

**HYVÄ ELÄMÄ IHMISILLE?  
- TERVEYDENHOITAJIEN NÄKEMYS TERVEYSNEUVONNAN TAVOITTEISTA  
JA NEUVONTATYÖTÄ OHJAAVISTA TEKIJÖISTÄ**

Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Pro Gradu -tutkielma

Arja Ruponen  
Syyskuu 2005

**TIIVISTELMÄ**

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

**RUPONEN ARJA**

Hyvä elämä ihmisille? – Terveystieteiden näkemys terveysneuvonnan tavoitteista ja neuvontatyötä ohjaavista tekijöistä

Pro gradu -tutkielma, 135 sivua, 13 liitesivua

Ohjaajat: THT, lehtori Heli Laijärvi ja TtM Anja Rantanen

Hoitotiede

Syyskuu 2005

---

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata aikuisten parissa terveysneuvontatyötä tekevien terveydenhoitajien käsitystä neuvontatyön tavoitteista sekä neuvontatyötä ohjaavista ja oikeuttavista tekijöistä. Neuvontatyön tavoitteiden avulla kuvattiin hoitajien neuvontakäsitystä. Karotoittamalla työtä ohjaavia tekijöitä pyrittiin puolestaan liittämään hoitajien neuvontakäsityksen organisatoriseen ja yhteiskunnalliseen kontekstiin. Tutkimuksessa neuvontatyötä tarkasteltiin myös etiikan näkökulmasta. Tarkoituksena oli kuvata hoitajien käsitystä neuvontatyön oikeutuksesta sekä muista eettisistä kysymyksistä, joita he neuvontatyöhön liittivät.

Tutkimus oli luonteeltaan kuvaileva ja kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin teema-haastatteluin kuudelta (N=6) aikuisneuvonnassa työskentelevältä terveydenhoitajalta. Kukaan tiedonantajaa haastateltiin kahdesti. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Hoitajien ilmaisemat terveysneuvonnan tavoitteet liittyivät suurimmalta osin fyysisten sairauksien ehkäisyyn. Tavoitteet voitiin ryhmitellä hierarkkisesti neuvonnan välittömiin ja välillisiin tavoitteisiin sekä neuvonnan lopullisiin päämääriin. Terveystieteiden välittömiä tavoitteita olivat elämäntapamuutoksen tiedollisten, asenteellisten sekä psyykkisten edellytysten syntyminen. Neuvonnan välillinen tavoite, elämäntapamuutos, oli hoitajille tärkeä tavoite. Neuvonnan päämääräksi hoitajat nimesivät asiakkaan terveyden, toimintakyvyn tai hyvinvoinnin säilymisen tai kohenemisen. Hoitajien työtä ohjasi lääketieteellinen tieto sairauksien riskitekijöistä, muun terveystieteellisen tiedon käyttö oli jäsentymätöntä. Ihanteenaan hoitajat pitivät asiakaskeskeistä toimintatapaa. Asiakkaiden todellisten tarpeiden sovittaminen vahaan preventiiviseen työtoteeseen oli kuitenkin ongelmallista. Myös organisaation tehtäväkeskeinen työnjako ja riittämättömiksi koetut resurssit rajoittivat hoitajien mahdollisuutta vastata asiakkaan todellisiin tarpeisiin. Organisaation työtä ohjaavat tekijät vaikuttivat jäsentymättömiltä. Julkilausuttuja tavoitteita ja toimintaohjeita työlle näytti tarjoavan lähes ainoastaan diabeteksen ehkäisyohjelma. Yhteistyö kollegoiden sekä muiden ammattiryhmien kanssa koettiin riittämättömäksi.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että terveysneuvonnan tavoitteenasettelua olisi syytä kehittää. Selkeämpien tavoitteiden avulla hoitajien olisi mahdollista saada motivoivaa palautetta työstään. Asiakaskeskeisen hoitotyön edesauttamiseksi olisi tarpeellista arvioida sekä hoitajien toimintaa että organisaation yhteisiä käytäntöjä. Neuvontatyön kehittämisen kannalta organisaatiossa olisi tärkeää kehittää yhteistyötä työn tavoitteiden jäsentämiseksi, yhteisten toimintalinjojen löytämiseksi sekä tutkitun tiedon hyödyntämiseksi.

Avainsanat: terveysneuvonta, perusterveydenhuolto, terveydenhoitaja, tavoitteet, organisaatio, ammattietiikka

**ABSTRACT**

University of Tampere  
Department of Nursing Science

**RUPONEN ARJA**

Promoting good life? – Public health nurses' views of goals and guidelines set for health education

Master's thesis, 135 pages, 7 appendices, 13 pages

Supervisors: PhD, lecturer Heli Laijärvi and MNSc Anja Rantanen

Nursing Science

September 2005

---

The purpose of the study was to describe the goals and guidelines set for adult health education as well as the general grounds of justification in the views of a public health nurse. The goals of health education are illustrative of its broader ideological basis. They are conditioned however by broader organizational and social contexts. The ethics of health education was considered also particularly in the nurses' arguments for justification of health education. Qualitative, descriptive methods were employed on the research material consisting of six thematic interviews with nurses working in the field of adult health education, each interviewed twice. The study was centred upon an inductive qualitative content analysis of the data gathered.

The study outlined a philosophy of health education primarily aiming at the prevention of physical diseases. A certain hierarchy of goals was visible, composed of immediate, intermediate and ultimate aims. In the first instance, health education aimed at providing a basis of information as well as the attitudinal and psychological prerequisites for the patients striving for a positive change in lifestyles. This positive change was an intermediate, yet significant, goal for the nurses. The ultimate aim of health education culminated in both maintaining and improving a person's health, well-being and functional independence. However, aside from medical knowledge in health risks, there was an incoherence in the nurses' knowledge on health education theory. Public health nurses preferred a patient-centred approach but the needs of the patients and the rigid, preventive approach of health education seemed, however, incompatible. Additional problems arose from a dispersed division of labour and a lack of resources. The guidelines provided by the health care organization were, on their part, incoherent, with the prevention of diabetes as the only consistent programme. Finally, a collaboration between colleagues and co-workers was found insufficient.

It was clear that health education would benefit from a revised set of goals: such a readjustment would add both to the motivation of health education workers and to their ability to react to their patients' feedback. Furthermore, a patient-centred approach would require a close look at both the practice of individual nurses and the organizational operations. Teamwork would be called for specifically in discovering the shared goals and methods in health education. Drawing on health education research might also prove beneficial in this effort.

