys ja sosiaaliset taidot:</i> fyysinen toimintakyky, kyky ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tunnistaa tunnetiloja ja kyky ilmaista niitä sopivalla tavalla, kyky solmia ja ylläpitää ihmissuhteita <i>Onnellisuus:</i> mielihyvä, osallisuus, elämän tarkoitus, mielekkyys, hallinta, arvostus <i>Selviytyminen:</i> kokemus omasta psyykkisestä terveydestä, sopeutuminen itsensä, toisten ja ympäristön kanssa, hallinnan tunne ja onnistuminen läheisissä ihmissuhteissa <i>Henkinen tyytyväisyys:</i> uskonto, mielenrauha, käyttäytymisperiaatteet</p> <p>Terveyksäilykset <i>Terveyttä edistävät:</i> ruokavalio, liikkuminen, hyvän olon tunne, uni, puhtaus, miehistykely, hiljentyminen, elämänmyönteisyys, arkiliikunta, vapaa-ajan harrastukset, elämästä nauttiminen, tasapaino ruumiin ja sielun välillä, hyvät ihmissuhteet <i>Terveyttä heikentävät:</i> puutteet elinoloissa, tupakka- ja alkoholikokeilut, liikunnan puute, kiireinen elämänrytmi, kotitöiden välttely, negatiivinen elämänsäntä.</p>	<p>Elämäntuotokuvamittarin sisältö <i>Minäkuva:</i> elämäntehdävät, elämäntuotokuvamittarin vaihe, perimä, arvot</p> <p><i>Mieliala:</i> elämänsäntä, pelot</p> <p>Ystävyysuhteet ja sosiaaliset kontaktit Hyväksytyksi tuleminen ja arvostuksen saaminen</p> <p>Ulkoisen palaute</p> <p>Luopumiset, rajoitukset ja uudet mahdollisuudet</p> <p>Henkiset ja hengelliset tarpeet</p> <p><i>Elämisen tavat:</i> Liikkuminen ja ulkoinen olemus Unen ja levon välinen tasapaino Ravintotottumukset: ruokavalio, ruokailutottumukset Puhtaus ja pukeutuminen</p>

(jatkuu)

Taulukko 15a. (jatkuu)

ICF – luokitusstandardi	Nuorten terveyden edistämisen sisältö ja rakenne (lähdeviitteet lukujen 1 ja 4.2.2 alakohtineen teksteissä)	Terveysmuotokuvamittarin sisältö ja rakenne
	Oppimisvaikeudet <i>Käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt:</i> levottomuus, koulunkäyntiin sitoutumattomuus, vähäinen nukkuminen	<i>Elämisen tavat:</i> Työ, harrastukset ja oppiminen
	Epäsosiaalinen käytös <i>Riippuvuudet:</i> päivittäinen tupakointi, alkoholin käytön humalahakuisuus, huumeiden kokeilu ja riippuvuus, varhaiset seksuaaliset kokeilut <i>Väkivaltaisuus:</i> aggressiivisuus, pahoinpitelyt, väkivallan pitäminen oikeutettuna ongelman ratkaisuna <i>Nuorisorikollisuus:</i> rikoskäyttäytymisen, omaisuusrikokset, törkeä pahoinpitely, murha, tappo.	<i>Elämisen tavat:</i> Nautintoaineet

Taulukko 15b. ICF – luokitusstandardin kehon toimintojen ja ruumiin rakenteiden ja nuorten terveyden edistämisen sisältöjen sekä terveystuotokuvamittarin sisällön ja rakenteen vertailu.

ICF – luokitusstandardi	Nuorten terveyden edistämisen sisältö ja rakenne (lähdeviitteet lukujen 1 ja 4.2.2 alakohtineen teksteissä)	Terveystuotokuvamittarin sisältö ja rakenne
Kehon toiminnot ja ruumiinrakenteet (elinjärjestelmien anatomiset rakenteet ja fysiologiset toiminnot, joihin luetaan myös psykologiset toiminnot sekä näiden vajavuudet)	Psykologinen minä <i>Luonteen kehittyminen:</i> luonteen pysyvät rakenteet, moraalinen syntyminen, vastuunotto elämästä ja läheisistä, temperamentti / käyttäytymistyyli, looginen ja abstrakti ajattelu, miehen / naisen identiteetti Psykofyysinen kehitys <i>Murrosiän kehitys:</i> sukukypsyys, aktiivinen seksuaalisuus, mielen tasapainon herkkyys, käsitys itsestä ja kehosta	<i>Yleinen terveydentila</i> Elimistön toiminta (koettu terveys) <i>Elämisen tavat:</i> Sukupuolisuuden ilmaiseminen

(jatkuu)

Taulukko 15b. (jatkuu)

ICF – luokitusstandardi	Nuorten terveyden edistämisen sisältö ja rakenne (lähdeviitteet lukujen 1 ja 4.2.2 alakohtineen teksteissä)	Terveysmuotokuvamittarin sisältö ja rakenne
Kehon toiminnot ja ruumiinrakenteet (jatkuu)	<p>Koettu terveys ja psykosomaattiset oireet <i>Oireilu:</i> ylipainoisuus, syömishäiriöinä ahmiminen ja oksentelu, päänsärky, vatsavaivat, jännittyneisyys, ärtyneisyys, univaikeudet, yöheräily, väsymys, hui-mauksen tunne, käsien vapina</p> <p>Terveysongelmat <i>Sairaudet:</i> allergiat, astma, niska- ja har-tiavaivat, selän alaosan kivut, liikenne-ym. tapaturmat, anoreksia, bulimia, väki-vallan seuraukset, itsemurhat</p> <p>Hoitotasapaino <i>Hoitoon sitoutuminen:</i> sisäinen hoitomo-tivaatio, hyväksi koettu hoitotulos, sa-manlaisuuden kokeminen kuin toiset nuoret, muilta saatu kannustus, vanhem-milta saatu tuki, ei pelkoja lisäsairauksis-ta</p>	<p><i>Yleinen terveydentila:</i> Luokkakohtaiset mit-taukset: pituus / paino, murrosiän fyysinen kehi-tys, ryhti, näkö/väri-näkö, tarvittaessa verikokeet, terveyspalvelujen käyttö</p> <p>Sairaudet (oireet / diag-noosit)</p> <p>Hoitomääräykset</p>

Taulukko 15c. ICF – luokitusstandardin ympäristötekijöiden ja nuorten terveyden edis-tämisen sisältöjen sekä terveysmuotokuvamittarin sisällön ja rakenteen vertailu.

ICF – luokitusstandardi	Nuorten terveyden edistämisen sisältö ja rakenne (lähdeviitteet lukujen 1 ja 4.2.2 alakohtineen teksteissä)	Terveysmuotokuvamittarin sisältö ja rakenne
Ympäristöte-kijät (tuotteet ja tek-nologiat, luon-nonmukainen, ympäristö ja ihmisen teke-mät ympäris-tömuutokset, tuki ja keski-näiset suhteet, asenteet, palve-lut, hallinto ja politiikat)	<p>Moderni nuoruus <i>Kaupunkimainen elämäntyyli:</i> tietokone, matkapuhelin, rock, erilaiset nuorisotyyli-t, nuortenlehdet, televisio, DVD ja videot, elokuvat, konsertit, oma raha, kuluttami-nen, joustava käsitys sukupuoli-rooleista ja seksuaalisuudesta.</p> <p>Perherakenteet <i>Ydinperhe:</i> lapsiperhe / vanhemmat avio-liitossa, vanhemmat avoliitossa <i>Pluralistinen perhe:</i> yksinhuoltaja-, sijais-, adoptio- tai maahanmuuttaja-, ha-ja- ja verkostoperhe, isovanhemmat kas-vattajina, samaa sukupuolta olevien pa-risuhdemalli.</p>	<p>Elämönhallintavalmiudet <i>Elämäntyyli:</i> elämän-tyyli, ajankäyttö, koho-kohdat, stressitekijät <i>Elämisen tavat:</i> oma revii-ri ja fyysinen ympä-ristö <i>Riippuvuussuhteet:</i> ympäristösuhteet</p>

(jatkuu)

Taulukko 15c. (jatkuu)

ICF – luokitus-standardi	Nuorten terveyden edistämisen sisältö ja rakenne (lähdeviitteet lukujen 1 ja 4.2.2 alakohtineen teksteissä)	Terveysmuotokuvamittarin sisältö ja rakenne
Ympäristökijät (jatkuu)	<p>Vanhemmus <i>Suhde- ja rooliulottuvuudet:</i> Äitityyppi: tietoiset kasvattajat, yksilöllisyyttä korostavat äidit, ymmärtävää huolenpitoa korostavat äidit ja puuskitaiset äidit. Äitinä olemisen halu vaihtelee äitiydestä kieltäytymiseen saakka. Isätyyppi: perheen auktoriteetti ja perienteinen isä, taustalla tukeva ja toiminnallinen isä, avustava ja vastuutaan korostava isä tai poissaoleva ja otteensa menettänyt isä, biologinen, juridinen, sosiaalinen tai psykologinen isyys.</p> <p>Perhe voimavarana <i>Sosiaaliset ja eettiset tehtävät:</i> perinteiden ja elämänarvojen siirto, hellyyden ja hoivan antaja, rajojen asettaja, fyysisten tarpeiden huolehtija, turvallisuudesta huolehtiminen, tiedon jakaja ja taitojen ohjaaja, tunnelman luoja, useamman lapsen yhtä aikaa huomioija, lasten etujen puolustaja</p> <p>Perheiden kasvatuskulttuuri <i>Perheiden elämönhallinnan puutteet:</i> ei osaamista toimia arkipäivän tilanteissa, ei ole annettavana riittävää turvaa lapsille, perhe yksin ongelmien kanssa, kasvatusvastuussa puutteita, maahanmuuttajien tilanteet uudessa asuinympäristössä, perheen hajoaminen, matalat tulot, työttömyys, matala sosiaaliluokka, mielen-terveysongelmat perheessä</p> <p>Perheen elämäntyyli <i>Vaikeat perheolot:</i> väkivaltakäyttäytyminen perheessä, pieni yhteenkuuluvuuden tunne, runsas alkoholin kulutus, huumekekeilut, perheen jäsenen rikollinen toiminta, pornoelokuvien katselu <i>Nuoren kaltoinkohtelu:</i> nuoren fyysinen ja psyykkinen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö, hoidon laiminlyöminen</p>	<i>Riippuvuussuhteet:</i> perherooli, muut roolit

(jatkuu)

Taulukko 15c. (jatkuu)

ICF – luokitus-standardi	Nuorten terveyden edistämisen sisältö ja rakenne (lähdeviitteet lukujen 1 ja 4.2.2 alakohtineen teksteissä)	Terveysmuotokuvamittarin sisältö ja rakenne
Ympäristötekijät (jatkuu)	<p>Terveyden edistämisen palvelut</p> <p><i>Preventiivinen työ:</i> terveystieteiden opetus, luovuus, itseilmaisuus, terveyttä ja hyvää elämää tukevien valintojen tukeminen ja ohjausprosessit, perheiden selviytymisen tukeminen ongelmatilanteissa, perheiden psykososiaalinen tuki</p> <p><i>Promotiivinen työ:</i> terveyden edistäminen, verkostoyhteistyö, maahanmuuttajien kotouttaminen, tutkimus- ja kehitystoiminta, yhteiskunnalliseen päätöksentekoon vaikuttaminen (IVA), elinoloihin, elinympäristöön ja toimintakulttuureihin vaikuttaminen, ekofyysisesti, psykososiaalisesti ja pedagogisesti terveellisen oppimisympäristön kehittäminen</p>	<i>Yleinen terveydentila:</i> Terveyspalvelujen käyttö

Nuorille tärkeitä elämänhallintavalmiuksiin vaikuttavia ympäristötekijöitä (taulukko 15c) ovat moderni nuoruuteen kuuluva elämäntyyli, perherakenteet, vanhemmuus suhde- ja rooliulottuvuuksineen, perhe voimavarana sosiaalisten ja eettisten tehtävien kautta, perheiden kasvatuskulttuuri ja perheen elämäntyyli sekä saatavilla olevat terveyden edistämisen palvelut. (mm. Rokka & Sundelin 1993, Aittola ym.1994, Alanen 1994, Korhonen 1994, Eirola 2003, Friis ym. 2004, Lajunen ym. 2004, Laukkanen & Laukkanen 2004, Savolainen 2004, Helavirta 2005, Honkanen 2005, Mesiäislehto-Soukka 2005.)

Elämisen tapojen ydinsisältöjä ovat nuorten terveystieteiden opetus, mahdolliset oppimisvaikeudet ja epäsosiaalinen käytös. Terveystieteiden opetus voivat ilmetä terveyttä edistävinä tai terveyttä heikentävinä valintoina. Käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt kertovat usein oppimisvaikeuksista. Epäsosiaaliseen käytökseen nuoruusvaiheessa kuuluvat erilaiset riippuvuudet, väkivaltaisuus ja vaikeimpana muotona nuorisrikollisuus. (mm. Jallinoja 1984, Jensen 1991, Lindholm 1993, 1997, Pulkkinen 1993, Alanen 1994, Friedman 1995, 2002, Reuna 1997, Rimpelä 1997, Pietilä 1998, Savolainen 2001, Eirola 2003, Häggman-Laitila 2003, Friis ym. 2004, Aarva & Pasanen 2005, Aulio 2005.)

Yleinen terveydentila edellyttää psykologisen minän ja luonteen kehittymisen sekä psykofyysisen kehityksen sisältöalueita. Koettu terveys, psykosomaattiset oireet ja terveysongelmat ovat terveydentilan ulottuvuuksia. Pitkäaikaissairauksien hoitotasapaino ja hoitoon sitoutuminen ovat myös keskeisiä terveyden edistämisen sisältöalueita. (mm. Rimpelä & Luopa 1996, Rimpelä ym. 1997, Savolainen 2001, STM 2001, Häggman-Laitila 2003, Aulio 2005, Heikkinen 2005, Landgren-Möller 2005, Nikkinen 2005, Soininen 2005.)

Ikäpesifi terveysmuotokuvamittari nuorten terveyden edistämiseen

Seuraavaksi hahmotan kuviossa 3 nuorten terveyden edistämiseen ikäpesifin terveysmuotokuvamittarin sisällöt, mittausmenetelmän ja mittaustulosten arviointiperusteet sellaisina kuin ne ovat tämän tutkimuksen tuloksina esiteltävissä. Mittausmenetelmä on interventiivinen haastattelu (vrt. taulukot 11 ja 12) ja mittaustulosten arviointiperusteiksi valitsen kokeilun tulosten perusteella voimavaroja ja niitä kuluttavien tekijöiden typologian (Pelkonen 1995), jonka mukailin nuorten elämäntilanteeseen sopiviksi (vrt. taulukko 14). Samalla vastaan tutkimuskysymyksiini, miten terveysmuotokuvamittaria voidaan käyttää kouluterveydenhoitajan työssä ja miten terveysmuotokuvamittarilla saatua tietoa tulee arvioida.

Arvioidessani mittaamista terveyden edistämisen tutkimuksessa valitsin toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF-luokitusstandardin terveysmuotokuvamittarin kokonaisviitekehikseksi. ICF-luokitusstandardi ottaa huomioon kouluterveydenhuollon koko laajan tehtäväkentän (vrt. Hyssälä 2005). Pääkäsitteiksi valitsen kuitenkin terveysmuotokuvamittarissa käyttämäni elämönhallintavalmiudet, elämisen tavat ja yleisen terveydentilan nuorten elämää paremmin kuvaavina kuin ICF-luokituksen pääkäsitteet, suoritukset ja oppiminen, ympäristötekijät sekä kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet. Elämönhallintavalmiudet kattavat ICF-luokituksen pääkäsitteet suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät. Ne kuuluvat nuorten elämässä erottamattomasti yhteen, koska aikuiset ovat osa nuorten maailmaa ja nuoret aikuisten maailmaa. (mm. Pulkkinen 1993, Rönkkönen & Nevalainen 2002, Koberg 2004, Määttä 2004, Tyrväinen 2004, Myllymäki 2005, Mäkinen 2005, Ranta 2005).

Käsitevalinnalla haluan korostaa nuoruutta kypsymisen, oppimisen ja vastuulliseen aikuisuuteen kasvamisen herkkänä elämävaiheena. *Elämönhallintavalmiuksien* arvioinnissa pääpaino on kysymyksissä, joissa keskustellaan nuoren tavoista etsiä sosiaalista asemaa kodissa ja kodin ulkopuolelta, elää modernia nuoruutta, mielialasta ja selviytymisen kokemuksista, on-

nellisuudesta, elämään ja ystävyyssuhteisiin tyytyväisyydestä sekä sosiaalisista taidoista. *Elämisen tavoissa* tärkeitä keskustelun aiheita ovat nuoren käsitykset oman elämänsä terveyttä edistävästä ja terveyttä heikentävistä valinnoista, mahdolliset oppimisvaikeudet ja niiden ilmeneminen käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöinä, nuoren käsitys riippuvuuskäyttäytymisestä, väkivaltaisuudesta ja nuorisorikollisuudesta sekä avun ja tuen saannin mahdollisuuksista. *Yleistä terveydentilaa* käsiteltäessä keskustellaan luonteen ja temperamentin kehittymisestä, miehen / naisen identiteetistä, murrosiän kehityksestä, koetusta terveydestä ja oireilusta, mahdollisista sairauksista ja hoitoon sitoutumisesta. Lisäksi suoritetaan tarvittavat terveydentilan mittaukset.

Välttääkseni mittarin kehittämisen perusvirhelähdettä, mittauskohteen tunnistamisen puutetta, kiinnitin erityistä huomiota terveysvalintojen määrittelyyn mitattavana ilmiönä (vrt. Brink & Wood 1990, Burns & Grove 1995). Terveysvalintojen kuvaaminen mittauksen kohteeksi johti samalla käsitteen mallintamiseen kouluterveydenhoitajien näkökulmasta prosessiksi (ks. kuvio 2). Terveysmuotokuvamittarin luonnoksen muutosprosessi muuttui näin terveysvalintaprosessiksi, johon sisältyy ajatus muutoksesta yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasolla. Terveysvalintaprosessin vaiheet ovat valintojen perustan arviointi, päätöksenteon arviointi, muutoksen suunnittelu, osallistuminen ja vaikuttaminen sekä oppimisen arviointi ja seuranta.

Tavoitteenani on, että terveysmuotokuvamittarin tulisi toimia kouluyhteisöissä promotiivisen ja preventiivisen terveyden edistämistyön välineenä. Yksilö- ja ryhmätasolla terveysvalintojen arvioinnin tarkoituksena on auttaa nuorta yksilönä ja nuoria ryhmänä hahmottamaan yleistä elämän orientaatiotaan ja terveysvalintojaan siten, että he kokevat maailman ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkäänä sekä osaavat arvioida tyytyväisyyttään elämään ja ihmissuhteisiin (vrt. Antonovsky 1991, 1993, Söderqvist & Bäckman 1988, Suominen 1993, Karhumaa 1997, Pietilä ym. 1998). Yhteisötasolla on tarkoituksena tukea nuoria osallistumaan ja vaikuttamaan ekofyysisesti, psykososiaalisesti ja pedagogisesti terveellisen kouluympäristön ja laajemmin nuorten elämänpiirin kehittämiseen. Terveysvalintaprosessiin sisältyy myös terveyden lukutaidon kehittymisprosessin sekä oppimisen arviointia ja seuraamista nuorten, kouluyhteisön ja terveydenhoitajien oman työn näkökulmasta.

TERVEYSMUOTOKUVAN ARVIOINTIPERUSTEET

1 piste: sairauden oireita tai sairastunut, 2 pistettä: voimavaroja vähän, kehittymishaasteita paljon, 3 pistettä: voimavaroja vähän, kehittymishaasteita vähän, 4 pistettä: voimavaroja paljon, kehittymishaasteita paljon, 5 pistettä: voimavaroja paljon, kehittymishaasteita vähän

INTERVENTIIVINEN HAASTATTELU MITTAUSMENETELMÄNÄ
Lineaariset kysymykset – sirkulaariset kysymykset – refleksiiviset kysymykset – henkilökohtainen strateginen ajattelu

TERVEYSVALINTAPROSESSI

Valintojen perustan arviointi > päätöksenteon arviointi > muutoksen suunnittelu yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasolla > osallistuminen ja vaikuttaminen > oppimisen arviointi ja seuranta

TERVEYSMUOTOKUVAMITTARIN
SISÄLTÖALUEET

Elämönhallintavalmiudet: sosiaalinen minä, mielenterveys, moderni nuoruus, perherakenteet, vanhemmuus, perhe voimavarana, perheiden kasvatuskulttuuri, perheen elämäntyyli, terveyden edistämisen palvelut

Elämisen tavat: terveystäydennykset, oppimisvaikeudet, epäsosiaalinen käytös

Yleinen terveydentila: psykologinen minä, psykofyysinen kehitys, koettu terveys ja psykosomaattiset oireet, terveysongelmat, hoitotasapaino

N U O R E N T E R V E Y S M U O T O K U V A

Kuvio 3. Ikäspesifi terveystuotokuvamittari nuorten terveyden edistämisen työvälineenä.