Keywords: health education, primary health care, public health nurse, goal setting, organization, professional ethics

## SISÄLLYS

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	5
2. TERVEYSNEUVONNAN TAVOITTEET JA KONTEKSTI.....	7
2.1. Terveysneuvonta terveyden edistämisen osa-alueena.....	7
2.2. Terveys työn tavoitteena .....	10
2.2.1. Terveyden edistämisen tavoitteet eri terveystietämismalleissa .....	10
2.2.2. Terveyskasvatussuuntausten erilaiset tavoitteet.....	13
2.3. Työn konteksti ohjaa hoitajan toimintaa .....	15
2.3.1. Ihmisten yksilölliset elämänvalinnat ja neuvontatyön erityisyys .....	16
2.3.2. Hoitaja organisaation jäsenenä.....	17
2.3.3. Hoitaja ammattikunnan jäsenenä .....	20
2.3.4. Terveysneuvonta yhteiskunnassa.....	21
3. ETIIKKA JA AMMATTIETIIKKA TERVEYTTÄ EDISTÄVÄSSÄ HOITOTYÖSSÄ. ....	24
3.1. Etiikan käsitteitä ja suuntauksia.....	24
3.2. Etiikan teoriat apuvälineinä terveydenhuollossa.....	25
3.3. Hoitotyön ammattietiikka .....	27
3.4. Terveyden edistämisen etiikasta .....	29
4. HOITAJAT TERVEYSNEUVONNAN TOTEUTTAJINA .....	32
4.1. Terveysneuvonnan käytäntö tutkimuksen silmin.....	33
4.1.1. Neuvonnan aiheet ja menetelmät hoitajien vastaanotoilla.....	33
4.1.2. Neuvonnan suunnitelmallisuus ja työn tavoitteet .....	35
4.1.3. Neuvontakäytännöt .....	36
4.1.4. Hoitajien neuvontavalmiudet .....	40
4.1.5. Neuvontatyötä haittaavat tekijät ja työn kehittäminen.....	41
4.2. Hoitajien käsityksiä terveysneuvonnasta .....	42
4.2.1. Käsitys työn olemuksesta.....	42
4.2.2. Käsitys työtä ohjaavista tekijöistä ja työn oikeutuksesta .....	44
4.2.3. Käsitys työn merkityksestä ja vaikuttavuudesta .....	45
5. TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	47
6. TUTKIMUSMETODI JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	48
6.1. Tutkimuksen metodiset lähtökohdat .....	48
6.2. Tiedonantajien valinta.....	49
6.3. Aineiston keruu teemahaastatteluin .....	50
6.4. Aineiston analysointi.....	53

	4
7. TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	59
7.1. Tiedonantajat ja heidän työtehtävänsä .....	59
7.2. Preventio ja elämänhallinta neuvonnan tavoitteena .....	60
7.2.1. Neuvonnan tavoitteena preventio.....	60
7.2.2. Neuvonnan tavoitteena elämänhallinta .....	69
7.3. Neuvontatyötä ohjaavat tekijät.....	70
7.3.1. Hoitajan henkilökohtaisia ja ammatillisia neuvontatyötä ohjaavia tekijöitä .....	71
7.3.2. Yhteiskunnan ja organisaation neuvontatyötä ohjaavia tekijöitä.....	78
7.4. Neuvontatyöhön liittyviä eettisiä näkökulmia .....	91
7.4.1 Asiakaskeskeisyyden ihanne ja organisaation realiteetit .....	91
7.4.2. Neuvontatyötä oikeuttavat tekijät .....	94
7.4.3. Terveiden arvo .....	98
8. POHDINTA .....	101
8.1 Tutkimukseen liittyviä eettisiä näkökohtia .....	101
8.2. Tutkimuksen luotettavuudesta .....	104
8.3. Tulosten tarkastelua .....	110
8.4. Neuvontatyön kehittämis- ja jatkotutkimushaasteita .....	123
LÄHTEET.....	126

#### **LIITTEET:**

LIITE 1. Terveysneuvontaa kuvaavia tutkimuksia

LIITE 2. Hoitajien neuvontakäsityksiin liittyviä tutkimuksia

LIITE 3. Teemahaastattelun runko

LIITE 4. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä

LIITE 5. Taulukko neuvontatyön tavoitteista

LIITE 6. Taulukko neuvontatyötä ohjaavista tekijöistä

LIITE 7. Taulukko neuvontatyöhön liittyvistä eettisistä näkökulmista

# 1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 2002) korostetaan perusterveydenhuollon merkitystä koko terveydenhuoltojärjestelmän perustana. Asiakirjassa painotetaan ennaltaehkäisevän työn merkitystä perusterveydenhuollon keskeisimpänä tehtävänä. (STM 2002.) Sairaanhoidajat ja terveydenhoitajat ovat keskeisiä ennaltaehkäisevän terveydenhuollon toimijoita perusterveydenhuollon vastaanotoilla. Hoitajien vastaanottotyössä korostuvat vuorovaikutukseen perustuvat menetelmät, sillä neuvonta ja ohjaus sekä tukeminen ja rohkaiseminen ovat perusterveydenhuollon vastaanotoilla työskentelevien hoitajien yleisimmin käyttämiä auttamismenetelmiä (mm. Laitakari ym 1989, 9; Rantanen 1993, 55; Miilunpalo ym 1995; Laitakari ym 1997). Tutkimusten mukaan kolme neljästä asiakaskäynnistä perusterveydenhuollon hoitajien vastaanotoilla sisältää terveysneuvontaa ja noin puolet vastaanottokäyntiin kuluneesta ajasta käytetään neuvontaan (Laitakari ym 1989, 159-160; Miilunpalo ym 1995). Huolimatta siitä, että terveysneuvontaan käytetään huomattava osa perusterveydenhuollon vastaanottojen työajasta, neuvontaa on tutkittu tois-  
taiseksi vain vähän (Vertio 2003b, 576).

Neuvontatyön toteutumista käsittelevissä tutkimuksissa neuvontatyön suunnitelmallisuuden on todettu olevan puutteellista (mm. Laitakari ym 1989, 163-164; Rantanen 1993, 55; Rantanen 1994, 103). Neuvonnan tavoitteenasettelua sivuavia tutkimuksia on tehty vain muutama, ja nekin ovat opinnäytetöitä. Tutkimuksissa hoitajat ovat käsitelleet neuvonnan tavoitteita hyvin yleisellä tasolla (Palmgren 2000, 46-47; Peränen & Tonteri 2003, 59). Tässä tutkimuksessa on tarkoitus kuvata, millaisia vaikutuksia hoitajat toivovat neuvonnalla olevan yksityisten asiakkaiden elämässä. Neuvontatyön tavoitteet asetetaan aina yhdessä asiakkaan kanssa ja hänen lähtökohdistaan käsin. Jotta hoitaja kuitenkin kykenisi työskentelemään suunnitelmallisesti, olisi tärkeää, että hän kykenisi nimeämään työlle realistisia tavoitteita. Realististen tavoitteiden hahmottaminen auttaa kehittämään myös neuvontatyön arviointia. Hoitajien ilmaisemien tavoitteiden avulla on tarkoitus kuvata myös heidän neuvontakäsitystään. Terveysneuvonnan tavoitteet ilmentävät hoitajan käsitystä ihmisestä ja terveydestä. Ne kertovat myös siitä, millaisia asioita hoitajat pitävät hyvinä ja tavoiteltavina ihmisen elämässä. (Nupponen ym 1991, 17, 20; Cribb & Duncan 2002a, 17.)