Terveysmuotokuvamittarin käyttö perustuu interventiiviseen haastattelumenetelmään kouluterveystarkastuksessa. Menetelmä edellyttää terveydenhoitajilta perusteellista haastattelutekniikan opettelua (vrt. taulukot 11 ja 12). Lineaaristen, sirkulaaristen ja refleksiivisten kysymisten hallitseminen haastattelutilanteessa avaa nuorille tilaisuuden nähdä uusia asioita elämässään, tunnistaa taipumuksiaan ja tulla kuulluksi. Haastattelijan tulee huomioida jatkuvasti omaa henkilökohtaista strategista ajatteluaan ja arvioida, onko hänen toimintansa muutosta edistävää, joustavaa ja nuoren ajattelun vapautta tukevaa vai vastakohtaisesti tunkeilevaa, ratkaisuja tyrkyttävää tai tuomitsevaa. (vrt. Tomm 1987a, b, Furman 1988, Mattus 1994, Meltaus & Pietilä 1998.)

Terveysmuotokuvamittarilla kerätyn haastatteluaineiston arvioimiseksi kehitettiin erilaisia arviointiperusteita kokeilun aikana. Kokeilin hankkeen vastuuhenkilön kanssa niiden kykyä erotella nuorten terveysvalinnoista eri tasoja. Hahmottelimme alustavia terveysmuotokuvia, joista kaksi on liitteessä 8. Totesimme, että 5 –portainen asteikko erottelee parhaiten (vrt. taulukko 14 ja kuvio 3). Asteikko perustuu voimavaroja ja niitä kuluttavien tekijöiden typologiaan (vrt. Pelkonen 1995). *Terveysmuotokuva* on kouluterveydenhoitajan ja nuoren yhteinen kokonaisnäkemys nuoren terveysvalinnoista sekä ohjauksen ja tuen tarpeista terveysmuotokuvamittarin sisältöalueilla. Näkemys syntyy interventiivisen haastattelun kuluessa kouluterveystarkastuksessa. Terveydenhoitaja käyttää terveysmuotokuvan arviointiperusteita, kun hän pisteyttää (1 – 5 pistettä) nuoren terveysvalinnat mittarin sisältöalueittain ja kirjaa ne lomakkeelle (ks. liite 8). Lopuksi hän piirtää pisteitä yhdistävän profiilin, jota nimitän nuoren terveysmuotokuvaksi. Muita profiileja tuottavia mittareita ovat esimerkiksi terveyttä edistävän elämäntyylin mittari, HPLP, Health Promoting Lifestyle Profile (Walker *et al.* 1987) ja potilaiden omiin arvioihin perustuva terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, NHP, Nottingham Health Profile (Ohinmaa ym. 1993, Lukkarinen 1999.)

5 POHDINTA

5.1. Tutkimuksen luotettavuus

5.1.1 Terveysmuotokuvamittarin kehittämisen prosessin luotettavuus

Terveysmuotokuvamittarin luotettavuuden arvioinnin peruslähtökohta on mittarin kehittämisen prosessin kuvaamisen johdonmukaisuus ja ymmärrettävyys. Kehittämisen prosessia ohjaavia kysymyksiä ovat: mitä ja miksi mitataan, millä ja miten mitataan, milloin ja missä mitataan sekä lopuksi, miten mittauksien tulokset analysoidaan ja raportoidaan. Mitä ja miksi –kysymyksiin vastataan kuvaamalla mittaamisen tarkoitus ja tavoitteet, mittauksen kohde eli tutkittava ilmiö, sen teoreettiset perusteet sekä kohderyhmä. Millä –kysymykseen löytyy vastaus mittarista, jolla tutkittavaa ilmiötä mitataan. Miten –kysymykseen sisältyy mittaustapa, jolla on suuri merkitys mittauksien tuloksiin. Milloin ja missä –kysymyksissä otetaan kantaa mittauksen luotettavuuteen vaikuttaviin ympäristötekijöihin. (mm. Lincoln & Guba 1985, Burns & Grove 1995, Polit & Hungler 1995, Paunonen & Vehviläinen 1997, Isola 1999, Laamanen ym. 1999, Pietilä ym. 1999, Töyry ym. 1999.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää nuorten terveystietoisuutta ja terveyden edistämisen tarpeita arvioiva työväline kouluterveydenhoitajille. Työvälineen kehittämisen lähtökohtina olivat nuorten elämään soveltuvien mittarin sisältöalueiden ja rakenteen teoreettinen perustelu, ammattikäytäntöön soveltuvan mittausmenetelmän kehittäminen ja nuoria hyödyttävän mittauksen arviointitavan määrittely. Etsin vastausta kysymyksiin: mitä sisältöalueita terveystietoisuuskuvamittariin tulee sisällyttää ja miksi, miten terveystietoisuuskuvamittaria voidaan käyttää kouluterveydenhoitajan työssä ja miten terveystietoisuuskuvamittarilla saatua tietoa tulee arvioida. Mittauksen kohteena kuvasin nuorten terveystietoisuutta. Kohderyhmä on erityinen, koska peruskoulun yläasteikäiset nuoret ovat yksilöinä kehityksen, oppimisen ja kasvun herkässä vaiheessa. Nuoret ovat kiinteästi sidoksissa perhepiiriinsä, kouluun kasvu- ja oppimisympäristönä sekä laajemmin yhteiskunnalliseen elämäntilanteeseen. Milloin ja missä –kysymyksiin löytyivät vastaukset mittarin kokeilusta Kainuulaisten nuorten terveystietoisuuskuva –hankkeesta vuosina 1995 – 1998. Kouluterveydenhoitajat suosittelivat mittaria nuorten voimavarojen monipuoliseen tarkasteluun elämäntilanteiden suurissa muutoksissa, erityisesti terveydenhoitajan suorittamaan kouluterveyden tarkastukseen peruskoulun seitsemännellä luokalla (Oikarinen & Eirola 1999, Oikarinen 2001).

Terveysmuotokuvamittarin sisällön ja rakenteen teoreettisten perusteiden rakentumisen, mittausmenetelmän kehittymisen interventiiviseksi haastattelumenetelmäksi ja mittaustulosten arviointiperusteiden kehittymisen vaiheet pyrin kuvaamaan loogisesti realistisen evaluaatioprosessin kuuden vaiheen kautta. Vaiheet ovat: terveysmuotokuvamittarin alkumielikuvan luominen, tavoitekuvan analyttinen erittely, mittarin luonnoksen teoreettinen kuvaaminen, mittarin kokeilu kouluterveystarkastuksessa, mittarin teoreettinen kokoaminen ja lopuksi tulosten luotettavuuden ja merkittävyyden tarkastelu (Anttila 2005, Poutanen 2005).

Realistista evaluaatiota on kehitetty tutkimusmenetelmänä erityisesti sosiaalityössä ja yhteiskuntatieteissä interventioiden vaikuttavuuden tutkimiseen (vrt. Pawson & Tilley 1997, Kazi & Spurling 2000, Anttila 2005, Poutanen 2005). Tutkimusmenetelmää voidaan soveltaa myös tämän tutkimuksen tapaan innovaatioita ja ideoita eteenpäin kehittävään luovaan tuottamiseen (vrt. Anttila 2005). Oleellista tällöin on palvelukonseptin tai tässä tapauksessa käytännön työvälineen rakentumisen ja toimivuuden tutkiminen teoriatasolla. Menetelmän prosessuaalisuus perustuu loogiseen ajatteluun, jossa toimintatapana on abduktiivinen päättely. Se tarkoittaa tutkimusaineiston ja teorioiden välistä vuoropuhelua kehitettävän työvälineen teoreettisten perusteiden tutkimisessa. Yhteenvedo abduktiivisesta päättelystäni realistisen evaluaatioprosessin eri vaiheista on liitteessä 4.

Terveysmuotokuvamittarin kehittämisprosessissa käytin lisäksi tutkimusmenetelmänä laadullista sisällönanalyysiä, jonka vaiheiden kuvaus on liitteessä 2. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan aineiston merkittävyyden, riittävyyden ja kattavuuden perusteella (Lincoln & Cuba 1985, Eskola & Suoranta 1996). Tutkimuskirjallisuuden lisäksi tämän tutkimuksen aineisto koostuu ajankohtaisista asiantuntijaartikkeleista ja tieteellisistä artikkeleista. Empiiristä arviointiaineistoa terveysmuotokuvamittarin kokeilusta sain Kainuulaisten nuorten terveysmuotokuva –hankkeen raportoinneista (Oikarinen & Eirola 1999, Oikarinen 2001). Tutkimusaineisto on monitieteinen. Terveiden edistämistä on tutkittu paljon hoitotieteessä, kansanterveystieteessä, terveyskasvatuksen alalla, yhteiskuntatieteissä, kasvatustieteessä ja sosiaalilääketieteessä. Lähdeaineiston luokittelu tiedeperustan mukaan on liitteessä 1. Tiedeperustan päättelin artikkelin julkaisupaikasta. Kirjoittajan tai tutkijan varsinainen tieteen ala ei ole kaikilta osin tiedossani. Tutkimusaineiston laajuutta kuvaa julkaisujen kokonaisuusmäärä, 336 artikkelia ja tutkimusta, joista 246 suomenkielistä ja 90 vieras-kielistä. Kirjoittajien määrä on yhteensä 563. Perehdyin mittarin kehittämisen kannalta keskeisiin tutkimustuloksiin ja asiantuntijalausuntoihin, luin aineiston läpi huolellisesti, luokittelin sen teemoihin ja etsin käsitelmäritteilyjä. Raportoin tiivistyneen aineiston tutkimusraporttiin ja edelleen kokoa-

viksi taulukoiksi ja kuvioiksi.

5.1.2 Terveysmuotokuvamittarin sisällön ja rakenteen luotettavuus

Mittarin *sisällön validiteetti* on luotettavan mittaamisen edellytys. Sisällön validiteetti ilmaisee, miten hyvin mittarin osiot edustavat mitattavaa tavoite- ja sisältöaluetta ja ovatko osiot riittävä otos sisältöalueesta. Keskeisenä arviointikohteena terveystuotokuvamittarissa pidän sisällön tärkeyttä ja merkitystä nuorille sekä sisällön kohdentumista nuorten terveyden edistämisen ydinkysymyksiin. Luotettavuuden arviointitapa tässä on näennäisvaliditeetti, joka tarkoittaa subjektiivista arviotani terveystuotokuvamittarin sisällöstä ja rakenteesta sekä niiden teoreettisista perusteista. (vrt. Waltz *et al.* 1991, Polit & Hungler 1995, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.)

Terveystuotokuvamittarin pääluokiksi valitsin elämönhallintavalmiudet, elämisen tavat ja yleisen terveydentilan. Elämönhallintavalmiuksilla haluan korostaa nuoruusvaihetta kypsymisen, oppimisen ja vastuulliseen aikuisuuteen kasvamisen vaiheena. Tutkijat ovat käyttäneet paljon kritisoitua käsitettä elämönhallinta (vrt. Antonovsky 1979, 1987, 1993, Söderqvist & Bäckman 1988, Suominen 1993, Pietilä 1994). Kritiikki kohdistuu yleensä kysymyksiin, miten ihminen kykenee hallitsemaan elämänsä tai miksi hänen yleensäkin tarvitsisi rationaalisesti hallita elämänsä. Elämönhallinta –käsitteen analyysi kuitenkin paljastaa, että käsitteen ulottuvuudet ovat ymmärrettävyys, hallittavuus, merkityksellisyys sekä tyytyväisyys elämään ja ihmissuhteisiin. Sisältö ei ole pelkästään rationaalinen hallinta, vaan sisältää laajasti ihmisen tunne- ja kokemusulottuvuuden. Elämisen tavat –käsitteellä haluan korostaa yleisesti käytössä olevaa elintapojen käsitettä kokonaisvaltaisempaa kuvaa nuorten tottumuksista heidän elämännäpiirissään. Nuoret ovat murrosiän kehitysvaiheessa erityisen alttiita kodin, koulun ja yhteiskunnan taholta tuleville vaikutuksille etsiessään sosiaalista asemaansa ja elämäntyyliään. Myös käsitteellä yleinen terveydentila haluan korostaa terveydentila –käsitettä laajempaa näkökulmaa. Terveydentila käsitetään yleisesti lääketieteellisen objektiivisesti mitattavana ja tutkittavana terveytenä. Nuorten yleistä terveydentilaa määriteltäessä tulisi keskustella luonteen ja temperamentin kehittymisestä, miehen / naisen identiteetistä, murrosiän kehityksestä, koetusta terveydestä ja oireilusta, mahdollisista sairauksista ja hoitoon sitoutumisesta sekä suorittaa lisäksi tarvittavat terveydentilan mittaukset.

Toinen mahdollisuus olisi ollut valita pääluokiksi toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, ICF – luokitusstandardi, jonka pääluokat ovat kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät. Mielestäni näistä

käsitteistä ei välity nuoruuden elämänvaihe. Luokitus sopii yleisesti väestön toimintaedellytysten kuvaamiseen ja terveyden edistämisen kokonaisviitekehyyksi. (Nylander ym. 2004.) Tässä tarkoituksessa ICF - luokitusstandardi on terveystuotokuvamittarin rakenteen taustalla.

Mittarin luotettavuuden arvioinnin seuraava kysymys on *käsitevaliditeetti*. Se yhdistää mittarin ja sen teoreettisen taustan selvittämällä mittarin käsitteelliset yhteydet. Käsitevaliditeetissa testataan tai arvioidaan mittarin käsitteen ja sen operationaalisen vastinparin suhteita käytännössä. Arviointikeinona voivat olla esimerkiksi käsiteanalyysi, faktorianalyysi, hypoteesien testaaminen tai toisten tutkijoiden tekemä arvio. (mm. Lincoln & Guba 1985, Burns & Grove 1995.) Terveystuotokuvamittari sisältää runsaasti käsitteitä, joista osa on tunnettuja ja tutkijoiden määrittelemiä, osa itse nimeämiäni ja tässä tutkimuksessa perustelemiani. Olen kerännyt tutkimusaineistosta kokoavia taulukoita, joista ilmenevät eri tutkijoiden käyttämät käsitteiden operationaaliset vastineet. Pääkäsitteet terveystuotokuvamittarin ja terveystuotokuvan olen pyrkinyt määrittelemään tutkimustulosten perusteella kuvioin ja sanallisin kuvauksin.

5.1.3 Mittausmenetelmän luotettavuus

Mittaustavalla on suuri vaikutus mittaustuloksiin, jonka vuoksi mittarin reliabiliteetin pohdinnassa tulee ottaa kantaa, kuinka *yhdenmukaisesti* mittari mittaa mielenkiinnon kohdetta. Siinä verrataan kahta vertailukelpoista, mutta loogisesti toisistaan riippumatonta mittaustulosta toisiinsa. Mitä yhdenmukaisempi mittaustulos on, sitä pienempi on sattumanvaraisuus ja sitä suurempi reliabiliteetti. Reliabiliteetti raportoidaan useimmiten korrelaatiokertoimena. (mm. Erätuuli ym. 1994, Burns & Grove 1995, Polit & Hungler 1995.) Tässä tutkimuksessa on käytössä näennäisvaliditeetin arviointitapa, jonka vuoksi pyrin omana subjektiivisena arvioni esittämään perusteluita mittaustavan luotettavuudesta.

Interventiivinen haastattelumenetelmä osoittautui toimivaksi mittausmenetelmäksi kokeilun aikana. Neljä terveydenhoitajaa harjoitteli sitä kolmen vuoden ajan 118 oppilaan kouluterveystarkastuksessa. Keskimäärin jokainen terveydenhoitaja teki yli 80 haastattelua. Haastattelun kulkua yhdenmukaistamaan he käyttivät alustavan terveystuotokuvamittarin nuorille suunnattua kyselylomaketta (vrt. liite 7). Terveydenhoitajien ja kokeilun vastuuhenkilöiden kanssa pohdin ja mallinsin useaan otteeseen mittaustapaa ja sen periaatteita. Terveydenhoitajat arvioivat toimintatapaansa kirjallisesti jokaisen kouluterveystarkastuksen jälkeen. Oman arvionsa mukaan he kehittyivät nuorten kohtaamisessa ja vuorovaikutustaidoissaan ammatillisesti itseään tyydyttävälle tasolle vähitellen. Vaikka haastattelumenetelmä

kehittyi teoreettisilta perusteiltaan interventiiviseksi haastattelumenetelmäksi vasta kokeilun loppupuolella, arvioisin mittaustavan toteutumisen kohtalaisen yhdenmukaiseksi. Mittaustuloksina saatu tieto oli monipuolista. Yhdenmukaisuutta tuloksissa lisäsi koulun opettajien ja terveydenhoitajien mittaustulosten kanssa samansuuntaiset näkemykset oppilaista, joita valittiin koulun vapaasti valittavien opintojen toimintakurssille.

Interventiivinen haastattelumenetelmä on yleisesti todettu terveydenhoitajan työhön soveltuvaksi. Sitä on sovellettu muun muassa lastenneuvolatyöhön varhaisen vuorovaikutuksen (VAVU) tukemisen menetelmässä (Niskanen ym. 2002). Menetelmä ohjaa ihmisten kohtaamiseen heidän omilla ehdoillaan. Sen avulla keskitytään voimavarapuheeseen ongelmapuheen sijasta. Sovellettavuus edellyttää kahden viikon mittaista edeltävää koulutusta, jonka aikana perehdytään uusiin lähestymistapoihin terveyden edistämistyössä ja harjoitellaan uusien ammattikäytäntöjen omaksumista vanhojen tilalle. Lisäksi VAVU –menetelmään sisältyy vuoden mittainen työnohjaus.

5.1.4 Terveysmuotokuvan arviointiperusteiden luotettavuus

Mittarin reliabiliteettia arvioitaessa on tärkeää pohtia myös sitä, miten johdonmukaisesti ja tarkasti mittari mittaa mielenkiinnon kohdetta. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus on usein käytetty reliabiliteetin muoto, jonka osoittamisessa käytetään usein Gronbachin alpha-kerrointa. (mm. Erätuuli ym. 1994, Burns & Grove 1995, Polit & Hungler 1995.) Terveysmuotokuvamittarissa lähestymistapa mittaamiseen on käytännön työvälineelle ominainen. Tarkoituksena on interventiivisessä haastattelussa kouluterveystarastuksen yhteydessä saada tietoa nuoren terveysvalinnoista mittarin sisältöalueilla niin paljon, että terveydenhoitajan on mahdollista tiedon perusteella käyttää terveysmuotokuvan arviointiperusteita ja piirtää nuoren terveysmuotokuva. Terveysmuotokuvan avulla hän ja nuori voivat tarkastella yhdessä keskustelussa esille nousseita asioita ja niiden välisiä yhteyksiä. Tuloksena saadaan esille nuoren henkilökohtaisesti tarvitsema ohjauksen ja tuen tarve. Nuorten terveyden edistämiseen ryhmätasolla, koko kouluyhteisön kehittämiseen ja nuorten elämänpiiriin vaikuttamista ja osallistumista varten terveydenhoitajan tulee kerätä systemaattisesti keskusteluista ja omista havainnoistaan arviointitietoa, analysoida sitä, arvioida nuoriin kohdistuvia vaikutuksia ja tiedottaa tuloksista.

Luotettava mittari on herkkä, toisin sanoen sillä on kykyä erotella tarkasti vastauksesta tasoja (vrt. Burns & Grove 1995, Polit & Hungler 1995, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997). Terveysmuotokuvan arviointikriteerien erottelukyky perustuu keskustelun syvyyteen. Terveydenhoitajan

tulee keskustella, havainnoida, mitata ja reflektoida nuoren kanssa mittarin sisältöalueita niin syvällisesti, että hänen on mahdollista pisteyttää nuoren käsitykset asteikolla 1 – 5. Yksi piste tarkoittaa, että nuorella on jatkotutkimuksia edellyttäviä sairauden oireita tai hän on sairastunut. Viisi pistettä puolestaan tarkoittaa, että tulkinnan mukaan nuorella on paljon voimavaroja ja kehittymishaasteita vähän. Hän tekee tietoisia terveysvalintoja ja huolehtii hyvin omasta terveydestään. (kuvio 3.)

5.2 Tulosten merkittävyyden tarkastelua

Tutkimustulosten merkittävyyden arvioinnissa painotan ensiksi terveysmuotokuvamittarin sisältöalueiden tärkeyttä nuorten terveyden edistämisen promotiivisilla sekä preventiivisillä ulottuvuuksilla sekä terveyskasvatuksessa. Toiseksi tarkastelussa painottuu ammatillisen osaamisen ja koulutuksen kehittämisen näkökulma.

Nuorten terveyden edistämisessä kansallinen syrjäytymisen vastainen toiminta ja terveyserojen kaventaminen kuuluvat yhteen. Peruskoulussa nuoret sosiaalistuvat kasvukulttuurinsa ja yhteisönsä arvoihin ja normeihin. Koululuokissa on monenlaisia tuen tarvitsijoita hiljaisista ja ahkerista oppijoista käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöisiin tai epäsosiaalisia käytöstapoja omaksuneisiin nuoriin. Nuoruuden ikäkauden vakava uhka nuorisoriikollisuus on yleistymässä päihteiden ja huumekekeilujen yleisen suvaitsevaisuuden ja riippuvuusikäytymistä aiheuttavien aineiden käytön lisääntymisen myötä. Omaisuusrikokset, pahoinpitelyt ja jopa nuorten tekemät henkirikokset kertovat ajankohtaisina uutisina kehityksen suunnasta.

Kansainvälisesti vertaillen esimerkiksi WHO – Koululaistutkimuksen mukaan suomalaiset tytöt ja pojat kokevat terveytensä hyväksi, mutta suurimmat haasteet kohdistuvat enenevästi mielenterveyteen ja perheiden ongelmatilanteisiin (Aalberg 2001, Häggman-Laitila 2003, Soininen 2005). Vuodesta 1995 alkaen tehty suomalainen kouluterveytystutkimus osoittaa, että kasvusuunnassa ovat koulunkäyntiin sitoutumattomuus ja muu epäsosiaalisuus, varhaiset seksuaaliset kokeilut, väsymys, mielenterveysongelmat, psykosomaattiset oireet kuten päänsärky, vatsavaivat, jännittyneisyys, ärtyneisyys, univaikeudet, huimauksen tunne ja käsien vapina sekä edelleen syömishäiriöt, ylipainoisuus, allergiat, astma sekä tuki- ja liikuntaelimestön ongelmat. Nuorten yleisimmät kuolinsyyt ovat liikenne- ja muita onnettomuuksia, väkivaltaa ja itsemurhia. Pitkäaikaissairauksia tai vammoja esiintyy noin joka kymmenennellä kouluikäisellä nuorella. (Rimpelä ym. 1997, Savolainen 2001, STM 2001, Heikkinen 2005.)

Nuorten ongelmat kärjistyvät yläasteelle siirryttäessä, jolloin nuoret tekevät tärkeitä valintoja tulevaisuutensa kannalta. Viimeistään tässä vaiheessa nuoret tarvitsevat apua selviytymisessä ja tukea elämännhallintavalmiuksiensa vahvistamisessa. Nuorten terveyden edistämisen sisältöalueilla lähtökohtana tulisi kaikissa tilanteissa olla mielenterveys ja psykososiaaliset suhteet osana modernia nuoruutta, jota terveysmuotokuvamittarin kehittämistyössä olen pyrkinyt tuomaan esille. Aikuisten näkökulmasta katsottuna nuoret elävät aina eri sukupolven modernia nuoruutta. Tänäpä 40 – vuotias aikuinen oli 13 – 15 –vuotias 1980 –luvulla, jolloin nuoruus ja siihen vaikuttavat tekijät olivat toisenlaisia. Suurin osa 2000 –luvun nuorista asuu kaupunkimaisessa elinympäristössä, jossa elämä rakentuu tietokoneen, matkapuhelinten, erilaisten nuorisotyylien ja oman rahan varaan. Kulluttamisesta on tullut tärkeä osa identiteetin muodostumista. Nuoren terveyden voimavarana perhe, vanhemmuus ja läheiset ihmissuhteet ovat saaneet uusia muotoja ja monimutkaisia perheratkaisuja. Vanhemmuuden suhde- ja rooliulottuvuudet eivät ole enää perinteisiä kahtiajakautuneita isän ja äidin rooleja. Kasvatuskulttuuri on muuttunut epäröiväksi ja se ei anna vanhemmille vastauksia, miten toimia arkipäivän tilanteissa.

Terveys 2015 –kansanterveysohjelman (STM 2001) tavoitteiden mukaan kouluissa kaivataan monipuolista hyvinvoinnin edistämistä ja uusia terveyden edistämisen tapoja, jotka sisältyvät opetukseen ja kaikkeen toimintaan nuorten elämänpiirissä. Nuorten hyvinvoinnin kulmakiviä ovat arkielämän rytmit, vuorovaikutustaidot, kyky selviytyä sosiaalisista ristiriidoista sekä oman elimistön ja mielen viestien tunnistaminen. Perheet tarvitsevat apua vanhempien hyvinvoinnissa, vanhemmuudessa ja parisuhteessa.

Kouluterveydenhuolto on avainasemassa promotiivisessa ja preventiivisessä terveyden edistämisessä yhteistyössä oppilaiden, oppilashuollon, koulun muun henkilöstön, opettajien ja vanhempien kanssa. Kouluterveydenhuollon tehtävänä on osallistua koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä työolojen, koulun terveellisuuden ja turvallisuuden valvontaan ja edistämiseen. Tehtäviin kuuluu myös oppilaiden hyvinvoinnin ja terveyden seuraaminen, arviointi ja kehittäminen. Lisäksi osallistuminen oppimisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien tunnistamiseen ja selvittämiseen yhteistyössä oppilashuoltohenkilöstön, nuorten vanhempien ja opetushenkilöstön kanssa on osa kouluterveydenhuoltoa. (Hyssälä 2005.)

Oleellista nykytilanteessa on, nähdäänkö nuoret pääasiassa yhteiskunnan ja koulun toiminnan kohteina vai myös aktiivisina ja itsenäisinä toimijoina vaikuttamassa elämänsä kulkuunsa. Kasvatuskumppanuuteen perheen, opettajien, kouluterveydenhoitajan, lääkärin ja psykologin kesken tarvitaan toimintatapoja, joilla yhteistyö saadaan sujumaan. Koulusta tulisi

kehittää psykososiaalisesti, ekofyysisesti ja pedagogisesti terveellinen oppimisympäristö, jossa myönteiset ihmissuhteet, luottamukselliset toverisuhteet ja tasa-arvoinen opettaja-oppilassuhde yhdistyvät koulun myönteiseen ilmapiiriin. Tällöin koulurakennus ja koulupiha lähiympäristöineen ovat toimivia ja turvallisia. Terveiden lukutaidon kehittymisprosessista huolehditaan hyvin suunnitellulla ja toteutetulla terveystoiminnalla.

Terveiden edistäminen ammatillisena toimintana

Kouluissa tulisi ottaa entistä tietoisemmin ja systemaattisemmin hallintaan *promotiiviset*, terveyttä ennakoivat ja mahdollistavat, *primaaripreventiiviset*, sairauksien kehittymistä ehkäisevät, *sekundaaripreventiiviset*, sairauksien pahenemista ehkäiseviä riskitekijöitä poistavat sekä *tertiaripreventiiviset*, kuntouttavat, toimintakykyisyyttä lisäävät ja sairauksien aiheuttamien haittojen pahenemista vähentävät terveyden edistämisen työprosessit. Terveiden edistämisen yhtenä osa-alueena terveystoiminnalla on tärkeä tehtävä tarjota yhteiskunnallisia toimenpiteitä ja oppimismahdollisuuksia, jotka antavat ihmisille paremmat mahdollisuudet saada hallintaansa omaan ja muiden terveyteen vaikuttavat tekijät, terveystoiminta ja elinolosuhteet.

Terveiden edistäminen ja terveystoiminta käyttävät kasvatuksellisia ja viestinnällisiä keinoja, jotka edellyttävät tieteellis-ammatillista osaamista ja vaikuttavuuden perusteltua näyttöä ja sen todentamista. Parhaimmillaan näyttöön perustuvassa päätöksenteossa ja toiminnassa yhdistyvät paras saatavilla oleva tutkimustieto, tieto asiakkaan tarpeista, toiveista ja mielityksistä, ammattihenkilön tiedot ja taidot sekä organisaation voimavarat eheäksi kokonaisuudeksi (DiCenso *et al.* 1998, Cullum 2000, Sinisalo 2000). Näyttöön perustuva toiminta ei ole pelkästään tutkimustiedon soveltamista käytäntöön. Näyttö voi perustua myös seuranta- ja arviointitietoon sekä asiantuntijoiden yhteiseen näkemykseen. (Stetler *et al.* 1998, Pelkonen 2002). Terveiden edistämisen osaamisen tulisi nykykäsitysten mukaan olla vahvasti neuvottelevaa ohjausta, jossa toteutuu prosessimaisuus (vrt. Peavy 1997, Peavy & Auvinen 2000, Spangar 2000, Sirola & Salminen 2002). Kyse on esimerkiksi nuoren, koululuokan tai perheen elämäntaidollisten haasteiden ja ongelmien ratkomisesta. Elämäntaidolliset haasteet kohdistuvat aina yksilöihin, mutta aina ne ovat myös ihmisten välisiä ja muovautuvat vallitsevan yhteiskunnallisen tilanteen ehdoin.

Terveystoiminnassa ja opetustyössä toimivat tarvitsevat monipuolisia valmiuksia kokea, havaita ja käyttää aistejaan, kehollisuuttaan, tunteita ja tunteita samoin kuin kognitiotaankin herkästi ja intuitiivisesti. Hyvin monet oppilaiden ihmissuhde- ja muut järjestelmätason ongelmat ilmenevät epä-

määräisinä psykofyysisinä oireina ja mielenterveyteen liittyvinä tuntemuksina (Soininen 2005). Tämä koskee erityisesti vakavia ongelmia. Ratkaisuja voisi tarjota esimerkiksi draamapedagogiikka, eläytymismenetelmät, reflektiivinen vuorovaikutus ja luovien terapioiden kokemuksellinen tuntemus. Niitä tulisi sisällyttää esimerkiksi opettajien ja terveydenhoitajien perus- ja täydennyskoulutukseen (vrt. Pietilä ym. 2002).

Vuorovaikutus aikuisten kanssa ei ole nuorille helppoa. Nuorten uhkina vuorovaikutustilanteissa ovat osattomuus, kyvyttömyys kokea mielekkyyttä ja merkityksellisyyttä, kommunikoinnin vaikeudet, arkuus, jäykkyys sekä vaikeudet vaistota ja nähdä omat mahdollisuudet. Koteihin ja lähi-ihmissuhteisiin liittyviä uhkia ovat mm. suhteiden lyhytaikaisuus, suhdeverkkojen pirstaleisuus, luottamuksellisen ilmapiirin säilyminen ja epäselvyydet keskinäisissä huolehtimisen ja vastuunkannon suhteissa. Yhteiskunnan ja sen instituutioiden tason uhkia ovat muun muassa yhteisen arvopohjan yksipuolisuus, taloudellisen näkökohtien ja markkinauskon ylivalta ja kansalaisten heikko osallistuminen elinolojen ja ympäristön terveyden edistämiseen. (vrt. Kosonen 2000.)

Nuorten terveyden edistämisen perusosaamista on toimia nuorista *välittävänä aikuisena*. Voidaan kysyä, onko nuorten terveyden edistämisen lähtökohta sittenkin *ajattelun terveyden* edistämässä ja *ajattelun sairauksien* ennaltaehkäisyssä yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön tasolla. Onko ajattelun rauha kadonnut kotoa ja koulusta kiireisessä elämänrytmässä? Ruokitaanko ajattelua ja päätöksentekoa vain yhdenlaisilla esimerkeillä? Osataanko elämässä yleensä elää harkitsevaa, kurinalaista ja toimeliasta elämää sekä ottaa täysi vastuu vapaasta, itsenäisestä ajattelusta ja toiminnasta? Hyväksytäänkö se, että myös terveyden vaaliminen on katoavaa ja sortuu helposti huonon onnen, epäsuotuisten olosuhteiden tai kohtalon välttämättömyyksiensä seurauksena? (vrt. Pihlström 2002). Ovatko terveyden edistämisen asi-antuntijakeskusteluissa (esim. Kickbush 2001, Hyyppä 2002, Vertio 2003) esiin nostetut *terveyden lukutaito* ja *sosiaalinen pääoma* terveyden voimavaroina sekä *sosiaalisesti myrkylliset ympäristöt* terveyden uhkina vastauksia ajattelun terveyden edistämisen kysymyksiin?

Työtahdin kiihtyessä terveydenhuollossa on totuttu käyttämään vuosi vuodelta vähemmän aikaa asiakaskontaktiin. Varsinkin kouluterveydenhuollosta on leikattu resursseja kunnissa. Terveysmuotokuvamittarin kokeilun perusteella voinen epäillä kehityssuunnan tarkoituksenmukaisuutta, koska kuulluksi tuleminen edellyttää paneutumista asiakkaan elämäntilanteeseen. Kahden tai kolmen tunnin mittainen pysähtyminen pohtimaan terveysvalintoja asiakkaan kanssa hänen elämänkulkunsa taite- ja ongelmakohdissa voi maksaa menetetyn työajan moninkertaisesti takaisin terveyden lukutaidon, itsetuntemuksen ja asiakastyytyväisyyden lisääntymisen myötä vähentyneenä palvelujen tarpeena ja terveydenhuollon kustannussäästöinä.

Koulutuksen kehittämistarpeiden arviointia

Nuorten terveyden edistäminen, terveyttä edistävän koulun kehittäminen ja kouluterveydenhuollon vaikuttavuuden tehostaminen edellyttävät moniammatillista yhteistyötä, toimintaprosessien selkeyttämistä ja tieteellis-ammattillinen osaamisen vahvistamista. Terveysosaamisen kehittymistä kouluissa voidaan tukea varaamalla riittävästi oppitunteja opetukseen ja varmistamalla opettajien pätevytyminen terveystiedon opetukseen. Terveystiedon opetuksen tulisi antaa perusopetuksen yhteydessä jokaiselle koulunsa päättävälle nuorelle riittävä terveyden lukutaito ja terveystietosaaminen, joiden avulla oppilas ymmärtää terveyden, vanhenemisen ja sairastumisen tärkeimmät prosessit, osaa ylläpitää ja hoitaa omaa terveyttään sekä voi osallistua yhteisönsä terveyden edistämiseen. Terveyden lukutaidon tarve tulee sitä tärkeämmäksi, mitä enemmän korostetaan ihmisen vastuuta itseenäisistä ja harkituista terveystavoista (Rimpelä 2002). Lasten ja nuorten tulisi osata myös arvioida kriittisesti ympäristössään tarjolla olevaa tietoa terveydestä. Käytännössä tämä tarkoittaa riittävän tiedon omaksumista terveydestä ja sairauksista sekä niiden vaikutusmekanismeista. Terveystiedon opetuksen tehtävänä on rakentaa tiedon, ymmärryksen ja osaamisen perusta, jolloin myös terveystietokasvatukseen ja terveyden edistämisen toimintojen odotetaan tuottavan nykyistä parempaa tulosta. (Rask 2000, Rimpelä 2000, Urjanheimo 2000.)

Terveystiedon opetuksen ja oppimisen tehostuminen kouluyhteisöissä riippuu ratkaisevasti opettajien pätevyydestä. Terveystieto on aineenhallinnan osalta vaativa ja syvällistä terveystieteellistä sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellistä asiantuntemusta edellyttävä oppiaine. Aineen opettaminen edellyttää riittävää perehtymistä ihmisen kehon rakenteeseen ja ruumiin toimintoihin, terveyden ja sairauden mekanismeihin, terveyden – ja sairaanhoitoon, terveystietokasvatukseen, terveyden edistämiseen ja terveystietopedagogiikkaan. (Rask 2000, Rimpelä 2000, Urjanheimo 2000.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan terveystietopedagogisesti tärkein tehtävä on saada nuoret osallistumaan ja toimimaan aktiivisesti (ks. taulukko 15a – 15c). Nuorten tarpeet kohdentuvat ensisijaisesti elämänhallintavalmiuksien ja elämisen tapojen pohdintaan ja tietojen soveltamiseen. Tärkeitä aiheita ovat sosiaalisen minän, mielenterveyden, terveystietokasvatusten, oppimisvaikeuksien ja epäsosiaalisen käytöksen käsittely. Nuorten elämänpääpiirissä vaikuttavista ympäristötekijöistä pohdinnan aiheiksi nousevat moderni nuoruus, perherakenteet, vanhemmuus, kasvatuskulttuuri, perheen riskialtis elämäntyyli ja ammatillisen tuen mahdollisuudet. Vasta näiden jälkeen nuorten mielenkiinto kohdistuu perinteisesti painottuneeseen yleiseen ter-

veydentilaan, jossa korostuu oman kehon toimintojen ja ruumiin rakenteen kehittymisen ymmärtäminen. Nuorten tarve on ymmärtää psykologisen mielen kehittyminen ja psykofyysinen kehitys, pohtia koettua terveyttä ja psykosomaattisten oireiden merkitystä, tietää terveysongelmista ja hoitotasapainon tärkeydestä.

Tutkimuksen eri vaiheissa ilmeni terveyden edistämisen ja terveystasatutkimuksen tieteellis-ammattillisen osaamisen tarpeita, jotka kokosin yhteenvedoksi opettajien ja kouluterveydenhuollon toimijoiden yhteisiksi koulutustarpeiksi. Jäsentelynä käytin eurooppalaisen korkeakoulupolitiikan (vrt. Tuning 2000) mukaisia kompetenssimäärittäyksiä (taulukko 16). Ammatti-tehtävään ja alaan sovellettavia ammatillista erityisosaamista ovat ammatillinen arvo-osaaminen ja vastuunotto, menetelmä- ja päätöksentekosaaminen, tietoperustan osaaminen, viestintäosaaminen sekä organisointi-, hallinto- ja johtamisosaaminen. Lisäsin jäsentelyyn yleiset työelämävalmiudet, joita ovat tutkiva ja kehittävä osaaminen, refleктоiva osaamisen ja jatkuva ammatillinen kasvu. (vrt. Tuning 2000.)

Lopuksi haluan kiteyttää tutkimukseni ydinsanomana nuorten terveyden edistämisen arkikäytännöksi:

Ajattelun terveydeksi

On aika välittää,
on aika uskaltaa,
on aika kuulla,
ei vain luulla,
Mistä löytyis' TEmpo?

Taulukko 16. Terveyden edistämisen kompetenssit ja koulutuksen opetussisältöjä.