Hoitajien neuvontakäsitykset ja arkiseen työhön muotoutuvat neuvontakäytännöt eivät ole yksittäisen hoitajan tuottamia, sillä ammatillinen hoitotyö tapahtuu terveydenhuollon organisaatioissa, joilla on oma toimintalogiikkansa. Organisaation työntekijät ovat riippuvaisia organisaation rakenteesta ja prosesseista, joita puolestaan muovaavat ideologiset, poliittiset, ammatilliset ja organisatoriset tekijät. (Henry 1994, 145; Cribb & Duncan 2002a, 47.) Riska ja Wrede (2004, 42) toteavat, että hoitotieteen piirissä terveydenhuollon organisaatioihin liittyviä kysymyksiä lähestytään usein ainoastaan yksilön näkökulmasta liittämättä kysymyksiä laajempaan yhteyteen. Terveysneuvontaa on aiemmin tutkittu tarkastelemalla hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta (esim. Poskiparta 1997; Kettunen 2001) tai hoitajien käsitystä terveysneuvonnan olemuksesta (esim. Palmgren 2000). Terveysneuvonnan käytäntöjä ja hoitajan käsityksiä neuvonnasta ei kuitenkaan ole yleensä liitetty organisatoriseen ja yhteiskunnalliseen kontekstiin. Ainoastaan Heikkinen (1988; 1991) on tutkimuksissaan tarkastellut sitä, millaisten sääntöjen ja normien mukaan hoitajat terveysneuvontatilanteissa toimivat, ja miten heidän toimintansa ohjautuu. Heikkisen tutkimus kohdistuu sairaalaympäristöön ja se on jo vanha. Tutkimus, jossa pyritään ymmärtämään tämän päivän perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien neuvontakäsityksen yhteyttä arkityön organisatoriseen ja yhteiskunnalliseen kontekstiin, on siten perusteltua. Hoitajien neuvontatyötä ohjaavien tekijöiden näkyväksi tekeminen auttaa ymmärtämään, millaiset tekijät neuvontatyön arkikäytäntöihin vaikuttavat. Tuotetusta tiedosta toivotaan olevan hyötyä hoitotyön esimiehille perusterveydenhuollon neuvontatyön kehittämisessä.

Tutkimuksessa on tarkoitus selvittää terveydenhoitajien käsityksiä neuvontatyön tavoitteista ja työtä ohjaavista tekijöistä. Tutkimusaihe on tärkeä, sillä päivittäisessä arkisessa terveydenedistämistyössä hoitajat tekevät jatkuvasti arvovalintoihin perustuvia päätöksiä siitä, mihin ja millaisin keinoin työllä tähdätään. Ihmisten elämänvalintoihin puuttumista leimaa arvovalintojen tekeminen siitä, mikä on oikein ja toivottavaa. Jotta omaa työtään voi arvioida ja perustella itselleen, asiakkailleen sekä sille yhteisölle, jossa työskentelee, olisi tärkeää tiedostaa ne arvot, joihin oma toiminta perustuu. Olisi myös tärkeää tunnistaa ne arvot, joita on sisäänrakennettu organisaation toimintatapoihin. (Cribb & Duncan 2002a, vii.) Neuvontatyön kehittämiseksi tarvitaankin etiikkaan liittyvää empiiristä tutkimusta. Tutkimusta tarvitaan siitä huolimatta, että tulkinta käytännön toimintaa ohjaavista arvoista jää aina tulkinnaksi. (Leino-Kilpi 2004.) Hoitotyön etiikan tutkimuksissa on useimmiten käsitelty eettisiä ongelmia, joita esiintyy välittömissä hoitotilanteissa. Tutkimusta hoitajien ja heidän organisaationsa välisistä

ongelmista ei juuri ole olemassa. Ammattietiikan kehittymisen kannalta olisi kuitenkin välttämätöntä kiinnittää huomiota myös sellaisiin eettisiin ongelmiin, joita esiintyy hoitotyön organisaatioissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 27,87-91; Leino-Kilpi 2004.)

Neuvontatyötä tehdään asiakkaan kanssa ja hänen lähtökohdistaan käsin. Jotta hoitaja voisi kohdata asiakkaansa aidosti, olisi tärkeää, että hän olisi tietoinen omaa toimintaansa ohjaavista tekijöistä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla aikuisten parissa terveysterveystyötä tekevien terveydenhoitajien käsityksiä neuvontatyön tavoitteista, neuvontatyötä ohjaavista tekijöistä sekä neuvontatyöhön liittyvistä eettisistä näkökulmista. Tutkimusote on laadullinen. Terveyttä edistävän työn alalta tutkimus rajattiin koskemaan yksilöllistä terveysterveystyötä, sillä neuvonta on keskeinen terveyden edistämisen menetelmä perusterveydenhuollossa (Jakonen ym 2003, 854). Tutkimuksen rajaaminen koskemaan aikuisten parissa toimivia terveydenhoitajia oli perusteltua siksi, että terveydenhoitajat ovat keskeisiä ennalta ehkäisevän terveydenhuollon toimijoita. Aikuisasiakkaat puolestaan ovat niin autonomiaa, kuin terveydenhuollon potilaat tai asiakkaat voivat olla (Leino-Kilpi 1996, 119).

## **2. TERVEYSNEUVONNAN TAVOITTEET JA KONTEKSTI**

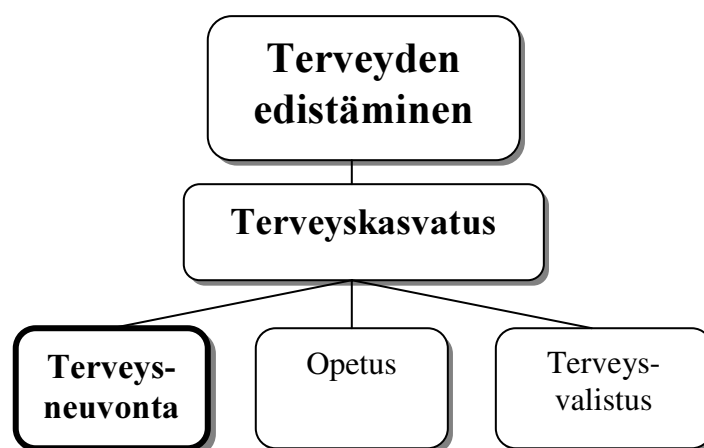
### ***2.1. Terveysterveystyö terveyden edistämisen osa-alueena***

Ensimmäisessä kansainvälisessä terveyden edistämisen konferenssissa Kanadan Ottawassa 1986 annetun julistuksen mukaan terveyden edistäminen on prosessi, jonka avulla ihmisten mahdollisuudet hallita ja parantaa terveyttään lisääntyvät (WHO 1986). Terveyden edistäminen ymmärretään nykyään laajaksi ”sateenvarjokäsitteeksi”, joka sisältää väestön terveyteen tähtäävän yhteiskuntapolitiikan ja lainsäädännön, ihmisten elinympäristöön ja yhteisöihin vaikuttamisen, terveysterveystyöiden kehittämisen sekä yksilöiden henkilökohtaisen terveysterveystyöiden ja -taidon kohentamisen (King 1994; Ewles & Simnett 1995, 23-26; Glanz ym 1997, 8; Nutbeam 1998; Nutbeam & Harris 1999, 15; Hakulinen & Savela 2001, 12; Whitehead 2001a). Jotta yksilöt voivat tehdä terveytensä kannalta edullisia valintoja, terveyden edistämisen on oltava laaja-alaista, useilla yhteiskunnallisilla tasoilla tapahtuvaa väestön terveyden ja voimavarojen kohenemiseen tähtäävää toimintaa (WHO 1986).