Ammatillinen erityisosaaminen	Terveyden edistämisen opetussisältöjä
<p>AMMATILLINEN ARVO-OSAAMINEN JA VASTUUNOTTO</p> <p>Eettinen ja monikulttuurinen osaaminen, opetus- ja ohjausosaaminen, rooli ja vastuunottaminen, poliittiset taidot</p>	<p>Terveyden edistämisen arvot ja etiikka</p> <p>Sensitiivisyys nuorten terveyden edistämässä</p> <p>Välittävä aikuinen ja ajattelun terveys, terveyden lukutaito, sosiaalinen pääoma, sosiaalisesti myrkylliset ympäristöt</p> <p>ICF –luokitusstandardi terveyden edistämässä</p> <p>Promotiivinen ja preventiivinen terveyden edistäminen tieteellis-ammattillisena työnä</p> <p>Terveysopetus</p> <p>Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi, IVA – prosessi ja päätöksentekoon vaikuttaminen</p>
<p>MENETELMÄ- JA PÄÄTÖKSENTEKO-OSAAMINEN</p> <p>Kokonaisuuksien osaaminen: prosessien hallinta ja päätöksenteko, kliininen osaaminen, yksilö- ja yhteisölähtöinen työ, itsenäinen ja vastuullinen toiminta ja menetelmien hallinta, hankkeiden ja tutkimusten suunnittelu</p>	<p>Terveyden edistämisen menetelmät: esim. terveysmuotokuvamittari elämäntilanteiden ja ohjaus- tarpeiden arviointivälineenä, interventiivinen haastattelu mittausten menetelminä, terveysmuotokuvien tuottaminen.</p> <p>Kasvatus- ja muutosprosessien hallinta</p> <p>Terveyskasvatuksen menetelmät</p> <p>Koulun terveys- ja hyvinvointihakkeet</p> <p>Tutkiva ja kehittävä työote</p> <p>Syrjäytymisen ehkäisyn ja kansanterveystyön edistämisen hankkeet</p> <p>Terveyden edistämisen laatutyö</p>
<p>TIETOPERUSTAN OSAAMINEN</p> <p>Yhteiskunnallinen osaaminen, tutkimus- ja kehitystyön osaaminen, näyttöön perustuva osaaminen, arviointiosaaminen, analyttiset taidot</p>	<p>Terveyden edistäminen käsitteenä ja teoreettiset perusteet</p> <p>Terveys 2015 –kansanterveysohjelma maailmanlaajuisena strategiana, hyvinvointiohjelmat ja laatusuosituksien</p> <p>Nuoret, terveys, terveyskäsitykset ja elämänpiiri</p> <p>Tutkimusmetodologia ja kehittämistoiminta</p> <p>Prosessiarviointi ja vaikuttavuuden arviointi</p>

(jatkuu)

Taulukko 16. (jatkuu)

Ammatillinen erityisosaaminen	Terveysten edistämisen opetussisältöjä
VIESTINTÄOSAAMINEN Vuorovaikutus- ja kommunikointiosaaminen, teknologiaosaaminen	Vuorovaikutusmallit nuorten kanssa, esiintymistaito, eläytymismenetelmät, draamapedagogiikka, luovat terapiat Kommunikointimenetelmät, puhetta tukeva ja korvaava kommunikointi Puheeksi ottaminen ja varhainen puuttuminen Tietotekniset valmiudet, internetin tietoportaalien käyttö, terveyden edistämisen sovellusohjelmat
ORGANISOINTI-, HALLINTO- JA JOHTAMISOOSAAMINEN Palvelujen kehittämisosaaminen, liiketoimintaosaaminen, johtamistaidot	Verkostoituminen ja vuorovaikutusmallit Ekofyysisesti, psykososiaalisesti ja pedagogisesti terveellisen oppimisympäristön kehittäminen Kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon organisointi ja kehittäminen Syrjäytymisvaarassa ja heikoimmassa asemassa olevien hyvinvoinnin edistäminen Perheiden ja vanhemmuuden tukeminen Osaamisen johtaminen, taloustietous, tuotteistaminen
Yleiset työelämävalmiudet	Terveysten edistämisen opetussisältöjä
TUTKIVA JA KEHITTÄVÄ OSAAMINEN	Tutkiva ja kehittävä työote, tutkimusmenetelmät, raportointi, tieteellinen kirjoittaminen, asiakirjoittaminen, mainostaminen ja tiedottaminen
REFLEKTOIVA OSAAMINEN	Itsearviointi, laadunarviointi, yhteistyö- ja tiimiosaaminen, dialogi
JATKUVA AMMATILLINEN KASVU	Työpaikan arvokeskustelu ja työnohjaus

5.3 Jatkotutkimushaasteet

Tutkimus tuotti perusteltua tietoa nuorten terveyden edistämisen keskeisistä sisältöalueista, nuorten tarpeista saada osakseen arvostusta ja olla luottamuksellisissa suhteissa aikuisiin. Nuoruus on kypsymisen, oppimisen ja vastuulliseen aikuisuuteen kasvamisen herkkä elämänvaihe, jolloin tuen tarve terveyden edistämisessä kohdistuu elämönhallintavalmiuksiin, elämisen tapoihin ja terveydentilaan.

Elämönhallintavalmiuksien arvioinnissa keskustelun pääpaino on nuoren tavoissa elää modernia nuoruutta ja etsiä sosiaalista asemaa sekä kodissa että kodin ulkopuolella. Tässä tilanteessa omien mielialojen tunnistaminen, sosiaaliset taidot ja selviytymisen kokemukset sekä merkitykselliset ihmissuhteet tuovat elämään tyytyväisyyden ja onnellisuuden tunteita.

Elämisen tavoista keskusteltaessa aiheita ovat nuoren käsitykset oman elämänsä terveyttä edistävästä ja terveyttä heikentävästä valinnoista. Mahdollisiin oppimisvaikeuksiin ja niiden ilmenemiseen käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöinä tulee puuttua mahdollisimman varhain. Nuoren käsitykset riippuvuuskäyttäytymisestä, väkivaltaisuudesta ja nuorisorikollisuudesta tulee tarkistaa ja samalla keskustella avun ja tuen saannin mahdollisuuksista.

Yleistä terveydentilaa käsiteltäessä keskustellaan luonteen ja temperamentin kehittymisestä, sukupuoli-identiteetistä ja murrosiän kehityksestä. Nuoren ymmärrys koetusta terveydestä ja psykosomaattisesta oireilusta varmistetaan. Mahdollisista sairauksista, niiden hoidon tärkeydestä ja hoitoon sitoutumisesta puhutaan. Lisäksi suoritetaan tarvittavat objektiiviset terveydentilan mittaukset ja keskustellaan niiden merkityksestä.

Tutkimustulosten perusteella esitän seuraavat jatkotutkimushaasteet:

1. Terveysmuotokuvamittarin kehittelyä voidaan jatkaa mittarin kokeilulla ja testauksella. Myös tietokonesovellus nuorten terveyden edistämisen sisältöalueista voisi olla hyödyllinen tutkimus- ja kehitystyön kohde.
2. Nuorten terveyden edistämisen lähtökohtana tulisi kaikissa tilanteissa korostaa psykososiaalisia suhteita ja mielenterveyttä. Mielenkiintoista olisi tutkia, miten nämä näkökulmat toteutuvat ja millaisin menetelmin kouluterveydenhuollon ja opetuksen ammattikäytännöissä.

3. Nuoret elävät murrosiässä herkkää elämänvaihetta, jolloin he kaipaavat välittäviä aikuisia, joilla on aikaa kuunnella. Tutkimustulokset osoittavat, että nuoret eivät tule kuulluiksi aikuisten maailmassa. Tutkimusta tarvittaisiin hyvistä käytännöistä, joissa tuotaisiin esille psykososiaalisesti, ekofyysisesti ja pedagogisesti terveellisen koulun ja perheiden tukemisen toimintamalleja.
4. Kouluissa toteutetaan terveysopetusta ja paljon hyvinvointi- ja terveyshankkeita. Tutkimuksella voisi koota hankkeiden tulokset ja arvioida kehittämisprosessien sekä tulosten vaikuttavuutta.
5. Opettajat ja kouluterveydenhuollon ammattilaiset tunnistavat tutkimusten mukaan oppilaiden alkavat terveys- ja oppimisongelmat melko hyvin, joskin esimerkiksi hiljaiset, ahkerat ja syrjään vetäytyvät oppilaat, joilla ei ole oppimisvaikeuksia, jäävät helposti ongelmineen yksin. Mielenkiintoinen tutkimuksen aihe olisi heikkojen signaalien tunnistaminen ja varhaisen puuttumisen toimintamallit osana nuorten terveyden edistämistä.
6. Tutkimusten mukaan koululuokissa ovat ongelmat kasvamassa ja tukea selviytymiseen, jaksamiseen ja hyvinvointiin tarvitsevat sekä opettajat että oppilaat. Tutkimustietoa tarvitaan koulutuspoliittisten päätösten vaikutuksista nuoriin, perheisiin ja kouluyhteisöön.
7. Terveysopetuksen sisällyttäminen koulun opetussuunnitelmiin ja kouluterveydenhuollon täsmennetyt tavoitteet haastavat kehittämään opettajien ja terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutusta. Tutkimusaihe voisi olla nuorten terveyden edistämisen sisältöihin kohdennetun tutkintoon johtavan ja täydennyskoulutuksen tilanne Suomessa.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää terveystuotokuvamittari käytännön työvälineeksi kouluterveydenhoitajille promotiiviseen ja preventiiviseen terveyden edistämistyöhön. Tutkimustehtävinä oli terveystuotokuvamittarin rakenteen ja sisällön teoreettisten perusteiden, mittausmenettelyn ja mittaustulosten arviointiperusteiden kehittämisprosessin kuvaaminen ja arviointi.

Esitän seuraavat johtopäätökset tutkimustulosten perusteella:

1. Terveystuotokuvamittari täsmentyi realistisen evaluaatioprosessin aikana nuorten terveyden edistämisen ydinsisältöihin. Interventiivinen haastattelu on toimiva mittausmenetelmänä. Mittaustulosten arviointiperusteita voidaan käyttää nuorten terveystuotokuvien hahmottamiseen. Työväline edellyttää empiiristä kokeilua ja luotettavuuden testaamista.
2. Nuorten terveyden edistämässä tarvitaan terveystuotokuvamittarin kaltaista terveystuotokuvien arvioinnin työvälinettä arjen työssä, jotta löydetäisiin erityistä tukea tarvitsevat nuoret ja osattaisiin kohdentaa terveyden edistämisen ohjaus ja tukitoimet oikealla tavalla nuorten ja heidän perheittensä tarpeisiin.
3. Nuoret ovat murrosiän kehitysvaiheessa alttiita kodin, koulun ja yhteiskunnan taholta tuleville vaikutuksille etsiessään sosiaalista asemaansa ja elämäntyyliään. Modernia nuoruutta elävät nuoret tarvitsevat tuekseen välittäviä aikuisia, joilla on aikaa kuunnella.
4. Nuorten terveyden edistäminen, terveystuotokuvamittari ja terveystiedon opetus edellyttävät opettajilta ja terveydenhuollon ammattilaisilta osaamisensa jatkuvaa uudistamista. Perus- ja täydennyskoulutukseen tulee sisällyttää erityisesti mielenterveyttä ja nuorten sekä heidän perheittensä psykososiaalista tukemista käsitteleviä opetussisältöjä ja vuorovaikutuksellisten auttamismenetelmien harjoittelua. Työnohjauksella ja työpaikan arvo keskustelulla turvattaisiin jatkuvaa ammatillista kasvua.
5. Tutkijoiden haaste on selkeyttää promotiivisia, preventiivisiä ja terveystuotokuvamittarin ammatillisia työprosesseja nuorten terveyden edistämässä sekä tutkia ammattikäytäntöjen toteutumista ja työmenetelmien uudistamista.

7 ENGLISH SUMMARY

Adolescents who seek models for their lifestyle and social status are influenced by factors inside and outside their home environment. According to research, young people need special support in health promotion, psychosocial relationships and mental health during this particular period in their lives. The purpose of this study was to develop a so-called health portrait indicator, which would be suitable in contents and structure to help school nurses to foster adolescent health. The topical contents of the indicator guide and help public health nurses and adolescents in their conversation that leads to nurse drawing a personal health portrait of the young client.

The research methods of this study comprise realistic evaluation and qualitative content analysis. Theory and practise interact in the inference process that leads to the modelling of the health portrait indicator. The data consists of research materials and literature from the fields of nursing science, national health science, socio-medical science, social sciences, educational sciences and health science. The empirical data comprises reports and research from a Health Portrait Project that was implemented during the years 1995-1998 in Kajaani, Finland. This project dealt with the health portraits of adolescents in Kajaani. During the time of the project four (4) public health nurses tested the indicator in practise by conducting and implementing physical examinations to secondary school students of the same generation (n =118).

The study not only brought about information on the essential subject matter, but it also showed that adolescents would like to be respected and have reliable relationships with adults. Adolescence is an episode in a person's life including processes of maturation and learning. Adolescence is a delicate phase on the way towards adulthood. Young people need support and guidance in their efforts to control their own live, lifestyle and health. In the assessment of life control ability the issue that is emphasised is the ability of an adolescent to live a modern youth and to seek for their place in the society. In this situation, young people feel happy and content if they have the necessary coping and social skills, and if they understand their own moods. Meaningful relationships also add contentment.

In the discussions regarding lifestyle the adolescents are encouraged to talk about their own lives in the context of health promotion and health compromising choices. Learning difficulties and their manifestation in poor concentration and behavioural disorders must be intervened in as early as possible. The conceptions of the adolescents regarding addictions, violence and juvenile delinquency are important issues that should be dealt with. The options to get help and support must be introduced to the client.

The concept of general health status includes discussions about personality and temper and their development. In addition, issues such as sexual identity and puberty must be referred to. Current health status and psychosomatic symptoms of the adolescent are also important issues to analyse. Potential diseases and commitment to treatment must also be included in the conversation. Finally, the tester carries out the necessary objective measurements and talks about them with the client.

In the area of health promotion of youngsters we need tools to detect the individuals who need help and support. It is important to be able to meet the exact needs of those who need help and to focus on the correct ways and means to guide and support them and their families. Adolescents are vulnerable to influences from home, school and society as they seek for their own lifestyle and societal status. In the modern world young people need caring adults who have time to listen.

Teachers and health care professionals need constant updating of their knowledge and skills in order to be able to give up-to-date health education and contribute to the health promotion of adolescents in general. Their training should include information about mental health and psychosocial support and practical knowledge about interactive helping methods. Work counselling and discussion of values are elements that would foster professional growth. The academic challenge is to clarify promotive, preventive and professional work processes in health education in the context of health promotion of adolescents. Scholars need to study professional practices, their implementation and reformations.

LÄHTEET

- Aalberg V. 2001. Moniongelmainen lapsi, moniongelmainen perhe. Teoksessa Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Koululaisten terveys. Konsensuskokous 12-14.11. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Aalto A-M, Aro AR & Teperi J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Gummerus Oy, Saarijärvi.
- Aarva P & Pasanen M. 2005. Suomalaisten käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja niissä tapahtuneita muutoksia vuodesta 1994 vuoteen 2002. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 1, 57-71. Sosiaalilääketieteen yhdistys, Vammalan Kirjapaino Oy.
- Abdellah F. 1968. Patient-centered approaches to nursing. Second Edition. Macmillan, New York.
- Absetz P & Valve R. 2004. Elintapaneuvonta tavoitteelliseksi toiminnaksi - terveydenhoitajan roolinmuutos neuvojasta tukijaksi ja mahdollistajaksi. *Terveydenhoitaja* 7, 12-14.
- Aittola T, Jokinen K, Laine K. 1994. Nuoret, koulu ja uudet oppimisympäristöt. *Kasvatus* 5, 472-482.
- Alanen L. 1994. Perhe lapsuus ja lasten perheys – ”perhe” lasten näkökulmasta. Teoksessa Antikainen J, Haataja M-L & Korhonen M. toim. Näkökulmia perheeseen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskukseen raportteja 136. Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Alasuutari P. 1993. Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.
- Alasuutari P & Katri Manninen K. 2004 Oman elämänsä naisiksi. Artikkelit 18.4. *Lapin Kansa*.
- Andrews AH & Roy C. 1986. Essentials of the Roy Adaptation Model. Appleton-Century-Crofts, Connecticut.
- Antonovsky A. 1987. Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky A. 1983. The sense of coherence: development of a research instrument. *Newsletter and Research Reports* 1, 11-22.
- Antonovsky A. 1991. The Structural Sources of Salutogenic Strengths: In: Cooper, C. & Payne, R. (eds.) *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process*. John Wiley & Sons printed and bound in Great Britain by Biddlets Ltd, Guilford and King's Lynn.
- Antonovsky A. 1992. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. Vol. 11(1), 11-18.
- Antonovsky A. 1993. The Structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science & Medicine*. Vol. 36(6), 725-733.
- Antonovsky A. 1995. Health, stress and coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. 5.p. Jossey-Bass, San Francisco.
- Anttila P. 2005. Ilmaisu, Teos, Tekeminen ja TUTKIVA TOIMINTA. Artefakta 16. Akatiimi Oy, Hamina.
- Ardell DB. 1979. The nature and implications of high level wellness, or why ”normal health” is rather sorry state of existence. *Health Values: Achieving High Level Wellness* 3 (1), 17-24.
- Aulio K. 2005. Uni edistää oppimista. Nukkuminen ei ole pelkkää lepoa. Artikkelit, *Kainuun Sanomat*.

- Bardy M. 1989. Lapsi juopon matkassa – ja juoppo lapsen matkassa. *Mielenterveys* 28 (4), 8-13.
- Beattie A. 1996. The health promoting school: from idea to action. In: Health promotion. Professional perspectives. (ed.) Scriven A & Orme J. Anthony Rowe Ltd. Chippenham, Wiltshire. Great Britain.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J & Erbaugh J. 1961. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4, 561-571.
- Björnberg U. 1992. Parenting in Transition: An Introduction and Summary. In: Björnberg U. (ed.) *European Parents in the 1990s. Contradictions and Comparisons*. NJ: Transaction Publishers, New Brunswick.
- Blondis MN & Jackson BE. 1988. Inhimillinen yhteys. Sanaton viestintä potilaan kanssa. SHKS, WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Bornstein M, Davidson L & Moore K. Toim. 2003. *Well-Being: Positive Development Across the Life*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Borup IK. 1998. Adolescents learning health promotion: Pupil's Evaluation of Contacts with the School Health Nurse. *Vård i Norden* 3, 26-31.
- BPM-Group. 2000. Tieteellinen materiaali 25.4. Personnel Balance. Henkilöstön voimavarakartoitus. Julkaisematon.
- Brink PJ & Wood MJ. 1990. *Advanced Design in Nursing Research*. Second printing. SAGE publications, Inc. Printed in the United States of America.
- Bräutigam T. 2004. Erityisopetuksen lisääntymiseen monta syytä, *Spektri* 3, 4-5. Opetushallitus, Helsinki.
- Burns N & Grove SK. 1995. *Understanding Nursing Research*. W. B. Saunders Company. Printed in the United States of America.
- Burns N & Grove SK. 2001. *The Practice of nursing research. Conduct, critique & utilization*. Fourth Edition. WB Saunders Company, USA, 400-403, 406, 442.
- Cederblad M. 1993. *Lasten ja nuorten psykiatria*. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.
- Cork M. 1990. Unohdetut lapset. Alkoholistivanhempien lapsia koskeva tutkimus. 2. painos. A-klinikkasäätiön julkaisu 4. Helsinki.
- Cullum M. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö: haasteet ja mahdollisuudet. Teoksessa: Voutilainen P, Leino-Kilpi H, Mikkola T & Peiponen A. *Hoitotyön vuosikirja 2001*. Näyttöön perustuva hoitotyö. Tammer-paino Oy, Tampere, 29-38.
- Demi AS & Warren NA. 1995. Issues in conducting research with vulnerable families. *Western Journal of Nursing Research* 17 (2), 188 – 202.
- DiCenso A, Cullum N & Ciliska D. 1998. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing* 1 (2), 38-40.
- Downie RS, Fyfe C & Tannabill A. 1992. *Health Promotion. Models and Values*. Oxford University Press, New York.
- Ebeling H, Hokkanen T, Tuominen T, Kataja H, Henttonen A & Marttunen M. 2004. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. *Duodecim* 120, 33-42.
- Eirola R. 1999. Elämänhallintavalmiudet ja elämisen tavat. Haastattelututkimus peruskoulun seitsemäs- luokkalaisille nuorille. *Lisensiaatintutkimus*. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.
- Eirola R. 2003. Lapsiperheiden elämänhallintavalmiudet. Perheohjauksen arviointi. Väitöskirja. Luopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 102. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.

- Eirola R & Oikarinen K. 1995. Uusi oppimisympäristö terveystieteen koulutukseen Terve Kajaani -projektista. Teoksessa Korhonen K & Mäkinen R. toim. Ammattikorkeakoulut uudistuvina oppimisympäristöinä. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos. Julkaisusarja B. Teoriaa ja käytäntöä 91. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Ensio A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 89. Väitöskirja. Hoitotyön tutkimusyksikkö, Kuopion yliopistollinen sairaala. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Erikson K. 1985. Johdatus hoitotieteeseen. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Arvi A. Karisto Oy, Hämeenlinna.
- Eronen A, Londén P, Perälähti A, Siltaniemi A & Särkelä R. 2005. Sosiaalibarometri 2005. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista.
- Eräutuuli M, Leino J, Yli-Luoma P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Kirjayhtymä. Kirjapaino Oy West Point, Rauma.
- Eskola J. & Pietilä A-M. 2002. Eläytymismenetelmä ja terveystilanne: ekskursio eläytymismenetelmän käyttöön nuoren terveystilannassa. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M ja Sirola K. Terveystilanteen edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Ws Bookwell Oy, Juva.
- Eskola J & Suoranta J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13, Rovaniemi.
- Ewless I & Simnett I. 1992. Terveystilanteen edistämisen opas. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Otava, Keuruu.
- Fawcett J. 1989. Hoitotyön käsitteellisten mallien analyysi ja arviointi. SHKS, WSOY:n graafiset laitokset. Juva.
- Fredriksson H. 1992. Voimavarakartoitus - uusi työterveyshuollon työväline. Työterveyslääkärilehti 4, 49 - 53.
- Friedeman M-L. 1995. The framework of systematic organization. A conceptual approach to families and nursing. California, Sage Publications.
- Friedman M-L. 2002. Family nursing. Theory and practice. Appleton & Lange. Norwalk, Connecticut.
- Friis L, Eirola R & Mannonen M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. WSOY. Dark Oy, Vantaa.
- Furman B. 1988. Saatteeksi. Teoksessa: Tomm, K. Interventtiivinen haastattelu. Mannerheimin Lastensuojeluliitto. L-sarja n:o 3. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Gibson CH. 1991. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 16, 354 - 361.
- Glaser BG & Strauss AL. 1967. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine, New York.
- Green J. 2000. The role of theory in evidence-based health promotion practice. Health Education Research 15 (2), 125-129.
- Grönfors M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. WSOY, Porvoo.
- Guyatt GH, Jaeschke R, Feeny DH & Patrick D. 1996. Measurement in clinical trials: Choosing the right approach. In: Spilker B. (ed.) Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Second Edition. Lippincott-Raven, Philadelphia, 41-48.
- Hagquist C & Starrin B. 1997. Health education in schools - from information to empowerment models.