Olennainen osa terveyden edistämistä on *terveyskasvatus*, jonka tarkoituksena on sellaisten tottumusten, tietojen, asenteiden, arvojen ja taitojen välittäminen, joilla on merkitystä ihmisten terveydelle (Norton 1998; Vertio 2003b, 537). Terveyskasvatuksen neuvottelukunnan (1995) mukaan terveyskasvatus tähtää siihen, että ihminen kykenee ottamaan tietoisesti kantaa terveyteen liittyviin kysymyksiin ja toimimaan terveyden hyväksi. Terveyskasvatusta (health education) voidaankin luonnehtia kommunikaatioprosessiksi, jonka tarkoitus on vahvistaa terveyttä vaikuttamalla yksilöiden tai väestön uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymiseen (Downie ym 1999, 28).

Terveyskasvatusta voidaan toteuttaa monin keinoin, ja se voidaan jakaa edelleen valistukseksi, opetuksiksi ja neuvonnaksi. *Valistuksella* tarkoitetaan biolääketieteellisesti orientoitunutta prevention välinettä, jota käytetään sairastavuuden vähentämiseen väestön riskikäyttäytymiseen vaikuttamalla. Toiminnan oikeutuksena on tällöin lääketieteellisesti luotettava tieto sairauksien riskitekijöistä. Terveysvalistuksen vaikuttavuutta arvioidaan selvittämällä valistuksen suhde riskikäyttäytymisen muutoksiin. *Opetus* on suunnitelman mukaan etenevää kasvattamista, jossa viestinnän muodot voivat vaihdella. *Neuvonta* puolestaan perustuu terveyskasvattajan ja asiakkaan väliseen prosessina etenevään vuorovaikutukseen. Neuvonnassa viestinnän sisältö sopeutetaan asiakkaan henkilökohtaisten valmiuksien, tarpeiden ja reaktioiden mukaan. Terveysneuvonnaksi kutsutaan siten sitä osaa terveyskasvatuksesta, jossa viestintä on henkilökohtaista vuorovaikutusta ja kohteena olevan yksilön lähtökohdat ja tarpeet huomioidaan yksilöllisesti. (Nupponen ym 1991, 15-17; Miilunpalo 1995; Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995.)



Kuvio 1. Terveyskasvatuksen edistämiseen liittyvien käsitteiden suhteet.

Neuvonta (counseling) tarkoittaa Burnardin (1996, 4) mukaan prosessia, jossa autetaan toista ihmistä selkiyttämään elämäntilannettaan ja päättämään tulevasta elämänvalinnoista. Nuppo-

sen (1998) mukaan terveysneuvonnan tavoite on tukea asiakasta vahvistamalla tämän taitoja, itsenäistä aloitteellisuutta sekä omaa selviytymiskykyä. Neuvonnan peruseriaatteita ovat tällöin vuorovaikutuksellisuus, tavoitteisiin suuntautuneisuus sekä asiakaskeskeisyys. Vuorovaikutuksellisuus edellyttää molempien osapuolten osallistumista neuvontatilanteeseen. Tärkeintä neuvonnassa on Nupposen mukaan asiakaskeskeisyys, joka tarkoittaa sitä, että asiakkaan tarpeita ja näkökantoja kunnioitetaan. Ne muodostavat neuvontatyön lähtökohdan. Konkreettinen tavoitteiden asettaminen tapahtuu tällöin aina asiakkaan näkemyksistä käsin ja niiden toteutumista arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa. Hoitaja ei määräile, holhoa tai toimi asiakkaan puolesta, vaan hän on matkaopas, joka auttaa asiakasta saavuttamaan tavoitteensa. Ideaalitalanteessa asiakas löytää itse ratkaisun terveysongelmaansa. (Nupponen 1998.) Parhaimmillaan terveysneuvonta on siten terveyteen liittyvän ongelman ratkaisemista yhteisesti kahden ihmisen välisessä vuorovaikutustilanteessa (Laitakari ym 1989, 33; Vertio 2003b, 573).

Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa neuvonnan synonyyminä käytetään usein käsitteitä potilasohjaus tai potilasneuvonta. Potilasohjaus on määritelty yksilölliseksi ohjaus- ja ongelmanratkaisuprosessiksi, jonka avulla autetaan potilasta selviytymään terveysongelmissa (Delaney 1994). Neuvonnan tehtävät ja tavoitteet ovat kuitenkin laajemmat. Niihin sisältyy asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus, tiedon ja psykososiaalisen tuen antaminen. Tavoitteena on tukea ja vahvistaa asiakkaan itsetuntemusta ja elämänlaatua. Terveysneuvonta on vuorovaikutusprosessi, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat keskustelun sisältöön ja yhdessä tuottavat vuorovaikutustilanteen merkityksiä. (Nupponen 1998; Poskiparta 1997, 24.)

Terveystieteellisessä kirjallisuudessa käsitteiden terveyden edistäminen, terveyskasvatus ja terveysneuvonta käyttö on epäjohdonmukaista (mm. Delaney 1994; King 1994; Cribb & Duncan 2002a, 6-10). Esimerkiksi Koskenvuon ja Mattilan (2003, 20) mukaan Suomessa tulisi terveyskasvatustermin sijaan mieluummin käyttää termiä terveysneuvonta, koska terveyskasvatustermiin liittyy negatiivinen leima. Terveyskasvatuksen neuvottelukunnan kannan (1995) mukaan käytän tutkimuksen teoreettisessa osassa termiä terveyden edistäminen tarkoittaessani terveyskasvatusta laajempaa terveyteen vaikuttamista. Termiä terveyskasvatus käytän viitatessani toimintaan, joka kattaa neuvonnan ohella myös valistuksen ja terveysopetuksen. Tutkimusraportteihin viitatessani käytän kunkin tutkijan alun perin käyttämää termiä. *Tämä tutkimus kohdistuu terveysneuvontaan, jolla tarkoitan sellaista terveydenhuollon kontekstissa ja henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa terveyteen liittyvää*

*viestintää, jossa terveydenhuollon asiakkaana olevan yksilön lähtökohdat ja tarpeet huomioidaan yksilöllisesti* (Nupponen ym 1991, 15-17; Miilunpalo 1995; Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995).