- Heikkinen R. 2005. Koululaisten terveys. Teoksessa Näyhä S & Laakso M. toim. Lapin terveystieteiden tutkimus 3. Oulun yliopisto. kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulu.
- Helavirta S. 2005. Koti, koulu, kaverit ja koirat – lasten kokemuksia hyvinvoinnista. Teoksessa Airto M, Helavirta S, Kurkinen J, Lojonen K ja Uusimäki M. Preventteri. Moniammatillinen yhteistyö lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 17. Oulun kaupungin painatuskeskus, Oulu.
- Helminen M. 2004. Koululaisten hyvinvoinnin kokemisen vertailu kansainvälisesti vaikeaa. *Promo, Terveystieteiden lehti* 4, 8-10. Terveystieteiden keskus ry, Helsinki.
- Helminen M & Matti Rimpelä. 2004. Lasten ja nuorten tutkimukseen ja kehityshankkeisiin ryhtyvä taas investoimaan. *Promo, Terveystieteiden lehti* 4, 13-14. Terveystieteiden keskus ry, Helsinki.
- Henderson V. 1996. *The nature of nursing*. Macmillan, New York.
- Hentinen M. 1979. Diabeetikoiden itsehoitotaitojen kehittäminen. Teoksessa: Sairaanhoidon vuosikirja XVI. Sairaanhoidajien koulutusseura. Karisto Oy, Hämeenlinna.
- Hirsjärvi S. 1975. Arvot ja arvojen konsistenssi kasvatustavoitteiden määrääntymisen lähtökohdista. *Research Reports No 47*. Kasvatustieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 1997. *Tutki ja kirjoita*. Kirjayhtymä Oy. Tampere.
- Hirvonen E, Koponen P & Hakulinen T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M & Sirola K. 2002. Terveystieteiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki.
- Honkanen V. 2005. Lapsena omaksutut elintavat luovat terveytemme perustan. *Vieraskynä* 31.7. Helsingin Sanomat.
- Hopia H, Ohranen S & Paavilainen E. 2004. Perheiden käyttäytyminen sairaalassa: terveydenhuoltohenkilöstön kuvaus epäilemättään lapseen tai nuoreen kohdistuneesta kaltoinkohtelutapauksesta. Teoksessa *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 4, 324-335.
- Hurrelman K & Lösel F. 1990. Basic issues and problems of health in adolescence. Kirjassa: Hurrelman, K. & Lösel, F. (eds.) *Health hazards in adolescence 1-21*. Walter de Gruyter, Berlin.
- Huttunen J & Hämäläinen J. 1993. Vanhempien kasvattajaominaisuuksista ja isätyypeistä. Teoksessa Ojala M. toim. *Suomalaista varhaiskasvatusta. Tutkittua ja tärkeäksi havaittua varhaiskasvatuksessa*. Lastensuojelun keskusliiton julkaisuja 91, Helsinki.
- Huusko J. 1999. Opettajayhteisö koulun omaleimaisten vahvuuksien hahmottajana, käyttäjänä ja kehittäjänä. *Kasvatustieteellisiä julkaisuja*. Joensuun yliopisto.
- Hyry-Honka O. 2004. Nuorten terveyden voimavarat ja uhat koulu yhteisössä peruskoulun seitsemäsluokkalaisten arvioina. *Lisensiaattitutkimus*. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

- Hyssälä L. 2005. Hallituksen esitysluonnos 18.1. Eduskunnalle laiksi kansanterveyslain muuttamisesta.
- Hytönen E, Miettinen A, Mölsä A, Suutarinen A & Ylipahkala, T. suom. 1986. Hoitotyön teorit. SHKS, WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Hyypä MT. 2002. Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys. PS-kustannus. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Häggman-Laitila A. 1999. Terveys ja omatoiminen terveydenhoito. Acta Universitatis Tamperensis 648. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos. Väitöskirjatyö.
- Häggman-Laitila A. 2003. Early support needs of Finnish families with small children. Journal of Advanced Nursing 41 (6), 595-606.
- Ingrosso M. 1993. Becoming sensitive to health. Effectiveness and learning in health education and promotion. Arch Hellenic Medicine 10, Suppl. A, 11-27.
- Isaak S & Michael WB. 1987. Handbook in Research and Evaluation. EdITS Publ. San Diego.
- Isola A. 1999. Päätoimittajalta: Mittaamisen mahdollisuudet ja mahdottomuudet. Hoitotiede. Vol. 11(4), 149 - 150.
- Jallinoja R. 1984. Perhekäsityksistä perhettä koskeviin ratkaisuihin. Teoksessa Haavio-Mannila E, Jallinoja R & Strandell H. toim. Perhe, työ ja tunteet. WSOY, Juva.
- Janlert U. 2004. The population as patient: on public health work. Scandinavian Journal of Public Health. Taylor&Francis healthsciences. Hampshire, United Kingdom.
- Jensen BB. 1991. Health education in holistic perspective and Children's concepts of health. In the book Nutbeam et al. Youth health promotion.
- Jones PS & Meleis AI. 1993. Health is empowerment. Advances in Nursing Science 15(3), 1-14.
- Järvikoski A & Härkäpää K. 1995. Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa: Suikkanen A, Härkäpää K, Järvikoski A, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M & Wikström J. Kuntoutuksen ulottuvuudet, 49-92. WSOY, Juva.
- Kannas L. 1995. Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. WHO-koululaistutkimus. Opetushallitus. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Kannas L & Brunell V. 2000. Subjektiv hälsa och hälsovanor och skoltrivsel: jämförelse mellan svensk- och finskspråkiga elever 1994 – 1998. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Kallio I. 2004. Juha Siltalan psykohistoriasta puuttuu ihmisen luonne. Hyvinvointikatsaus 15, 4, 55-64.
- Kallio I. 2005. Luonteettomuuden tragedia. Hyvinvointikatsaus 2, 60-64.
- Kallonen-Rönkkö M. 1995. Adaptiivisuus oppimisympäristön rakenteessa ja interaktiossa. Oulun yliopiston Kajaanin opettajankoulutuslaitoksen julkaisuja. Sarja A: Tutkimuksia 9.
- Kaltiala-Heino R, Rimpelä M & Rantanen P. 1998. Nuorten mielialan mittaaminen. Suomen lääkirilehti vsk. 53(34), 3891 - 3898.
- Kauppinen T & Nelimarkka K. 2004. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Terve Kunta –verkoston kunnissa. Aiheita 18. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Karhumaa L & Pietilä A-M. 1996. Nuoren terveysvalinnat. Minävalinta, toimintavalinta, tilannevalinta ja emmätiiä –valinta essee- ja haastatteluaineiston perusteella. Abstrakti. II valtakunnalliset ja kansanterveyspäivät ja XVII terveyskasvatustutkimuksen seminaari. Marina Congress Center, Helsinki 21 – 22.10.

- Karhumaa L. 1997. Nuoren terveystilanne. Peruskoulun yhdeksäsluokkalaisten nuorten esseisiin ja haastatteluihin perustuva kuvaus terveystilannasta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos, Oulun yliopisto.
- Karvinen M. & Savola E. 2004. Koulu on terveyden edistämisen arena. *Promo, Terveyden edistämisen lehti* 4, 22-23. Terveyden edistämisen keskus ry, Helsinki.
- Karvinen M & Solantausta T. 2004. Opettajilla ja vanhemmillä on yhteinen kasvatusvastuu. *Promo, Terveyden edistämisen lehti* 4, 16-17.
- Kattainen E & Meriläinen P. 2004. NHP, RAND-36 ja 15D mittareiden psykometrinen ominaisuuksien vertailu – mittarin valinnan perustelut sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden elämänlaatu tutkimukseen. *Hoitotiede* Vol.16 (5), 202-213.
- Kauppinen T & Nelimarkka K. 2004. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi Terve Kunta-verkoston kunnissa. Aiheita 18. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Kaustinen T. 1995. Hoitoisuusluokituksen kehittäminen ja arviointi Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa v. 1991 - 1993. Lisensiaatintutkielma. Hoitotieteen laitos, Oulun Yliopisto.
- Kazi MAF. 2000. Realist Evaluation. In Davies M. ed. *The Blackwell Encyclopedia of Social Work*. Blackwell, Oxford.
- Kazi MAF & Spurling LJ. 2000. Realist Evaluation for Evidence-Based Practice. Paper presented at the European Evaluation Society's Fourth Conference. Lausanne, Switzerland, October 2000.
<http://www.europeanevaluation.org/conferences/past/lausanne2000/index.html>
- Keltinkangas-Järvinen L. 1994. Hyvä itsetunto. WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Kettunen T, Poskiparta M & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* Vol. 14, (5).
- Kickbush I. 2001. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International* 16 (3), 289 – 297.
- Kinnunen P, Turunen H, Tossavainen K & Laukkanen E. 2004. Nuorten heikko elämäntilanne ja syrjäytymisvaara – tunnistetaanko kouluissa? VIII kansallinen hoitotieteen konferenssi 24.9.-25.9. Hoitotieteen tutkimus näkyväksi – kuinka vastata ihmisen ja yhteiskunnan haasteisiin. Tampereen yliopisto.
- Kitson A. 2000. Towards evidence-based quality improvement: perspectives from nursing practice. *International Journal for Quality in Health Care* 12 (6), 459-464.
- Kiuttu M & Rantanen P. 1996. Nuoruusiän psyykinen kehitys - monivivahteinen prosessi. *Suomen lääkirlehti* vsk. 51(3), 151-154.
- Koberg P. 2004. Suomalainen hyvinvointi – tutkimus hyvinvointipalvelujen tilanteesta ja kansalaisten hyvinvoinnista sosiaalibarometrin mukaan vuosina 1996 – 2001. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 13. Oulun kaupungin painatuskeskus, Oulu.
- Koivukangas P, Ohinmaa A & Koivukangas J. 1995. Nottingham Health Profilen (NHP) suomalainen versio. Stakes. Raportteja 187. Gummerus Kirjapaino Oy, saarijärvi.
- Koponen P. 2002. Väestön terveysseuranta. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M ja Sirola K. *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Ws Bookwell Oy, Juva.
- Koponen P, Hakulinen T & Pietilä A-M. 2002. Asiakas ja terveyspalvelut. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M ja Sirola K. *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Ws Bookwell Oy, Juva.

- Korhonen M. 1996. Äideiltä tyttärille periytyvä naiskulttuuri ja huolenpidon ansat. Naistutkimus 1(9), 13 - 28.
- Kosonen PA. 2000. Elämäntaidolliset haasteet ja ohjaus – näkökohtia habitaatin muotoutumisesta ja auttamisen asiantuntijuudesta myöhäismodernissa. Teoksessa Onnismaa J, Pasanen H ja Spangar T. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. WS Bookwell Oy, Porvoo.
- Krogerus-Therman I. 1990. Terveystottumusten muuttaminen. Hoitotiede Vol. 2(1), 105-112.
- Kukkonen J. 2005. Terveystieteen vaikuttavuus rutiinisti kerätyn tiedon pohjalta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Kulbok PA, Baldwin JH, Cox CL & Duffy R. 1997. Advancing Discourse on Health Promotion: Beyond Mainstream Thinking. *Advanced Nursing Science* 20(1), 12-20.
- Kuokkanen L & Leino-Kilpi H. 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 235-241.
- Kurki P. toim. Hoitotieteen tutkimus näkyväksi –kuinka vastata ihmisen ja yhteiskunnan haasteisiin. VII kansallinen hoitotieteellinen konferenssi 24.9. – 25.9.2004. Tampereen yliopisto.
- Kuronen M. 1993. Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos. STAKES, tutkimuksia 35. Gummerus, Jyväskylä.
- Kursula M-L, Niskala L & Pietilä A-M. 1999. Nuorten terveyden edistäminen. *Terveystieteenhoitaja* 2, 3-6.
- Kuula R. 2000. Syrjäytymisvaarassa oleva nuori koulun paineessa. Koulu ja nuorten syrjäytyminen. Väitöskirja. Joensuun yliopisto. kasvatustieteellisiä julkaisuja. Joensuu.
- Kuure T. 2001. Muistio nuorisoväkivallasta. Nuorisotyö ja polarisaatio-oletus. Nuorisotutkimusverkosto. Poliittikan tutkimuksen laitos, Tampereen yliopisto.
- Kuusela M. 2005. Tunnetaitoja voi opettaa koulutunneilla. *Kaleva* 26.7.2005. Alakerta.
- Kylmä J, Pietilä A-M & Vehviläinen-Julkunen K. 2002. Terveystieteen edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M ja Sirola K. Terveystieteen edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Ws Bookwell Oy, Juva.
- Kylmä J, Pelkonen M & Hakulinen T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* Vol. 16 (6), 250-257.
- Kyngäs H. 1995. Diabeetikkonuorten hoitoon sitoutuminen: Teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Väitöskirjatyö. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 352. Oulu.
- Kyngäs H. 1999. Mittarin kehittäminen diebeetikkonuorten hoitoon sitoutumisen arvioimiseksi. *Hoitotiede*. Vol. 11(4), 151 - 162.
- Laaksonen S. 2005. Kunnollisuus kiehtoo brittinuoria. Hyvä uutinen. Artikkelit 31.7. *Kaleva*.
- Laamanen K, Laine RO, Pääkkönen J, Vakkuri J, Vallinoja V & Väyrynen P. 1999. Mittaamisen parantaminen. Laatu keskus. 1. painos. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Lahtinen E, Lehtinen V & Riikonen E. 1998. Framework for Action for European Mental Health Promotion, Stakes.
- Laitakari J. 1979. Terveystieteen kasvatusta: johdatus suunnitteluun, menetelmiin ja arviointiin. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, Helsinki.

- Lajunen H-R, Keski-Rahkonen A, Pulkkinen L, Rissanen A & Kaprio J. 2004. Nuorten harrastukset ja niiden yhteydet ylipainoisuuteen 14- ja 17-vuotiailla. Teoksessa *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 276-288.
- Landgren-Möller E. 2005. Onnea vai hyvinvointia? *Hyvinvointikatsaus* 2, 30-31.
- Lane J, Lane A & Kyprianou A. 2004. Self-efficacy, self-esteem and their impact on academic performance. *Social Behavior and Personality* 32 (3), 247-256.
- Laukkanen E, Koivu A, Honkalampi K, Aivio A & Lehtonen J. 2001. The stability and correlates of a negative coping self among adolescents. *Advances in Psychology Research* 5, 141-152.
- Laukkanen T & Laukkanen E. 2004. Sijaislapsista suuri osa vailla tarvitsemaansa psykiatrista apua. Teoksessa *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 4, 303-309.
- Lauri S. toim. 1984. Päätöksenteko hoitotyön prosessissa. *Sairaanhoitajien koulutussäätiö*. Länsi-Savo Oy, Mikkeli.
- Lauri S. 1986. *Hoitotyön Ammatillinen päätöksenteko*. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Vaasa Oy.
- Lauri S. 2003. Tutkiva hoitotyö –lehden pääkirjoitus Vol.1 no 2.
- Lauri S. 2005. *Sairaanhoitajan ammatti – tietoa, päätöksentekoa ja vaikuttamista*. Hoitotyön vuosikirja 2005. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. Silverprint Oy, Sipoo.
- Laverack G. 2004. *Health Promotion Practice, Power & Empowerment*. SAGE Publications Ltd, London.
- Lee RM. 1993. *Doing Research on Sensitive Issues*. Sage Publications, London.
- Lehtinen V, Riikonen E & Lahtinen E. 1997. *Promotion of Mental Health on the European Agenda, Stakes*.
- Leino-Kilpi H, Walta L, Helenius H, Vuorenheimo J & Välimäki M. 1994. *Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset*. Raportteja 151. Stakes Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.
- Liimatainen L. 2002. *Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Jyväskylä.
- Liimatainen L & Ryttyläinen K. 2004. Tehoa terveyden edistämiseen osaamisen yhteisestä määrittelystä? *Terveydenhoitaja* 8, 34-35.
- Lincoln YS & Guba EG. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications. Beverly Hills, California.
- Lindholm L. 1993. Den unga människans hälsobild - en studie över gymnasieelevers uppfattning om hälsa. *Hoitotiede*. Vol. 5(2), 56-63.
- Lindholm L. 1997. Health Motives and Life Values. A Study of Young Person's Reasons for Health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11, 81-89.
- Lindqvist T. 2005. Yrityksiä pureutua vaikuttavuuden tutkimukseen. *FinSoc, Sosiaalialan menetelmien arviointi*. 1, 19-23.
- Lintunen T & Kannas L. 2005. *Tunnetaitojen opetus sopii kouluun*. Vieraskynä. Helsingin Sanomat 14. heinäkuuta 2005.
- Lohiniva V. 1999. *Terveydenhoitajan työ ja koulutus pohjoisessa toimintaympäristössä*. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis, Medica. D 509. Oulu.
- Ludbrook A & Farrar S. 1998. *Health Promotion: an evidence based future*. Report on HERU Policy Conference 1997. *Health Bulletin* 6 (56), 35-42.

- Lukkarinen H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntyyli. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Väitöskirjatyö. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 562, Oulu.
- Lukkarinen H & Hentinen M. 1994. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen tulevien potilaiden itsehoitovalmiudet. Hoitotieteellinen tutkimus tänään ja tulevaisuudessa. III kansallinen hoitotieteen konferenssi, Tampereen yliopisto. Tehokopiointi, Tampere.
- Lämsä A. 1984. Tervettä aikuisuutta kohti. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja tilastot ja selvitykset 1. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Malk M. 2005. Systemiäly, moraalit ja oikeudenmukaisuus. Teoksessa Hämäläinen RP & Saarinen E. toim. Systemiäly 2005. Helsinki University of Technology. Systems Analysis Laboratory Research Reports B25, Helsinki.
- Malmivaara A. 2004. Terveyspolitiikka voi perustua näyttöön. Oikeat asiat oikein. Artikkelit Oxfordin yliopiston professori Muir Grayn luennosta. Impakti 3, 3-5.
- Maslow AH. 1970. Motivation and Personality. New York. Harper & Row.
- Mattila A. 1988. Karl Tomm, Interventtiivinen haastattelu. Mannerheimin Lastensuojeluliitto. L-sarja n:o 3. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Mattila A. 1998. Voimavarat, ratkaisut, tarinat. Työselosteita 16/1998. Kuntoutussäätiö.
- Mattus M-R. 1994. HMI. Haastatteluopas perhekeskeiseen työhön. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Helsinki.
- McGee R, Feehan M & Williams S. 1995. Long-term follow-up of a birth cohort. In: Verhulst FC & Koot HM (ed.) The epidemiology of child and adolescent psychopathology. University Press, Oxford, 365-383.
- McQueen DV. 1996. The search for theory in health behaviour and health promotion. Health Promotion International 11 (1), 27-32.
- Meleis AI. 1991. Theoretical Nursing: Development & Progress. Second Edition. J. B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Meltaus A & Pietilä A-M. 1998. Perheidentiteetti ja nuoren elintapavalinnat: Interventtiivinen haastattelumenetelmä perheen vahvuuksien arvioinnissa. Hoitotiede Vol. 10 (5), 279-288.
- Meriläinen P. 1981. Sydänkohtausten sairastaneiden itsehoitovalmiuksien kehittäminen. Kahden erilaisen ohjauksen käytännön vertailu. Teoksessa: Sairaanhoidon vuosikirja XVIII. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Katrasto Oy, Hämeenlinna.
- Mesiäislehto-Soukka H. 2005. Perheellisyyden isien kokemana – fenomenologinen tutkimus. Väitöstutkimus. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. D 829. Oulu.
- Miettinen M, Hopia H & Koponen L. 2005. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisiin hoitotyön interventiotutkimuksiin. Hoitotyön vuosikirja 2005. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Silverprint Oy, Sipoo.
- Murray RB & Zentner JP. 1989. Nursing concepts for health promotion. Prentice Hall, Great Britain.
- Myllymäki R. 2005. Ihmisen monet luonteet. Hyvinvointikatsaus 2, 58-60
- Mäkelä K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä K. toim. Kvalitatiivisten aineistojen analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Helsinki.
- Mäkinen K. 2005. Poliittikan huipulta lasten valtuutetuksi. Artikkelit 24.7. Kaleva .