## **2.2. Terveys työn tavoitteena**

Toiminnan tavoitteet ovat sellaisia ennalta suunniteltuja vaikutuksia, joihin toiminnan avulla tarkoituksellisesti tähdätään. Tavoitteet ilmentävät toiminnan tarkoitusta ja päämäärää, eli sitä, mitä toiminnan avulla on tarkoitus saavuttaa. (Downie ym. 1999, 78.) Terveystoiminnan tavoitteena on yksilön, perheen ja yhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, ylläpitäminen ja toimintakyvyn tukeminen. Toimintaa ohjaavat tavoitteet lähtevät asiakkaiden tarpeista, yhteisön kulttuurista sekä vallitsevasta yhteiskunta-, sosiaali- ja terveystaloudesta. (Urjanheimo & Larjonmaa 2002, 38; Jakonen ym 2003, 854.) Työn tavoitteisiin vaikuttaa myös hoitajan oma henkilökohtainen terveys- ja ihmiskäsitys (Tones 1988, 34; Nupponen ym 1991, 17). Hoitajan työn tavoitteisiin vaikuttavat lisäksi ammattikunnassa, organisaatiossa ja yhteiskunnassa vallitsevat käsitykset terveyttä edistävän työn päämääristä.

Ottawan julistuksen (WHO 1986) mukaan terveyden edistäminen on prosessi, jonka avulla ihmisten mahdollisuudet hallita ja parantaa terveyttään lisääntyvät. Terveystoiminnan edistäminen voidaan siten määritellä toiminnaksi, jonka avulla voidaan parantaa ihmisten mahdollisuuksia hoitaa omaa ja ympäristönsä terveyttä. (WHO 1986.) Terveystoiminnan edistämiseen sisällytetään monenlaista toimintaa ja monitieteisen luonteensa vuoksi terveyden edistäminen on käsitteenä epäselvä. Käsite kätkee sisäänsä erimielisyyksiä sekä terveyttä edistävän työn tavoitteista että menetelmistä. Koska käsitteellä terveys voidaan tarkoittaa hyvin erilaisia asioita, on tärkeää selvittää, mitä terveyden edistämisen nimissä on tarkoitus edistää, ja mitä toiminnan tavoitteena viime kädessä pidetään. (King 1994; Cribb & Duncan 2002a, 12, 17.)

### **2.2.1. Terveystoiminnan edistämisen tavoitteet eri terveystalouksille**

Terveystoiminta on laaja ja moni merkityksellinen käsite, sitä on määritelty lukuisin tavoin eri aikoina ja eri kulttuureissa. Eri tieteenaloillakin on terveydestä erilaisia käsityksiä. (mm. Ryyänen & Myllykangas 2000, 28-50; Vertio 2003a, 13-27.) Kingin (1994) mukaan erilaisissa terveystalouksissa on ainakin neljä dimensiota: terveys voidaan nähdä absoluuttisena

tai relatiivisena tilana, subjektiivisesta tai objektiivisesta näkökulmasta käsin, yksilölliseltä tai yhteisölliseltä kannalta sekä olemukseltaan yksiulotteisena tai kokonaisvaltaisena. Terveyskäsitteitä voidaan siten jaotella erilaisin perustein.

Ryynänen ja Myllykankaan (2000) mukaan yleisimmät terveyskäsitteelliset mallit ovat biolääketieteellinen, positiivinen ja funktionaalinen terveyskäsitteellinen malli. Biolääketieteellisessä terveyskäsitteellisessä sairaudet ovat objektiivisesti todettavissa ja terveys nähdään sairauksien puuttumisena. Positiivisen terveyskäsitteellisen mukaan terveys on subjektiivinen kokemus fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilasta ja sairaus on tuon kokemuksen puuttumista. Funktionaalisen terveyskäsitteellisen mukaan terveyden tärkein ilmenemismuoto taas on yksilön tai yhteisön toimintakyky. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 30-33.) Erilaiset näkemykset terveydestä vaikuttavat siihen, millaisena terveyden edistäminen nähdään. Cribb'n ja Duncanin (2002a) mukaan terveyden edistäminen voidaan ymmärtää suppeasti sairauksien ehkäisyksi, hyvin laajasti kaikenlaisen hyvinvoinnin edistämiseksi tai sitten edellä mainittujen mahdollisuuksien välimaastoon. Koska kaikilla kolmella lähestymistavalla on erilaiset tavoitteet, työn arvioinnissakin olisi käytettävä kriteereitä, jotka soveltuvat kyseiseen lähestymistapaan. (Cribb & Duncan 2002a, 12-15.)

Kun terveys ymmärretään kapeasti biolääketieteellisesti sairauksien puuttumiseksi, terveyden edistäminen nähdään sairauksien ja vammojen ehkäisyssä. Tällöin pyritään vaikuttamaan epidemiologisen tiedon pohjalta sellaisten sairauksien syntyyn, jotka ovat ehkäistävissä sairauksien riskitekijöihin puuttumalla. Tällaisen käsitteellisen mukaan terveyden edistäminen on vaikuttamista sairauden kausaaliprosessiin sairauksien hoitoa aikaisemmassa vaiheessa. Pyrittäessä vaikuttamaan sairauden riskitekijöihin, yhteiskuntatieteellinen ja käyttäytymistieteellinen tieto valjastetaan palvelemaan biolääketieteellistä terveysnäkemystä. Biolääketieteelliseen terveyskäsitteelliseen ja suppeaan terveydenedistämiskäsitteelliseen sitoutuminen rajaa kuitenkin keinoja, joilla terveyttä voidaan edistää. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 33-35; Cribb & Duncan 2002a, 12-13.)

Kun terveys ymmärretään hyvinvoinniksi, laajenee terveyden määrittelyn valta biolääketieteellisen tiedon omaavilta terveystyöntekijöiltä erilaisille yksilöille ja yhteisöille. Tällöin yksilöillä ja yhteisöillä on mahdollisuus esittää näkemyksensä subjektiivisen hyvinvointinsa osatekijöistä ja merkityksestä. Positiivisen terveyskäsitteellisen pohjalta terveyden edistäminen nähdään laajasti hyvinvoinnin edistämiseksi. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 44;

Cribb & Duncan 2002a, 14.) Tunnetuin ja ehkä myös laajin positiivinen terveyden määritelmä on WHO:n ensimmäinen terveyden määritelmä, jonka mukaan terveys ”ei ole vain sairauden puuttumista, vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila” (WHO 1946, 2). Määritelmää on moitittu runsaasti. Sen on todettu olevan muun muassa tyhjä ja mitäänsanomaton (Seedhouse 1997, 35-38) sekä abstrakti ja utopistinen (Ryynänen & Myllykangas 2000, 44). On kuitenkin huomattava, että WHO:n ensimmäinen terveyden määritelmä oli aikanaan vastalause lääketieteelliselle terveystähtäykselle. On myös huomattava, että positiivisen terveyden ideaan kuuluu, että se on olemassa ennen muuta ideana, ei välttämättä reaali maailmassa. Jos terveyden edistäminen ymmärretään hyvinvoinnin edistämiseksi, tulisi käytännön työssä kuitenkin arvioida tarkasti terveydenhuollon toiminnan rajoja ja roolia. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 44-46; Cribb & Duncan 2002a, 13-14.) Seedhousen mukaan terveyttä edistävä toiminta saisi kohdistua ainoastaan asiakkaiden terveyteen. Hänen mukaansa hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen ylittää terveyden edistämisen legitiimin tavoitteen. (Seedhouse 1997, 94.)

Suppean ja laajan terveyden edistämisen näkemyksen ohella voidaan Cribb'n ja Duncanin (2002a) mukaan erottaa monenlaisten keskitielle asettuvien näkemysten joukko, joille on yhteistä se, että terveyden ymmärretään olevan enemmän kuin sairauksien puuttumista, mutta kuitenkin vähemmän kuin rajaton hyvinvointi. Nämä näkemykset voidaan nimetä funktionaaliksi terveystähtäyksiksi. Niissä terveys ymmärretään voimavarana, hyvinvoinnin osatekijänä tai kykyä toimia sopu suhteissa ympäristön kanssa, jolloin terveyden avulla voidaan saavuttaa elämän muita päämääriä. Funktionaalisten käsitysten mukaan terveyden edistäminen kohdistuu ihmisten terveydellisten perustarpeiden tyydyttämiseen. Se sisältää yhtäältä sairauksien riskitekijöihin vaikuttamista, mutta edellyttää myös laajempaa näkemystä ihmisten hyvinvoinnin osatekijöistä. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 42-44; Cribb & Duncan 2002a, 14-15.)

Useat terveyden edistämisen määritelmät sisältävät funktionaalisia piirteitä. WHO tarkensi aiempaa laajaa terveyden määritelmäänsä Ottawassa 1986. WHO:n uudemmassa määritelmässä terveys on positiivinen käsite, jossa painottuvat yksilölliset ja yhteiskunnalliset voimavarat sekä toimintamahdollisuudet. Terveys ymmärretään jokapäiväisen elämän voimavaraksi, mutta ei elämän tavoitteeksi sinänsä. (WHO 1986.) Seedhousen (1997) mukaan yksilö voi saavuttaa ihanteellisen terveydentilan olosuhteissa, jotka mahdollistavat yksilön edellytysten mukaisten tavoitteiden toteutumisen. Seedhouse ymmärtääkin terveyden edistämisen

olosuhteisiin vaikuttamiseksi, jonka avulla yksilöt ja yhteisöt voivat toteuttaa omia voimavarojaan. (Seedhouse 1997, 136.) Downie, Tannahill ja Tannahill'n (1999) määritelmässä on aineksia kaikista kolmesta terveystieteistä. He näkevät terveyden WHO:n aiemman määritelmän tapaan positiivisena fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Heidän mukaansa terveyden edistäminen kohdistuu positiivisen terveyden, toimintakyvyn ja terveyteen liittyvän hyvinvoinnin edistämiseen. Heidän mukaansa terveyden edistäminen sisältää kuitenkin myös sairauksien ehkäisyä. (Downie ym 1999, 23-26.) Eri terveystieteet johtavat erilaiseen käsitykseen siitä, mitä terveyden edistämisen tavoitteena tulisi pitää.

### **2.2.2. Terveystieteiden suuntausten erilaiset tavoitteet**

Näkemykset terveydestä sekä ihmisen kyvystä käyttää tietoaan ja taitojaan terveyden hyväksi luovat perustan terveystieteelle. Erilaiset näkemykset johtavat erityyppisiin käsityksiin terveystieteen tavoitteista ja hyväksyttävistä toimintatavoista. Terveystieteestä riippuu muun muassa se, millaista tietoa pidetään terveystieteen kannalta pätevänä ja riittävänä. Ihmiskäsitys puolestaan ohjaa käsityksiä siitä, millaista toimintaa terveystieteen on ja mihin vaikuttaminen psykologisesti perustuu. Terveystieteen suuntauksia voidaan tarkastella pelkistetyksi erilaisina terveystieteen malleina. Vaikka terveystieteen omaksuttu filosofia määrittelee työn tavoitteita sekä toimintatapoja, terveystieteen mallit eivät ole yksiselitteisesti toisiaan poissulkevia. Käytännön terveystieteen työtä tekevän ammattihenkilön ajattelussa voidaan usein havaita vaikutteita useammasta suuntauksesta. (Tones 1988, 34; Nupponen ym 1991, 17.)

Erilaisia näkemyksiä sisältäviä terveystieteen suuntauksia on ryhmitelty monin tavoin. Ryhmittelyjä ovat esittäneet mm. Tones (1988, 33-34), Ewles ja Simnett (1995, 35), Nupponen et al (1991, 17-20), Miilunpalo (1995) sekä Poskiparta (1997, 20 sekä 2002a, 162). Tones (1988) sekä Nupponen tutkimusryhmä (1991) ryhmittelevät terveystieteen näkemyksiä terveystieteen ohjaavien tavoitteiden ja taustaoletusten perusteella. Terveystieteen taustaoletusten perusteella voidaan heidän mukaansa erottaa ainakin neljä suuntausta:

- Terveystieteen prevention välineenä
- Terveystieteen vapaan valinnan markkinoina
- Elämänhallinta terveystieteen ihanteena
- Yhteiskunnallinen muutos terveystieteen tavoitteena. (Nupponen ym 1991, 17.)

Terveyskasvatushankkeet perustuvat useimmiten haluun ehkäistä tiettyjä sairauksia tai vammoja. Kun terveyskasvatus toimii *prevention välineenä*, terveys ymmärretään ensisijaisesti sairauksien ja vammojen puuttumiseksi. Terveyskasvatuksen tavoitteena on tällöin saada aikaan terveydellisesti suotuisia elintapoja tai vaikuttaa käyttäytymiseen sellaisella elämänalueella, jonka on todettu olevan yhteydessä tiettyyn sairauteen. Preventiokeskeisessä terveysterveyskasvatuksessa työn onnistumista mitataan elämäntapojen muuttumisella tai lääketieteellisin ja epidemiologisin mittarein. Tälle terveysterveyskasvatussuuntaukselle on ominaista se, että terveysterveyskasvatusprosessiin liittyviin vaikuttamis- ja kehitysprosesseihin ei kiinnitetä juuri huomiota. Ajattelutapa on luonnontieteellinen ja ihmiskäsitys mekanistinen. Vallitsevan ajattelun mukaan yksilön historiaan, ympäristöön tai sosiaalisiin suhteisiin ei kiinnitetä huomiota, vaan yksilön ajatellaan olevan vapaa valitsemaan haluamansa vaihtoehdon. Terveysterveyskasvatuksen olemus ymmärretään suostutteluksi ja lääketieteellisen tiedon katsotaan riittävän työn perustaksi. Suuntaukseen liittyvän ajattelun mukaan ammattilaisella on tietämyksensä perusteella oikeus määrittellä, millainen tieto tai käyttäytyminen toiselle on hyväksi. (Tones 1988, 33; Nupponen ym 1991, 17-18.)