- Mäntymaa L. 2000. Saako nuori osallistua ja vaikuttaa? Terveysmuotokuva -mittarista uusi työväline terveydenhoitajille. Esitelmä terveydenhoitajapäivillä Kajaanissa 1.-2.4.2000 Kerttu Oikarinen. *Terveydenhoitaja* 5, 4-8.
- Mäntysaari M. 1999. Arviointitutkimuksen taustaoletukset. Teoksessa: Eräsaari R. ym. toim. *Arviointi ja asiantutnijuus*. Gaudeamus. Tampere.
- Määttä K. 2004. Lapsen oikeus tukee vanhemmuutta. Artikkelit 20.11. *Lapin Kansa*.
- Niiniluoto I. 1989. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofian käsiteanalyysi. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Nikkinen T. 2005. Diagnoosi: masentunut. Artikkelit 31, 20-27. *Suomen kuvalehti*.
- Niskanen T, Paavilainen E, Tarkka M-T & Puura K. 2002. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä –hankkeen koulutuksellisten valmiuksien ilmeneminen terveydenhoitajan viestinnässä. Teoksessa: Kanste O, Kyngäs H, Lukkarinen H & Utriainen K. Yksilöiden terveyden ja hyvinvoinnin vahvistaminen eri ympäristöissä elämänsä elämiskulun kaikissa vaiheissa. VII kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Proceedings book. *Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja* 4.
- Nunnally JC. 1978. *Psychometric theory*. 2nd ed. New York, McGraw-Hill.
- Nupponen R, Aarva P, Laitakari R, Miilunpalo S, Paronen O & Urponen H. 1991. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa Urponen H, Aarva P & Nupponen R. toim. *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja*. Tampere. 1991; 11 – 25.
- Nupponen R. 1994. *Terveyspsykologian perusteet*. Stakes. Oppaita 21. Helsinki.
- Nutbeam D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15 (3), 259 – 267.
- Nylander O, Ojala M & Talo S. toimitusneuvosto. 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF. WHO. Ohjeita ja luokituksia 4. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Ohinmaa A, Niemelä A, Koivukangas P & Koivukangas J. 1993. Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen aivokasvainpotilailla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 30, 203-210.
- Oikarinen K. 1994. *Minäavain*. Hyödyllisyysmalli nro U940134. KAIMIX, Kajaanin ammattikorkeakoulu, Kajaani.
- Oikarinen K. 1995. Työvälineitä hoitotyön laadun kehittämiseen. Julkaisematon moniste.
- Oikarinen K. 2001. Terveysteen edistämisen mittaaminen. Terveysmuotokuvamittarin kehittäminen ja kokeilu terveydenhoitajan työssä. *Lisensiaatintutkimus*. Kuopion yliopisto.
- Oikarinen K, Eirola R & Pietilä A-M. 1997. Terveystkeskustelu. Terveystdenhoitaja ja nuori terveysttä etsimässä ja arvioimassa. *Sairaanhoitaja* 5, 11-13.
- Oikarinen K & Eirola R. 1999. Kouluterveydenhoitajan työn kehittämiskokeilu. *Kainuulaisten nuorten terveystmuotokuva -hanke Hauholan peruskoulun yläasteella*. Stakes, Aiheita 3. Helsinki.
- Oikeusministeriö. 2003. Nuorisoriikostoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2. *Edita Prima Oy*.
- Onnismaa J, Pasanen H & Spangar T. toim. 2000a. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. PS-kustannus. *WS Bookwell Oy*, Juva.
- Onnismaa J, Pasanen H & Spangar T. (toim.) 2000b. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. *WS Bookwell Oy*, Porvoo.

- Orem DE. 1991. Nursing. Concepts of Practice. McGraw-hill Company, New York.
- Paasivaara L. 2005. Sairaanhoidajan työ muutoksessa. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 80 vuotta. Sairaanhoidajalehti 8, 5-9.
- Pakarinen P. 1979. Pelko pois. Kirjayhtymä. K.J. Gummerus Osakeyhtiön kirjapaino, Jyväskylä.
- Pakkala E. Päihdemuisti laukaisee himon alitajuisesti. MediUutiset 27.1.2005. <http://www.mediuutiset.fi>.
- Parse RR. 1981. Man-Living-Health: A theory of nursing. New York. Wiley.
- Parse RR. 1992. Human Becoming: Parse's Theory of Nursing. Nursing Science Quarterly 5(1), 35 - 42.
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.
- Pawson R & Tilley N. 1997. Realistic Evaluation. Sage, London.
- Peavy VR & Auvinen P (suom.) 2000. Ammatinvalinnan ja urasuunnittelun ohjaus postmodernina aikana. Teoksessa Onnismaa J, Pasanen H & Spangar T. toim. Ohjaus ammattina ja tieteenalana. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. PS-kustannus. WS Bookwell Oy, Juva.
- Peavy R. V. 1997. SocioDynamic Counselling. Trafford Publishers, Victoria, Canada. Suomeksi: Sosiodynaaminen ohjaus (suom. P. Auvinen). Psykologien Kustannus, Helsinki.
- Pelkonen M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 18. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.
- Pelkonen M. 1995. Voimaa hoitotyöhön, voimavara-ajatteluun liittyviä teoreettisia ja käytännöllisiä kysymyksiä. Teoksessa Mölsä A. toim. Hoitotyön tutkimuksen hyväksi 30 vuotta. Sairaanhoidon Tutkimuslaitoksen Kannatusyhdistys ry:n 30-vuotisjuhlajulkaisu. Sairaanhoidon Tutkimuslaitoksen julkaisuja, Helsinki.
- Pelkonen M. 1988. Itsestä huolenpito ja hoitotyön palvelut. Tutkimus nuorten kuntalaisten sekä terveyden- ja sairaanhoitajien itsestä huolenpitoa, terveyttä ja hoitotyötä koskevista käsityksistä. Lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden osasto. Terveydenhuollon hallinnon laitos. Hoitotiede.
- Pelkonen M. 2002. Mitä on näyttö hoitotyössä? Sairaanhoidaja 75 (4), 11-13.
- Pelkonen M & Löthman-Kilpeläinen L. 2000. Neuvola lapsiperheen tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990 –luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 10. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Pelkonen R. Lapin Kansa 28.10.2004. Arkkiatri laittaisi lääkärit opettamaan terveystietoa.
- Pelto-Huikko A. 2005. Terveysbarometri 2005. [www.health.fi/terveysbarometri 2005](http://www.health.fi/terveysbarometri%2005).
- Peltonen H. 1994. Terveyttä ja turvallisuutta edistävä koulu. Teoksessa: Peltonen, H. (toim.) Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa. Opetushallituksen julkaisuja 21. Painatuskeskus, Helsinki.
- Peltonen H. 1998. Terveyden edistämisen ja terveystieteiden maailmanliiton IUH-PEn XVI konferenssi, Terveydenhoitaja 8,1998, 21.
- Peltari P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvaalifikaatiovaatimukset. Stakesin tutkimuksia 80. Gummerus, Jyväskylä.
- Perttilä K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Kuopion yliopisto. STAKES Tutkimuksia 103, Jyväskylä.

- Pihlström S. 2002. Ajattelu ja terveys: Huomioita terapeuttisesta filosofiasta ja filosofi-
sesta terapiasta. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Sal-
minen E-M ja Sirola K. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Ws
Bookwell Oy, Juva.
- Pietikäinen R. 2003. Nuorten kahvilahankkeen arviointi. Helsingin kaupunki, Nuori-
soasiainkeskus, Hesari Nuorten Ääni –kampanja.
- Pietilä A-M. 1994. Elämänhallinta ja terveys. Pitkittäistutkimus pohjoissuomalaisilla
nuorilla miehillä. Acta Universitatis Ouluensis Medica. D 313. Hoitotieteen laitos,
Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto.
- Pietilä A-M. 1998. Nuoren terveys ja elämäntilanne terveyden edistämisen näkökulmas-
ta. Lähtökohtien pohdintaa ja empiirisiä esimerkkejä. Teoksessa Parviainen, T., Pel-
konen, M. (toim) Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen. Työvälineitä hoito-
työhön. Sairaanhoidon tutkimuslaitos. Stakes, Raportteja 217.
- Pietilä A-M. 1999. Perhe nuoren kontekstina: vanhempien ja nuorten väliset sosiaaliset
suhteet ja vanhempien voimavarat. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-
Julkunen, K. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY - Kirjapainoyk-
sikkö, Porvoo.
- Pietilä A-M, Eirola R & Oikarinen K. 1998. Terveysmuotokuva-käsitejärjestelmä. Hoi-
totieteen näkökulma terveyden tutkimiseen. Hoitotiede 2 (10),78-86.
- Pietilä A-M, Eirola R & Vehviläinen-Julkunen K. 2002a. Työmenetelmiä terveyttä edis-
tävässä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P,
Salminen E-M ja Sirola K. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Ws
Bookwell Oy, Juva.
- Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M & Sirola K. 2002b.
Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Ws Bookwell Oy, Juva.
- Pietilä A-M, Meriläinen P, Tossavainen K & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Preventii-
vinen hoitotiede - yksilö, yhteisö ja kulttuuri terveyden tutkimuksessa. Hoitotiede 11
(6), 325-333.
- Piha T. 1998. Terveyden edistäminen 21. vuosisadalla. Kansanterveyslehti 2.
<http://ktl.fi/portal/suomi/julkaisut> .
- Pirkanen M, Pietilä A-M & Pelkonen M. 1999. Itsetunnon tukeminen masentuneen
nuoren kokemana. Terveydenhoitaja 2, 8-10.
- Polit FD & Hungler BP. 1995. Nursing Research. Principles and methods. 5 th ed. J. B.
Lippincott Company, Philadelphia.
- Popham WJ. 1978. Criterion-referenced measurement. Englewood Cliffs. Prentice Hall,
New Jersey.
- Poskiparta M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien
terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä.
Studies in sport, physical education and health 46. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T, Liimatainen L & Vähäsarja K. 2004. Uusi työväli-
ne elintapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan. Terveydenhoitaja 7, 15-17.
- Poutanen S. 2005. Kriittisen realismin metodologisesta otteesta yhteiskuntatieteissä.
Teoksessa: Räsänen P, Anttila A-H & Melin H. toim. Tutkimus menetelmien pyör-
teissä. PS-Kustannus, Jyväskylä.
- Prochaska JO & DiClemente CC. 1983. Stages and processes of self-change of smoking
toward an integrative model of a change. Journal of Consulting and Clinical Psy-
chology, 51(3), 390 – 395.
- Prochaska JO & Norcoross JC. 2003. Systems of psychotherapy. A transtheoretical
Analysis. 5th Thompson CA.

- Pulkkinen L. 1993. Lasten ja nuorten käyttäytymispiirteet nuorten aikuisten terveyden ennakoijina. *Psykologia* 28, 4-9.
- Pönkkö M-L, Taanila A, Linna S-L, Ebeling H & Nikkilä J. 2004. Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun toiminnan monitahoarviointi: verkostossa toimivien asiantuntijoiden näkökulma. Teoksessa *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 4, 289-302.
- Raatikainen R. 1986. Itsehoito ja hoitotyö. SHKS, Helsinki.
- Ranki A. 1999. Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita? Kauppakaari Oyj. Gummerus Kirjapaino Oyj, Jyväskylä.
- Raitasalo R. 1995. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1. Kelan omatarvepaino, Helsinki.
- Rask M. 2000. Asiantuntijoiden esitys: Terveystiedosta oma oppiaine. Suomen Syöpäyhdistys. <http://www.cancer.fi>.
- Reuna V. 1997. Perhebarometri. Selvitys suomalaisten perheeseen liittyvistä käsityksistä. Väestöliitto, Helsinki.
- Riihinen O. 1996. Elämänhallinta-käsitteen erittelyä ja ongelmia. Teoksessa Raitasalo R. toim. 1996. Elämänhallintaa etsimässä. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Kelan omatarvepaino. Helsinki.
- Riikonen E. 2000. Henkinen hyvinvointi, voimanlähteet, kuntoutuminen. Teoksessa Onnismaa J, Pasanen H & Spangar T. toim. Ohjaus ammattina ja tieteenalana. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. PS-kustannus. WS Bookwell Oy, Juva 2000.
- Riikonen E & Makkonen M. 2005. Hyvinvointi ja runsauden kieli. Teoksessa: Hämmäläinen P & Saarinen E. *Systemiäly 2005*. Systems Analysis Laboratory Research Reports. Helsinki University of Technology.
- Rimpelä M. 1994. Terveyden edistäminen ja terveystieteiden kasvatusta – katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 5 -22.
- Rimpelä M. 2005. Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä. Kysely terveyskeskuksille. III asiantuntijaseminaari 21.11. Stakes.
- Rimpelä M & Luopa P. toim. 1996. Kouluterveys 1996-tutkimus. Tutkimus Kainuun peruskoulujen, lukioiden ja ammattioppilaitosten oppilaiden kouluviihtyvyydestä, koetusta terveydestä ja hyvinvoinnista, päihde ja seksuaalikäyttäytymisestä. Stakes. Tampereen ja Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitos. Kajaanin kaupungin painatuskeskus, Kajaani.
- Rimpelä M, Rimpelä A, Vikat A, Hermanson E, Kaltiala-Heino R, Kosunen E. & Savolainen A. 1997. Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? *Suomen lääkirilehti vsk.* 52 (24), 2705-2712.
- Rimpelä M. 2000. Viides vuosi menossa – kannattaako kouluterveyskyselyjä jatkaa? Stakes. <http://stakes.fi/kouluterveys/ktlehti/ktl1000/luennot2.htm> .
- Ringheim K. 1995. Ethical Issues in social science research with special reference to sexual behavior research. *Social Science and Medicine* 40 (12), 1691 – 1697.
- Rodwell CM. 1996. An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 23, 305 – 313.
- Rokka P & Sundelin A. 1993. Nuorten naisten elämän orientaatio. *Tutkimusluentoja*. *Psykologia* 28, 260-266.
- Romanoff K. 2004. Luokan pellet ja puurtajat. Temperamentti muovaa yksilöitä. *Spektri* 3, 32-33. Opetushallitus, Helsinki.
- Roper N, Logan WW & Tierney AJ. 1980. *The Elements of Nursing*. Churchill Livingstone, New York.

- Rosblom O, Ruuskanen U, Laine T & Vertio H. 1994. Nuorten hoitotyö. Kirjayhtymä. Hygieia. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Rowe D. 1985. Irti masennuksesta. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Painokaari Oy, Helsinki.
- Rutanen M. suom. 1986. Alice Miller. Älä huomaa. Muunnelmia paratiisiteemasta. Toinen painos. WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Ryttyläinen K, Liimatainen L, Blek T, Heikkilä J, Paunonen T & Miettinen M. 2004. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön yhteiskunnallinen osaaminen terveyden edistämisen palveluksessa. Tutkiva hoitotyö Vol. 2 (4), 10-16.
- Räsänen J. 2005. Voimaantumishankkeiden ensiaskel on havahtuminen. Luento Järvenpään kirjastossa 12.1. <http://www.exba.net/asp>
- Rönkkönen H & Nevalainen A. 2002. Perhe, kaverit ja terveysvalinnat. Kuudesluokkalaisten mielikuvia alkoholikokeiluista. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Rönkkönen H, Nevalainen A, Pietilä A-M & Eskola J. 2004. Kuudesluokkalaisten mielikuvia alkoholikokeiluista. Konferenssiesitelmä teoksessa Aho A-L, Halme N, Koivula M, Paavilainen E, Rantanen A & Åstedt-Kurki P. toim. Hoitotieteen tutkimus näkyväksi – kuinka vastata ihmisen ja yhteiskunnan haasteisiin. VII kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. 24.9. – 25.9. Tampereen yliopisto.
- Saarikivi S. suom. 1984. Lin Jutang. Maallinen onni. WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Sahlman E. 2005. Terveyden edistämisen laatusuositus. Edistä terveyttä – säästä sairaanhoidossa. Stakes. Esitys 3.3. Rovaniemi.
- Sailas R. 2005. Itse tekemisen ilot. Hyvinvointikatsaus 2, 8 – 10.
- Sauvola M. 2005. Perheen rinnalla – kohti laaja-alaista tukea oikeaan aikaan. Teoksessa Hokkanen L, Lassila M ja Saarinen A. toim. 2005. Yhdessä uusiin aloituksiin. Katsauksia Ankkuri-perheprojektiin. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 16. Oulun kaupungin painatuskeskus, Oulu.
- Savola E & Koskinen-Ollonqvist P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu –sarja 3. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Savolainen A. 2001. Koulu työpaikkana. Työolojen itsearviointi ja kehittämistarpeet oppilaiden ja henkilökunnan näkökulmasta. Väitöstutkimus. Tampereen yliopisto.
- Savolainen J. 2004. Perhetyyppi ja seksuaalinen väkivalta: onko uusperheiden tytöillä suurempi riski? Teoksessa Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2004: 4, 310-323.
- Shelton SM, Wallston K & Smith C. 1995. The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. Health Education Research, Theory and Practice. Vol. 10 (1), 51-64.
- Skevington SM. 2002. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQL development. Quality of Life Research 11, 135-144.
- Silva MC. 1996. Ethical issues. New ANA guidelines for ethics in nursing research. Nursing Connections 9 (2), 28 – 33.
- Simoila R. 1994. Terveydenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Stakesin tutkimuksia 48. Gummerus, Jyväskylä.
- Sinialmi M. 2005. Ihmisen hyvä elämä. Aristoteleen oikeudenmukaista yhteiskuntamallia vaalittava. Parkinson postia 2/2005, 4.
- Sinialo P. 2000. Ohjauksen ja neuvonnan tutkimuksesta Suomessa. Teoksessa Onnismaa J, Pasanen H & Spangar T. toim. Ohjaus ammattina ja tieteenalana. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. PS-kustannus. WS Bookwell Oy, Juva.

- Sintonen H. 1994. The 15D measure of health-related quality of life: Reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system. National Centre for Health Program Evaluation, Working Paper 41. Verkkoartikkeli 20.5.2005 osoitteesta <http://chpe.buseco.monash.edu.au>.
- Sintonen H. 2001. The 15D instrument of health-related quality of life: Properties and applications. *Annals of Medicine* 33 (5), 328-336.
- Sirola K & Salminen E-M. 2002. Projekti-, verkosto- ja tiimityöskentely terveyden edistämiseksi. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M ja Sirola K. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Ws Bookwell Oy, Juva.
- Sivonen K, Krogerus-Therman I, Siivola U & Lindholm K. 1986. Terveydenhoito-opin perusteet. WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Smith MS, Wallston KA & Smith CA. 1995. The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health education research. Theory & Practice*. Vol. 10(1), 51-64.
- Soininen M. 2005. Lukiolaistyttöjen mielenterveys järkkyy. *Mediuutiset*. www.mediuutiset.fi.
- Solantausta T. 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria ja lasten kehitysympäristöt. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 4, 273-275, 41. vuosikerta. Pääkirjoitus. Vammalan Kirjapaino Oy
- Sonninen A. 1997. Testing Reliability and Validity of the Finnish Version of the Appraisal of Self-Care Agency (ASA) Scale with Elderly Finns. Department of Nursing Science. University of Kuopio, Kuopio.
- Spangar T. Ohjaajan ja asiakkaan kohtaaminen ”sisältä ulos”. Teoksessa: Onnismaa J, Pasanen H ja Spangar T. (toim.) 2000b. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. WS Bookwell Oy, Porvoo.
- Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L & Newell-Stokes V. 1998. Evidence-based practice and role of nursing leadership. *Journal of Nursing Administration* 28 (7/8), 45-53.
- StLeger L. 2001. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promotion International* 16 (2), 197 – 205.
- Stakes. 2005. Terveyden edistämisen laatusuositus. Edistä terveyttä – säästä sairaanhoidossa. Stakes.
- STM. 2001. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Julkaisuja 4. Helsinki.
- STM. 2002. kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 3. <http://www.stakes.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>. 12.9.2002.
- STM. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Oppaita 8. Helsinki.
- STM. 2005. Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2005. Vahvistettu 10.1. Helsinki. <http://www.stm.fi>.
- Suikkanen A. 2005. Myöhäinen puuttuminen maksaa nuoren tulevaisuuden. Esitelmä Nuoret lainrikkoajat-seminaarissa 22.2.2005. Rovaniemi. Ranta T. Artikkelit 24.2. Lapin Kansa.

- Sullivan GC. 1989. Evaluating Antonovsky's salutogenic model for its adaptability to nursing. *Journal of Advanced Nursing* 14, 336-342.
- Sullivan GC. 1993. Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1772-1778.
- Suominen S. 1993. Perceived health and life control. National research and development centre for welfare and health. Research reports 26. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Söderqvist S & Bäckman G. 1988. Life control and perceived health. *Meddelanden från ekonomisk statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi. Socialpolitiska institutonen. Ser A: 232. Åbo.*
- Tastula M & Mäkelä J. Punainen sulka 2.1.2005.
- Teperi J. 2004. Mikä ohjaa suomalaista terveydenhuoltopolitiikkaa – vai ohjaako mikään? Teoksessa: Rimpelä M & Ollila E. Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Terho P & Vakkilainen E-L. 1993. Kouluterveydenhuollon tukiaineisto. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 16. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. 1995. Terveyskasvatustutkimuksen kehittäminen Suomessa 1990-luvulla. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 32, 143-158.
- Toljamo M. 1998. Insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoito. Väitöskirjatyö. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D 504, Oulu.*
- Tomm K. 1987a. Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist. *Family Process* 26, 3-12.
- Tomm K. 1987b. Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. *Family Process* 26, 167-183.
- Tossavainen K. 1993. Nuorten terveystietämystä tukeva koulun terveystieto. Tupakointia ja alkoholin käyttöä ehkäisevän terveystietohjelman arviointitutkimus. (Health education in schools to encourage good health habits. Evaluation of preventive health education concerning the use of tobacco and alcohol). STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 22. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Tossavainen K, Turunen H, Jakonen S & Vertio H. 2004. Health promotional education: differences between school nurses' health counselling and teachers' health instruction in the Finnish ENHPS. *Children & Society*, in press.
- Tuning. 2000. Educational Structures in Europe 2000 – 2004. Nursing competences. Draft.
- Tupala M, Tossavainen K & Turunen H. 2004. Terveystietäminen lasten ja nuorten hoitotyössä. *Hoitotiede Vol. 16, (3), 99-110.*
- Tyrväinen H. 2004. Verkostoituminen ja yhteistyö terveystiedon opetuksessa. *Promo, Terveystieteen edistämisen lehti* 4, 36-37. Terveystieteen edistämisen keskus ry. Helsinki.
- Töyry E, Julkunen-Vehviläinen K, Roine E, Mattila M & Rissanen V. 1999. Ihmisläheisen hoidon kehittäminen - mitä potilaspalaute kertoo? *Suomen lääkäri* 54(5), 525 - 529.

- Töytäri J. 1993. Kyllä sinä osaat. Positiivarit Ky. NettoPaino, Joutsa.
- Urjanheimo E-L. 2000. Terveystieto peruskoulun oppiaineena. Suomen Terveystietojärjestö. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/ktlehti/ktl1000/luennot2.htm> .
- Vallimies-Patomäki M, Perälä M-L & Lindström E. 2003. Miten sairaanhoitajien tehtäväkuvien laajentaminen on onnistunut? Systemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö. Vol. 1(2).
- Vertio H. 2003. Terveystieteen edistäminen. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Vornanen R. 2000. Turvallisuus elämän kysymyksenä. 13-17-vuotiaiden nuorten turvallisuus ja turvattomuuden aiheet. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Kuopio.
- Walker SN, Sechrist KR & Pender NJ. 1987. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research. Vol 36(2).
- Walz CF, Strickland OL & Lenz ER. 1991. Measurement in Nursing Research. Second Edition. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- White M & Epston D. 1990. Narrative means to therapeutic ends. Norton, New York.
- WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November – WHO/HPR/HEP/95.1. http://www.who.int/hpr/NHP/docs/ottawa_charter_hp.pdf .
- WHO-Koululaistutkimus 2002. In: Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf> .
- WHO. 2005. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en.
- Wickström G. 2004. Työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Terveystieteen 2005 seminaari 2.2. Helsinki.
- Vähäsarja K, Poskiparta M, Kettunen T & Kasila K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Terveystieteen tutkimuskeskus, Terveystieteen laitos, Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Ylipulli-Kairala K. 2005. Oppimisympäristö ja nuorten terveyden edistäminen. Yläkoulu opettajien kuvauksia. Lisensiaattitutkimus. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.
- Yura H & Walsh M. 1990. Inhimilliset tarpeet ja hoitotyö I. SHKS, WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Zindler-Wernet P & Weiss SJ. 1987. Health Locus of Control and Preventive Health Behavior. Western Journal of Nursing Research. Vol 2(9), 160-179.

LIITTEET

- LIITE 1. Lähdeaineiston luokittelu tiedeperustan mukaan.
- LIITE 2 Laadullinen sisällönanalyysi terveysmuotokuvamittarin kehittämisprosessissa.
- LIITE 3. Minä^ovain.
- LIITE 4 Abduktiivinen päättely realistisen evaluaatioprosessin vaiheissa.
- LIITE 5 Minä^ovain ja Parsen (1992) ihminen-elämä-terveys -teorian sovellus.
- LIITE 6 Terveysmuotokuva –käsitejärjestelmä (Pietilä ym. 1998).
- LIITE 7. Kokeilussa käytetty terveysmuotokuvamittari.
- LIITE 8. Terveysmuotokuvat.
- LIITE 9. Terveysmuotokuvamittarilla kerätyn haastatteluaineiston arviointiperusteet, taulukko 1 ja 2.

Lähdeaineiston luokittelu tiedeperustan mukaan.
(Tieteen alan valinta perustuu julkaisupaikkaan)

Tieteen ala	Julkaisujen määrä	Kirjoittajien määrä
Hoitotiede	121	220
Terveyskasvatus	58	94
Kansanterveystiede	49	92
Yhteiskuntatieteet	45	63
Kasvatustiede	32	46
Sosiaalilääketiede	31	48
YHTEENSÄ	336	563
- suomenkielisiä	246	
- vieraskielisiä	90	

LAADULLINEN SISÄLLÖNANALYYSI TERVEYSMUOTOKUVAMITTARIN KEHITTÄMISPROSESSISSA

Tutkimusprosessi	Sisällönanalyysin vaiheet
1. Monitieteellisen tutkimusaineiston keruu	Kirjallisuuteen perehtyminen ja tutkimuksen kannalta keskeisten tutkimustulosten ja asiantuntijalausuntojen kirjaaminen: <i>terveyden edistämisen käsitelmäärityt, terveystasvatuksen käsitelmäärityt, nuorten terveyden edistämisen, koulujen ja kouluterveydenhuollon haasteet, terveyden edistämisen osaamisen haasteet, mittaaminen terveyden edistämisen ja terveystasvatuksen tutkimuksessa, nuoret kohderyhmänä, nuorten terveys ja terveystasvitykset, nuorten elämänpiiri</i>
2. Dokumentaarisen aineiston tiivistäminen	Kerätyn aineiston huolellinen lukeminen, tutkimustulosten ja käsitelmääritysten etsiminen, yhdistäminen ja luokittelu
3. Realistisen evaluaatioprosessin vaiheiden mukainen eteneminen ja abduktiivinen päättely	Tiivistyneen aineiston kirjaaminen tutkimusraporttiin, kokoavien taulukoiden (taulukot 1, 3-11, 15) ja kuvioiden (1-2) laatiminen tutkimuksen keskeisistä tema-alueista. Käsitelmääritysten, teorioiden ja mallien sekä kehitteillä olevan terveystasvotokuvamittarin keskeisten sisältöalueiden jäsentäminen ja vertailu. (ks. liite 4)
4. Tutkimustulokset, pohdinta ja johtopäätökset	Ikäspesifin terveystasvotokuvamittarin mallinnus (kuvio 3) ja luotettavuuden arviointi

Käyttöohje

”Minäavain on tarkoitettu Sinulle, joka haluat uudistua ja löytää menestymisen avaimet itsestäsi. Minäavaimen avulla voit eritellä elämäntilanteitasi, oppia nauttimaan elämäsi kohokohdista ja voit luoda positiivisen elämänasenteen. Positiivinen asenne heijastuu äänensävyssäsi, käytöksessäsi, olemuksessasi, elämäntyytyllisessäsi ja tavassa, jolla kohtelet muita ihmisiä. Suurin este menestymiselle on oma mielialasi. Jos olet välinpitämätön, et uskalla yrittää ja ottaa riskejä tai mielessäsi on jatkuvasti virheet ja epäonnistumiset, Sinun on aika löytää itsesi. Menestyäksesi mieti tarkalleen, mitä haluat, halua sitä vilpittömästi ja ole valmis käyttämään voimavaroja sen saavuttamiseksi. Suurenkin muutoksen alku voi piillä pienessä teossa itsesi hyväksi.

Toimi näin:

1. Yleiskuva elämäntilanteesta: määritä minäkuva, riippuvuussuhteet, elämänkulku ja mieliala (kehä 1, keskikehä)
2. Itsehoidollisten tarpeiden arviointi: tarkastele kehää 2 kohta kohdalta ja arvioi jokaisessa elämisen toiminnossa odotuksiasi/tavoitteitasi, voimavarojasi ja sitoutumistasi muutokseen (kehä 3). Kirjaa mietteesi ja etsi toiminnot, joista innostut eniten.
3. Muutoksen suunnittelu: Päätä, mistä aloitat, mikä on aikataulu ja pohdi, mitä keinoja on käytettävissäsi. Keskustele tarvittaessa asiantuntijan kanssa.
4. Muutoksen hallinta ja toteutus: Mieti, miten toimit ja noudatatko suunnitelmaa. Käytä hyväksesi ulkopuolisia asiantuntijapalveluja.
5. Menestymisen arviointi: Havainnoi tunteitasi, mielialojasi, kuuntele palautetta ja kirjaa. Aloita uudelleen kohdasta 1, kun elämäntilanteesi muuttuu.

ABDUKTIIVINEN PÄÄTTELY REALISTISEN EVALUAATIOPROSESSIN VAIHEISSA

Realistisen evaluaatioprosessin vaiheet	Abduktiivisessa päätelyssä käytetyt teoriat, luokitukset ja mallit
<p><i>Terveysmuotokuvamittarin alkumielikuvan luominen:</i></p> <p>Minäavaimen käsitteiden ja luokitusten määrittely, arviointimenetelmän kehittäminen</p>	<p>Tutkijoiden käyttämien käsiteluokitusten teoreettiset ulottuvuudet ja rakenteelliset kokonaisuudet (esim. Laitakari 1979, Antonovsky 1987, 1991, Prochaska & DiClemente 1983, Söderqvist & Bäckman 1988, Meleis 1991).</p> <p>Parse 1981, 1992: Ihmisen kasvun teoria.</p>
<p><i>Terveysmuotokuvamittarin tavoitekuvan analyttinen erittely:</i></p> <p>Terveyden edistämisen tutkimuksessa käytettyjen mittareiden luokittelu</p> <p>Nuorten erityispiirteet terveyden edistämässä</p>	<p><i>Spesifisten mittareiden jakoperusteet (Guyatt et al. 1996):</i></p> <p><i>Promotiiviset mittarit/ väestöspesifiset mittarit:</i> Koetun terveyden ja elämäntilanteen mittarit, voimavaralähtöiset mittarit (Fredriksson 1992, Pelkonen 1994).</p> <p><i>Primaaripreventiiviset mittarit / toimintaspesifiset mittarit:</i> Terveys, elämäntyyli ja itsestä huolenpito lähtökohtina (Walker, Sechrist & Pender 1987, Pelkonen 1988, Pietilä 1994).</p> <p><i>Sekundaaripreventiiviset mittarit / sairausspesifiset mittarit:</i> Riskilähtöiset mittarit (Zindler-Wernet & Weiss 1987, Kaltiala-Heino ym. 1999, BPM-Group ja partnerit 2000). Sairauslähtöiset mittarit (Kyngäs 1995, Shelton et al. 1995, Toljamo 1998).</p> <p><i>Tertiaaripreventiiviset mittarit / tilanne- ja ongelmaspesifiset mittarit:</i> Itsehoitovalmiudet, koettuun terveyteen liittyvä elämänlaatu ja itsearvioitu toimintakyky lähtökohtina (Sonninen 1997, Lukkarinen 1999, Ohinmaa ym. 1993, Sintonen ym. 2001).</p> <p>Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, ICF-standardi (Nylander ym. 2004).</p>

(jatkuu)

(jatkuu)

Realistisen evaluaatioprosessin vaiheet	Abduktiivisessa päättelyssä käytetyt teoriat, luokitukset ja mallit
<i>Terveysmuotokuvamittarin luonnoksen teoreettinen kuvaaminen eli abduktio:</i> Mittarin teoreettisten lähtökoh- tien täsmentäminen Terveysvalinnat mittauksen kohteena	Preventiivisen hoitotieteen käsitejärjestelmä ns. Terveysmuotokuva - käsitejärjestelmä (Pietilä ym. 1998, 1999). Terveysvalintaprosessin mallintaminen (Pietilä ym. 1998).
<i>Terveysmuotokuvamittarin kokeilu kouluterveystarkastuksessa eli reduktio:</i> Mittarin kokeilu Kainuulaisten nuorten terveystuotokuva – hankkeessa 1995 - 1998	Interventiivinen haastattelu mittausmenetelmänä (Tomm 1987a, b, Furman 1988, Mattila 1988, Mattus 1994, Meltaus & Pietilä 1998). Mittaustulosten arviointiperusteet: pisteytys 1) terveyttä kuluttavat ja edistävät tekijät (Eirola & Oikarinen 2001), 2) voimavaroja ja niitä kuluttavien tekijöiden typologia (Pelkonen 1995), 3) Ihmisenä kasvun teorian sovellus (vrt. Parse 1992).
<i>Terveysmuotokuvamittarin teoreettinen kokoaminen</i> Terveysmuotokuvamittarin sisältöalueiden ja rakenteen teoreettinen perustelu	Ikäspesifin terveystuotokuvamittarin mallintaminen tutkimuksessa esitettyjen teorioiden ja mallien vertailun avulla.
<i>Tulosten luotettavuus ja merkitys eli päättöanalyysi</i>	Teoreettisten perusteiden arviointia ja pohdintaa.

MINÄAVAIN JA PARSEN (1992) IHMINEN-ELÄMÄ-TERVEYS -TEORIAN SOVELLUS (Oikarinen & Eirola 1995)

Minäavain on apuväline erilaisissa elämäntilanteissa elämönhallintavalmiuden ja elämisen tapojen sekä itsehoidollisten muutostarpeiden arviointiin. Elämönhallinta on terveyden perusta. Se merkitsee, että ihmisellä on tiedostamattomia ja tiedostettuja sekä sisäisiä että ulkoisia voimavaroja, joita käyttämällä hän kykenee ohjaamaan elämäänsä. Minäavain helpottaa yksilöllisen elämisen tavan ja terveyteen liittyvän toiminnan sekä niiden muutostarpeiden hahmottamista. Terveyden merkityksen ymmärtäminen arkipäivän käyttäytymisessä ohjaa tietoiseen ja hallittuun muutokseen kohti terveellisiä elämäntapoja. Minäavain sopii ammattimaiseen ja henkilökohtaiseen käyttöön.

Minäavaimen käyttöön apukysymykset:

ITSEHOIDOLLISTEN TARPEIDEN ARVIOINTI

1. *Elämönhallintavalmius tietyssä elämäntilanteessa* (keskikehä, elämän kokemusten järjestelmä)

Mieltäminen, imaging:

Miten miellätte / määrittelette / ymmärrätte asian x? tai Millainen on asia x?

Arvottaminen, valuing:

Mikä merkitys asialla x on elämässänne tällä hetkellä / nykyisessä elämäntilanteessanne? tai Millaisen painoarvon asetatte asialle x nykyisessä elämäntilanteessanne?

Ilmaiseminen, languaging:

Miten asia x ilmenee tällä hetkellä arkielämässänne? Oletteko tyytyväinen vai koetteko muutostarvetta?

2. *Elämisen tavat ja terveyskäyttäytyminen* (toinen kehä keskeltä, ihmisen tarpeet)

Mieltäminen, imaging:

Miten miellätte / määrittelette / ymmärrätte asian x? tai Millainen on asia x?

Arvottaminen, valuing:

Mikä merkitys asialla x on elämässänne tällä hetkellä / nykyisessä elämäntilanteessanne? tai Millaisen painoarvon asetatte asialle x nykyisessä elämäntilanteessanne?

Ilmaiseminen, languaging:

Miten asia x ilmenee tällä hetkellä arkielämässänne? Oletteko tyytyväinen vai koetteko muutostarvetta?

3. *Itsehoidollisen muutosvalmiuden arviointi* (kolmas kehä keskeltä)

Muutoshalukkuuden mieltäminen (paljastaminen, revealing / kätkeminen, concealing)

Mistä asiasta haluatte nyt erityisesti keskustella / aloittaa muutoksen suunnittelun? (keskustellaan yksityiskohtaisesti muutosvalmiudesta niissä asioissa, joissa asiakas on edellä ilmoittanut muutostarvetta)

Muutoksen arvottaminen (mahdollistaminen, enabling / rajoittaminen, limiting)

Millaista muutosta ajattelette) tai miten määrittelette tavoitteen / odotukset asiassa x? tai miten haluaisitte muuttua?

Millaisiksi arvioitte voimavaranne toteuttaa tavoite? Mitä haluatte panostaa muutokseen, onko tietoa, onko taitoa?

Muutosaikeen ilmaiseminen (liittyminen, connecting / irtaantuminen, separating)

Haluatteko sitoutua muutoksen suunnitteluun asiassa x nyt vai tulevaisuudessa? Oletteko nyt innostunut?

MUUTOKSEN SUUNNITTELU

Voimananto, powering

Mistä haluatte aloittaa? Mihin järjestykseen laitate määritellyt tavoitteet tässä elämäntilanteessa? Millaisen aikataulun suunnittelemme? Millaisia keinoja haluatte käyttää tai millaisista keinoista olette kiinnostunut? (esitellään sosiaalisen tukiverkoston - yhteisötoiminta ja palveluverkosto - toimintaa eri tasoilla)

MUUTOKSEN HALLINTA JA TOTEUTUS

Uudenluominen, originating

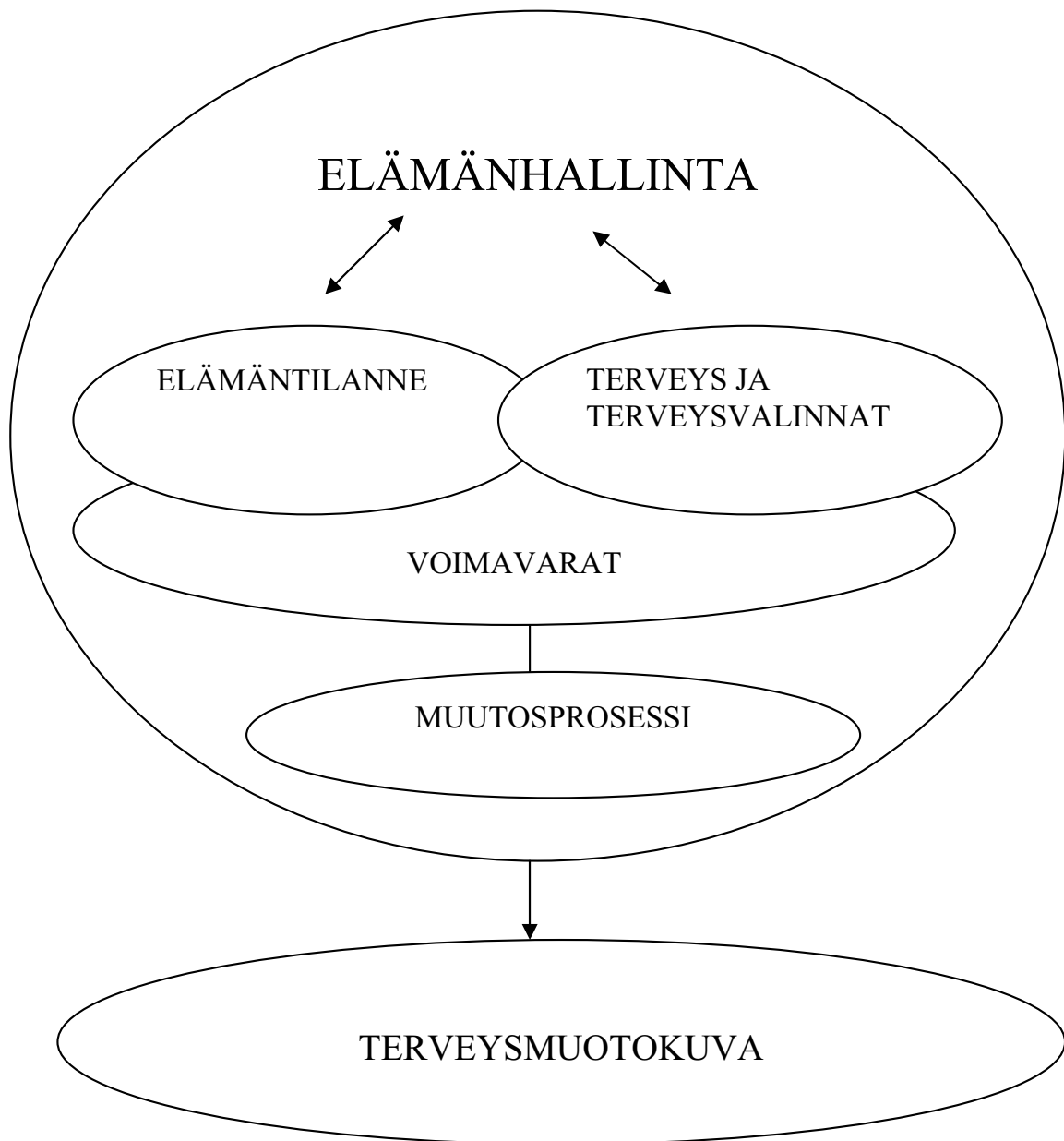
Asiakas kirjaa päiväkirjaansa kerran kuukaudessa, puolen vuoden ajan itsehoitotoimintaansa vastaten seuraaviin kysymyksiin: Miten olen toiminut? Mitä sosiaalisen verkoston (yhteisötoiminnan ja palveluverkoston) tukimuotoja olen käyttänyt? Millaista tukea olen tarvinnut ja saanut?