Individualistisen ja liberaalin näkökulman mukaan terveysterveyskasvatus nähdään *vapaan valinnan markkinoina*. Tällöin korostetaan ihmisen oikeutta ja velvollisuutta vastata itsestään ja valinnoistaan. Tämän näkemyksen mukaan terveysterveyskasvattajan tehtävänä on esitellä neutraalisti totuudellista tietoa. Yksilö sitten päättää, mitä tietoa hän ottaa vastaan. Terveysterveyskasvattajalla ei ole vastuuta yksilön kehityksestä. Tämän näkemyksen mukaan terveysterveyskasvatuksen tulokseksi riittää, että yksilö tekee tietoisin valinnan, vaikka valinta sitten olisikin terveyden kannalta haitallinen. (Tones 1988, 34; Nupponen ym 1991, 18-19.)

Kun terveysterveyskasvatusotetta on kehitetty tietoisena siitä, että yksilöt ja yhteisöt eivät ole aidosti vapaita tekemään terveysterveysvalintoja, huomio on kiinnitetty ihmisen psyykkisen kehityksen, oppimisen ja muiden edellytysten vahvistamiseen, sekä myös terveysterveyskasvattajan tehtävään tukea ja ohjata kyseisiä prosesseja. *Elämän hallintaa* terveysterveyskasvatuksen tavoitteena pitävässä terveysterveyskasvatussuuntauksessa tarkoituksena on vahvistaa yksilöiden tai yhteisöiden valinnan mahdollisuuksia ja voimavaroja. Terveysterveyskasvatusta pyritään tällöin kohdentamaan niin, että yksilön itsemääräämiskyky, itseluottamus ja muut vastaavat edellytykset vahvistuvat. Toiminnan tavoitteena on lisätä ihmisen yksilöllisiä edellytyksiä vaikuttaa terveyteensä ja elämänsä. Tällainen lähestymistapa kiinnittää muita malleja enemmän huomiota terveysterveyskasvatuksen työtapoihin ja prosesseihin. Terveysterveyskasvatuksen ymmärretään olevan tuloksellista,

jos yksilön persoonallisuuden kehitys sekä tiedon lisääntyminen muodostavat kokonaisuuden, jonka ansiosta hän kykenee aiempaa perustellummin harkitsemaan terveystieteitä ja käyttämään tietojaan sekä taitojaan terveytensä kohentamiseksi. Terveyskasvatuksen onnistumista arvioidaan siten sen perusteella, kuinka yksilöiden tai yhteisöiden voimavarat vahvistuvat. (Tones 1988, 34; Nupponen ym 1991, 19-20.)

*Yhteiskunnallista muutosta* korostavan terveystieteiden suuntauksen mukaan terveystietä tulisi suunnata sairauksien syntyminen vaikuttaviin sosioekonomisiin ja rakenteellisiin tekijöihin yhteisöissä. Tämän käsityksen mukaan terveystieteen tavoitteena on kriittisen tietoisuuden ja sosiaalisen aktiivisuuden lisääminen. Tällaisen terveystieteen onnistumista mitataan yhteisön sosiaalisena muutoksena. (Tones 1988, 33.) Kun tarkastellaan terveystieteen erilaisia tavoitteita, on huomioitava, että kyseessä ei koskaan ole ainoastaan tekninen kysymys. Kysymys on aina myös eettisestä arvovalinnasta sen suhteen, millaiset asiat ovat ihmisten elämässä hyviä ja tavoiteltavia. (Cribb & Duncan 2002a, 17).

### **2.3. Työn konteksti ohjaa hoitajan toimintaa**

Huolimatta siitä, että terveystieteen kohdistuu yksilöihin, neuvontatyötä tehdään sosiaalisessa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa. Konteksti jossa työtä tehdään, vaikuttaa työn tekemisen tapaan, tavoitteisiin ja työn sisältöön, sillä ihminen ei toimi vain yksilönä, eivätkä hänen arvonsa, hyveensä ja vastuunsa määräydy vain hänen omasta toiminnastaan, vaan myös yhteisöstä, jossa hän toimii (Airaksinen 1993, 21). Hoitaja on olemassa asiakkaita varten ja asiakkaiden tarpeet ohjaavat hoitajan toimintaa. Hoitajan toimintaa ohjaa myös hänen ammatillinen tietotaitonsa. Toimiessaan ammattikunnan jäsenenä, ammattikunnan arvot sekä näkemys ammatin yhteiskunnallisesta tehtävästä ohjaavat ammattilaisen toimintaa (Henry 1994, 145). Myös organisaatiolla ja yhteiskunnalla on omia intressejä, jotka vaikuttavat hoitajan tekemän työn sisältöön ja tavoitteisiin.



### 2.3.1. Ihmisten yksilölliset elämänvalinnat ja neuvontatyön erityisyys

Ihmiset kokevat terveyden tärkeäksi ja merkittäväksi asiaksi. Terveyden onkin sanottu olevan yksi tärkeimpinä pidetyistä arvoista (mm. Ryynänen & Myllykangas 2000, 29-30; Vertio 2003a, 43.) Vaikka ihmiset arvostavat terveyttä, terveydelliset arvot eivät välttämättä ohjaa ihmisten arkisia valintatilanteita. Arkisiin valintoihin vaikuttavat sosiaalisten tekijöiden ja kulttuuritekijöiden ohella yksilön omat tarpeet, voimavarat ja mahdollisuudet. Ihmiset kokevat terveyden eri tavoin. Terveys myös ilmenee eri tavoin, ja se saa erilaisia yksilöllisiä merkityksiä ihmisten elämässä. Lisäksi ihmiset reagoivat terveystarkastuksiin omista lähtökohdistaan, omasta sosiokulttuurisesta tilanteestaan ja historiastaan käsin kukin omalla tavallaan. (mm. Ewles & Simnett, 1995, 3-5; Häggman-Laitila 1999, 38-44; Whitehead 2001a.)