MENESTYMISEN ARVIOINTI

Muuntuminen, transforming

Asiakas kirjaa edelleen päiväkirjaansa kerran kuukaudessa, puolen vuoden ajan itsehoidollisessa muutoksessa menestymisen arviointia vastaten seuraaviin kysymyksiin: Millaisia menestymisen merkkejä olen havainnut? Millaisia tunteita olen itsessäni tunnistanut? Millainen on ollut mieliala? Millaista ulkoista palautetta olen saanut?

Jatkokontaktit: Asiakas lähettää kerran kuukaudessa (voidaan sopia asiakkaan kanssa hänelle sopiva aikataulu) päiväkirjauksensa tutkijoille analysoitavaksi Kainuulainen nuorten terveystuotokuva -tutkimukseen. Henkilökohtaiset asiakaskontaktit arviointia varten sovitaan erikseen.



Terveysmuotokuva –käsitejärjestelmä (Pietilä ym. 1998)

Kajaanin ammattikorkeakoulu
Kerttu Oikarinen & Raija Eirola
3.9.1995 Peruskoulun yläaste

Kokeilussa käytetty
terveysmuotokuvamittari

TAUSTATIEDOT

Nimi/koodi:

Puhelin:

Sukupuoli 1 Nainen, tyttö
2 Mies, poika

Koulutus 1 Ala-aste, kansakoulu
2 Yläaste, keskikoulu
3 Lukio
4 Ammatillinen koulutus
5 Korkeakoulututkinto

Siviilisäätty 1 Naimaton
2 Naimisissa, avoliitossa
3 Eronnut
4 Leski

Taloudellinen tilanne perheessä

1 Selviydymme hyvin
2 Selviydymme tuettuna
3 Selviydymme heikosti

Koettu terveys ___/___ 199___

1 Tunnen itseni terveeksi, miksi?
2 Tunnen sairastuvani, miksi?
3 Tunnen itseni sairaaksi, miksi?
4 En osaa sanoa

Tutkimuksen kohderyhmä:

Suostuminen tutkimukseen:

Osoite:

Ikä ____ vuotta

Ammatti:

Työssaolo/ koulussaolo

1 Virka-, työsuhde, yrittäjä
2 Työtön
3 Koululainen, opiskelija
4 Eläkeläinen
5 Muu

Tätä sivua käytetään kaikissa ikäryhmissä.

(jatkuu)

ELÄMÄNHALLINTAVALMIUS	AJATTELU- JA TOIMINTATAPOJEN MERKITYS	MUUTOSVALMIUDEN TUNNISTAMINEN
<p>1. Kartoita asiakkaan elämönhallintavalmius ja kirjaa asiakkaan käsitykset. 2. Tarkastele asiakkaan ajattelu- ja toimintatapojen merkityksiä ko. asioissa ja tehkää yhteenveto muutoshalukkuudesta. 3. Tunnistakaa muutosvalmius. 4. Kirjaa vastaus K=kyllä, E=ei ja perustelut asiakkaan sanoin.</p>	<p>Onko tyytyväinen asiaan x? Mikä merkitys arkielämässä? Millaisia haaveita, unelmia tai pyrkimyksiä on? Haluaako välitöntä muutosta?</p>	<p>Mitkä ovat tavoitteet ja odotukset? Millaiset ovat voimavarat? Sitoutuuko? Suunnitellaanko muutos?</p>
<p>ELÄMÄNKULKU <i>Elämäntyyli:</i> Millainen tapa sinulla on elää? Miten määrittelet? <i>Ajankäyttö:</i> Mihin aikasi kuluu päivittäin? Millainen on päivärytmi? <i>Kohokohdat:</i> Mitkä ovat olleet tärkeitä tapahtumia elämässäsi? <i>Stressitekijät:</i> Mikä huolettaa tällä hetkellä? Haittaavatko huolet elämääsi?</p>		
<p>MIELIALA <i>Elämänasenne:</i> Millainen on mielialasi nyt ja yleensä? <i>Pelot:</i> Onko sinulla pelkoja, joista on haittaa elämässäsi? <i>Ulkoisen palaute:</i> Millaista palautetta saat kotona, koulussa ja vapaa-aikana?</p>		
<p>MINÄKUVA <i>Elämäntehtävät:</i> Kerro, mitkä ovat tärkeimpiä tehtäviä elämässäsi? <i>Elämänkaaren vaihe:</i> Miltä tuntuu olla tietyn ikäinen (keskustelun aikaan) ? Mitkä asiat koet kehityksesi tärkeiksi? <i>Perimä:</i> Millaisia tapoja ja tottumuksia olet omaksunut kotoasi tai muualta? Millaisia sairauksia sairastetaan perheessäsi ja suvussasi? <i>Arvot:</i> Mitä arvostat eniten? Mikä sinulle on tärkeintä elämässäsi?</p>		
<p>Huomiot:</p>		

(jatkuu)

ELÄMÄNHALLINTAVALMIUS	AJATTELU- JA TOIMINTATAPOJEN MERKITYS	MUUTOSVALMIUDEN TUNNISTAMINEN
1. Kartoita asiakkaan elämönhallintavalmius ja kirjaa asiakkaan käsitykset. 2. Tarkastele asiakkaan ajattelu- ja toimintatapojen merkityksiä ko. asioissa ja tehkää yhteenveto muutoshalukkuudesta. 3. Tunnistakaa muutosvalmius. 4. Kirjaa vastaus K=kyllä, E=ei ja perustelut asiakkaan sanoin.	Onko tyytyväinen asiaan x? Mikä merkitys arkielämässä? Millaisia haaveita, unelmia tai pyrkimyksiä on? Haluaako välitöntä muutosta?	Mitkä ovat tavoitteet ja odotukset? Millaiset ovat voimavarat? Sitoutuuko? Suunnitellaanko muutos?
RIIPPUVUUSSUHTEET <i>Perherooli:</i> Kukka sinusta huolehtii ja miten? Kenestä sinä pidät huolta ja miten? Millainen on suhteesi vanhempiisi? <i>Muut roolit:</i> Millainen on asemasi esim. ystävien, naapureiden ja koulukavereittesi kesken? Kuka sinusta huolehtii ja kenestä sinä? <i>Ympäristösuhteet:</i> Millaista on asua Kajaanissa / Kainuussa / Suomessa?		
ELÄMISEN TAVAT		
RAVINTOTOTTUMUKSET <i>Ruokavalio:</i> Mitä syöt päivittäin? Mistä ruoasta pidät? <i>Nautintoaineet:</i> Käyttö? kahvi, tee, tupakka, alkoholi, huumeet <i>Ruokailutottumukset:</i> säännöllisyys, ajoitus, kulttuuri ja tavat?		
LIKKUMINEN Liikuntakyky, liikuntaharrastukset, apuvälineet?		
ULKOINEN OLEMUS Millaisena pidät ulkonäköäsi?		
PUHTAUS JA PUKEUTUMINEN Millaisia ovat peseytymis- ja pukeutumistottumuksesi?		
Huomiot:		

(jatkuu)

ELÄMISEN TAVAT	AJATTELU- JA TOIMINTATAPOJEN MERKITYS	MUUTOSVALMIUDEN TUNNISTAMINEN
<p>TYÖ, HARRASTUKSET JA OPPIMINEN Mitä kotitöitä teet? Mitä harrastat? Mitä teet oppiaksesi koulussa ja kotona?</p>		
<p>UNEN JA LEVON VÄLINEN TASAPAINO Kuinka monta tuntia nukut yöllä? Otatko päiväunet? Miten rentoudut?</p>		
<p>SUKUPUOLISUUDEN ILMAISEMINEN Miltä tuntuu kehittyä mieheksi / naiseksi?</p>		
<p>LUOPUMISET, RAJOITUKSET – UUDET MAHDOLLISUUDET Onko sinulla asioita, joista olet joutunut luopumaan tai jotka rajoittavat toimintaasi? Keksitkö uusia vaihtoehtoja?</p>		
<p>OMA REVIIRI JA FYYSSINEN YMPÄRISTÖ Millainen oma tila sinulla on kotona? Millaisella asuinalueella asut? Mitä mieltä olet kouluympäristöstä?</p>		
<p>YSTÄVYYSSUHTEET JA SOSIAALISET KONTAKTIT Millaisia ystäviä sinulla on? Mitä teet saadaksesi ystäviä?</p>		
<p>HYVÄKSYTYKSI TULEMINEN JA ARVOSTUKSEN SAAMINEN Hyväksytäänkö sinut ja koetko, että sinua arvostetaan kotona, koulussa ja ystäväpiirissä?</p>		
<p>HENKISET JA HENGELLISET TARPEET Millaisia henkisiä ja hengellisiä tarpeita sinulla on? taide, uskonto/elämänkatsomus, musiikki?</p>		
<p>Huomiot:</p>		

(jatkuu)

YLEINEN TERVEYDENTILA	AJATTELU- JA TOIMINTATAPOJEN MERKITYS	MUUTOSVALMIUDEN TUNNISTAMINEN
1. Kartoita asiakkaan yleistä terveydentilaa ja kirjaa. 2. Tarkastele asiakkaan ajattelu- ja toimintatapojen merkityksiä ko. asioissa ja tee yhteenvedo muutoshalukkuudesta. 3. Tunnistakaa muutosvalmius. 4. Kirjaa vastaus K=kyllä, E=ei ja perustelut asiakkaan sanoin.	Onko tyytyväinen asiaan x? Mikä merkitys arkielämässä? Millaisia haaveita, unelmia tai pyrkimyksiä on? Haluaako välitöntä muutosta?	Mitkä ovat tavoitteet ja odotukset? Millaiset ovat voimavarat? Sitoutuuko? Suunnitellaanko muutos?
TERVEYDENTILA <i>Elimistön toiminta:</i> Millainen on toimintakykysi? Miten elimistösi tuntuu toimivan? <i>Sairaudet:</i> Onko sinulla sairauksia? Onko sairauden oireita? Haittaavatko ne arkipäivän toimintaa? <i>Hoitomääräykset:</i> Mitä terveydenhuollon palveluja / hoitoja ja lääkitystä käytät?		
<i>Mittaukset: (tarveharkinta)</i> Pituus/paino: Painoindeksi: B-PVK (tarv.): Murrosiän fyysinen kehitysvaihe: Ryhti: Näkö / värinäkö: Muut tarvittavat tutkimukset:		

(jatkuu)

ASIAKKAAN KANSSA TEHTY ITSEHOIDOLLISEN MUUTOKSEN SUUNNITELMA:

ITSEHOIDOLLISEN MUUTOKSEN SUUNNITTELU

Ajoitus: Mistä asiakas aikoo aloittaa?Mihin ohjattu / suositeltu?	Keinot: Miten asiakas aikoo toimia? Millainen on ulkopuolisen avun tarve?	Aikataulu: Milloin asiakas aikoo aloittaa?
---	--	--

MUUTOKSEN HALLINTA JA TOTEUTUS

Toiminta: Miten asiakas on toiminut?	Tuen käyttö: Mitä palveluja asiakas on käyttänyt?
--------------------------------------	---

MENESTYMISEN ARVIOINTI

Menestymisen merkit: Millaisia tunteita ja mielialoja on ilmennyt?	Palaute: Millaista ulkoista palautetta asiakas on saanut?
--	---

NUOREN ARVIOINTI

Mitä hyötyä sinulle oli tästä keskustelusta?
Mitä haluat kertoa päättäjille ja palveluiden tuottajille? (koulu, kouluterveydenhuolto, kaupungin päättäjät)
Mitä mieltä olet keskusteluun kuluneesta ajasta?
Mitä hyötyä sinulle oli keskustelluista aiheista?

TERVEYDEN EDISTÄMISEN LAADUN ARVIOINTI

___ / ___ 199 ___

Keskusteluun käytetty aika:

Asiakkaan nimi/koodi:

Ammattihenkilön nimi ja koulutus:

Käsitykseni asiakkaan tavasta tarkastella yleistä terveydentilaansa, elämisen tapojaan ja elämönhallintavalmiuttaan:

Ennusteeni asiakkaan tavasta lähteä mukaan itsehoidolliseen muutosprosessiin:

Arvioni keskustelun hyödystä asiakkaalle:

Haasteita palvelujärjestelmän kehittämiseksi:

Toiminta- ja terveystieteiden ohjelmien toteuttaminen:

Verkostoituminen:

Päättäjät ja palveluiden tuottajat, kouluttajat:

Tiedottaminen, markkinointi:

Arvio omasta ammatillisesta toiminnasta ja oppimisesta.:

Terveydenhoitaja kirjaa jokaisen asiakkaan kohdalla tekemänsä havainnot!

KAINUULAISEN NUOREN TERVEYSMUOTOKUVA (Oikarinen & Eirola)

Taustatiedot: Arviointiasteikko: -2 = terveyttä kuluttava, -1 = terveyden uhkia, 0 = haluaa muutosta,
1 = muutoksen suunn./tot, 2 = terveyttä edistävä

YLEINEN TERVEYDENTILA	TMK 23	TMK 25
10. Elimistön toiminta	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
11. Sairaudet	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
12. Hoitomääräykset	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
M131 Pituus/paino	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
132 Murrosiän fyys. vaihe	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
133 Ryhti	-2 -X 0 1 2	-2 -1 0 1 X
134 Näkö/väriäkö	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
ELÄMISEN TAVAT		
14. Ravintotottumukset		
141 Ruokavalio	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
142 Ruokailutottumukset	-2 -X 0 1 2	-2 -1 0 1 X
143 Nautintoaineet	-2 -1 0 1 X	-2 -X 0 1 2
15. Liikkuminen	-2 -X 0 1 2	-2 -1 0 1 X
16. Ulkoinen olemus	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
17. Puhtaus ja pukeutuminen	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
18. Työ, harrastukset ja oppiminen		
181 Kotityöt	-2 -1 0 1 X	-2 -X 0 1 2
182 Harrastukset	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
183 Oppiminen	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
19. Henkiset ja hengell. tarpeet	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
20. Unen ja levon tasapaino		
201 Uni	-2 -1 X 1 2	-2 -1 0 1 X
202 Lepo	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
21. Sukupuolisuuden ilmaiseminen	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
22. Oma reviiri		
221 Oma tila	-2 -X 0 1 2	-2 -1 0 1 X
222 Asuinalue	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
223 Kouluympäristö	-2 -1 X 1 2	-2 -1 0 1 X
23. Ystävyys-suhteet ja sos.kontaktit	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
24. Hyväksytyksi tuleminen ja arvostus		
241 Kotona	-2 -1 0 1 X	-2 -X 0 1 2
242 Koulussa	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
243 Ystävät	-2 -1 0 1 X	-2 -X 0 1 2
25. Luopumiset, rajoitukset – mahdollisuudet	-2 -1 0 1 X	-2 -X 0 1 2
ELÄMÄNHALLINTAVALMIUS		
26. Elämänkulku		
261 Elämäntyyli	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
262 Ajankäyttö	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 2
263 Kohokohdat	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
264 Stressitekijät	-2 -X 0 1 2	-2 -1 0 1 X
27. Minäkuva		
271 Elämäntehtävät	-2 -1 0 1 X	-2 -X 0 1 2
272 Elämänkaaren vaihe	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
273 Perimä	-2 -X 0 1 2	-2 -1 0 1 X
274 Arvot	-2 -X 0 1 2	-2 -1 0 1 X
28. Mieliala		
281 Elämänasenne	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
282 Pelot	-2 -X 0 1 2	-2 -1 0 1 X
283 Ulkoinen palaute	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
29. Riippuvuussuhteet		
291 Perherooli	-2 -1 0 1 X	-2 -1 0 1 X
292 Muut roolit	-2 -X 0 1 2	-2 -X 0 1 2
293 Ympäristösuhteet	-2 -X 0 1 2	-2 -1 0 1 X

Terveysmuotokuivamittarilla kerätyn haastatteluaineiston arviointiperusteita:
taulukot 1 ja 2

Taulukko 1. Terveysmuotokuvamittarilla kerätyn haastatteluaineiston arviointiperusteet Ihmisenä kasvun teoriaa soveltaen (vrt. Parse 1992).

Pisteet	Arviointiperusteet	Selitykset
-2	ei miellä, ei arvota, ei ilmaise	nuori ei anna merkitystä terveydelle tai toimii terveyttä kuluttavasti, ei anna merkitystä itsehoidolliselle muutokselle
-1	salaa, rajoittaa, pitää kiinni	nuori antaa terveyden uhkia sisältävän merkityksen terveydelle, ilmaisee tyytyväisyyttä asiaan, ei ilmaise haaveita eikä itsehoidollista muutosta
0	mieltää, arvottaa, ilmaisee	nuori pysähtyy tarkastelemaan terveyttä, sen uhkia ja itsehoidollista muutosta, ilmaisee haaveita, mutta ei halua välitöntä muutosta
1	paljastaa, mahdollistaa ja irtautuu	nuori pysähtyy tarkastelemaan terveyttä tunnistaen terveyden uhat ja ilmaisee halua välittömään muutokseen
2	voimananto, uuden luominen ja muuntuminen	nuoren ajattelu- ja toimintatapa on terveyttä edistävä tai terveyden uhkia sisältävissä tilanteissa lähtee liikkeelle terveyden edistämisessä

Taulukko 2. Terveysmuotokuvamittarilla kerätyn aineiston arviointiperusteet mitta-asteikkoa muutettaessa.

Pisteet	Arviointiperusteet	Selitykset
-3	terveyttä kuluttava, itsehoidollisen muutosvalmiuden puute	tyytyy tilanteeseen tietoisesti, asiakas toimii epäterveellisesti, ei halua itsehoidollista muutosta
-2	terveyden uhkia, itsehoidollisen muutosvalmiuden puute	ajattelu- ja toimintatapojen tulkinta terveyden uhkia sisältäväksi tai ei osaa määritellä, ei halua itsehoidollista muutosta, tyytyy tilanteeseen tietoisesti
-1	terveyttä kuluttava, itsehoidollisen muutoksen tunnistus	asiakas toimii epäterveellisesti, haaveilee muutosta, ei tyydy tilanteeseen, pysähtyy miettimään, mutta ei tee muutossuunnitelmaa tai ei ilmaise, ei tiedä
0	terveyden uhkia, itsehoidollisen muutoksen tunnistus	ajattelu- ja toimintatavan tulkinta terveyden uhkia sisältäväksi tai ei osaa määritellä, haaveilee muutosta, pysähtyy miettimään, ei tee muutossuunnitelmaa, ei tiedä
1	terveyttä kuluttava, itsehoidollisen muutoksen suunnittelu	asiakas toimii osittain epäterveellisesti, tekee kuitenkin muutossuunnitelman tai jo toteuttaa muutosta
2	ei terveyden uhkia, itsehoidollisen muutoksen suunnittelu	huolehtii itsestään, suunnittelee muutosta
3	terveyttä edistävä, itsehoidollisen muutoksen tunnistus ja suunnittelu	terveyttä edistävä elämäntapa, etsii uusia keinoja hoitaa terveyttään