Länsimaisissa yhteiskunnissa yhä merkittävämpi osa sairauksista luokitellaan elämäntapasairauksiksi. Se tarkoittaa sitä, että ihmisten oletetaan kykenevän säätelemään todennäköisyyttä sairastua tiettyihin tauteihin omalla käyttäytymisellään ja elämäntavoillaan. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 148-149.) Terveyskäyttäytyminen sisältää tiedollisia ja emotionaalisia elementtejä sekä näkyviä käyttäytymistapoja, jotka ovat yhteydessä terveyden ylläpitämiseen tai sen parantamiseen (Glanz ym 1997, 9). Terveyskäyttäytyminen ilmenee ihmisten elämässä jokapäiväisinä elämäntapoina, jotka voivat edistää tai vaarantaa ihmisen hyvinvointia, toimintakykyä tai terveyttä (Nupponen 1993, 21-22). Elämäntavat ovat yhteydessä siihen kulttuuriin ja niihin ihmisryhmiin, joiden piiriin yksilö kuuluu. Terveysteen liittyvät valinnat ilmentävät siten sitä kulttuuria, missä ihmiset elävät. Elämäntavat ilmentävät ihmisen arvoja, asenteita ja mielipiteitä, mutta ne ilmentävät myös yhteisön ekonomista, poliittista ja sosiaalista rakennetta. (Aarø 1988, 21; Riis 1991, 181-182; Dines 1994; Hallamaa 2004.) Ruoka ei esimerkiksi enää nykyään ole länsimaisissa yhteiskunnissa pelkästään ravintoa, vaan se kuvastaa ihmisten elämäntapaa, arvoja ja ideologioita. Nykyihmiset ilmaisevat itseään elämäntavoillaan. (Cribb & Duncan 2002a, 112; Hallamaa 2004.) Omaa terveystkäyttäytymistään arvioidessaan ihmiset ovat usein ylioptimistisia ja vähättelevät mahdollisia terveystriskejä (Whitehead 2001b).

Terveystneuvonnan tarkoituksena on useimmiten rohkaista yksilöitä arvioimaan elämäntapojensa yhteyttä mahdollisiin sairausriskeihin. Tällöin tavoitteena on auttaa asiakkaita tekemään valintoja omaan terveystkäyttäytymiseensä liittyen. Terveystneuvonnan näkökulman voidaankin sanoa poikkeavan perinteisestä sairaanhoitotyöstä työn laaja-alaisuuden takia. (Cribb &

Duncan 2002a, 20-22, 44-45.) Vaikka terveystottumuksiksi määritellään ainoastaan sellaiset elämäntavat, jotka epidemiologisen tiedon mukaan voidaan liittää yksilön tai yhteisön terveydentilaan (Aarø 1988, 21), voidaan periaatteessa kaikkea ihmisten käyttäytymistä tarkastella suhteessa terveyteen. Siten lähes kaikki elämän toiminnot, kuten syöminen, juominen, seksuaalinen kanssakäyminen, työnteko tai vapaa-ajan vietto saattavat sisältää terveydellisiä riskejä, ja ne voivat kuulua terveysneuvonnan piiriin (Pylkkänen & Vaskilampi 1982). Terveysneuvonnan toimialue onkin laaja, ja se kattaa periaatteessa kaikki ihmiselämän alueet (Cribb & Duncan 2002a, 20-22).

Terveysneuvontatyössä myös hoitajan ja asiakkaan suhde on erityislaatuinen ja perinteisestä hoitotyöstä poikkeava. Perinteisessä sairaanhoitotyössä työn tavoite ja toiminta-alue on selkeämpi ja paremmin rajattu, sillä potilas yleensä saapuu terveydenhuolto-organisaatioon pyytäen apua johonkin rajattuun tiettyyn vaivaan. Pyytäessään apua potilas antaa henkilökunnalle luvan auttaa ammatillisen hoitotyön keinoin tässä nimenomaisessa asiassa: hän valtuuttaa henkilökunnan toimimaan. Terveyttä edistävä työ kohdistuu kuitenkin usein ihmisten yksilöllisiin elämänvalintoihin, vaikka kyseisellä hetkellä sairautta tai vaivaa ei olisikaan. Hoitotyön interventioita kohdistetaan tällöin terveisiin ihmisiin, jotka eivät välttämättä ole pyytäneet terveydenhuoltohenkilökunnalta apua, eivätkä siten ole valtuuttaneet hoitajia puuttumaan elämäänsä. Terveyttä edistävässä työssä onkin syytä pohtia kuka tai mikä oikeuttaa hoitajan puuttumaan terveiden ihmisten elämänvalintoihin? (Cribb & Duncan 2002a, 20-22.)

### **2.3.2. Hoitaja organisaation jäsenenä**

Ammatillinen hoitotyö tapahtuu terveydenhuollon organisaatioissa, joilla on oma toimintalogiikkansa. Hoitajat toimivat organisaatioissaan ammattiroolissa, jolloin heidän toimintaansa ohjaavat organisaation toimintaideologia ja säännöt. Hoitajat työskentelevät yksilöiden kanssa, mutta ammattikunnalla, organisaatiolla ja yhteiskunnalla on omia intressejä, jotka vaikuttavat hoitajan tekemän työn sisältöön ja tavoitteisiin. (Cribb & Duncan 2002a, 47.) Organisaation työntekijät ovat riippuvaisia organisaation rakenteesta ja prosesseista, joita puolestaan muovaavat ideologiset, poliittiset, ammatilliset ja organisatoriset tekijät (Henry 1994, 145). Terveydenedistämistyössä työn tavoitteet ja toimintatavat eivät siten perustu ainoastaan yksittäisen työntekijän henkilökohtaiseen arviointiin, vaan työtä ohjaavat myös organisatoriset sekä yhteiskunnalliset tekijät.

Organisaatiot ovat järjestelmiä, jotka muodostuvat Scott'n (1992) mukaan organisaatioon osallistujista, organisaation sosiaalisesta rakenteesta, tavoitteista, teknologiasta sekä organisaation ympäristöstä. Organisaatioon osallistujat ovat sosiaalisia toimijoita, jotka erilaisten kannustimien vaikutuksesta antavat panoksensa organisaation toimintaan. Organisaation sosiaalinen rakenne muodostuu organisaation normatiivisesta rakenteesta ja organisaatioon osallistuvien käyttäytymisen muodoista. Normatiivisesta rakenteesta voidaan erottaa organisaation arvot, normit ja rooli-odotukset, jotka ohjaavat voimakkaasti organisaatioon osallistuvien käyttäytymistä. Toisaalta on huomioitava, että myös osallistujien käyttäytyminen saattaa hiljalleen muovata organisaation normatiivista rakennetta. Organisaation tavoitteet kuvaavat niitä päämääriä, joita organisaatiossa toivotaan saavutettavan organisaation osallistuvien, organisaation sosiaalisen rakenteen ja teknologioiden avulla. Organisaatiot ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja niiden on sopeutettava toimintansa niin, että organisaation tavoitteet ja normatiivinen rakenne ovat sopu- ja yhteistyössä ympäristön odotusten kanssa. (Scott 1992, 16-21.) Voidaankin sanoa, että organisaation tavoitteet muodostuvat ympäristössä toimivien sidosryhmien toivomuksista (Heiskanen 1993, 244).

Organisaation tavoitteet ovat haluttuja asiantiloja, joita organisaatio yrittää tehdä todelliseksi (Etzione 1970, 13; Scott 1992, 19). Tavoitteet ilmentävät siten niitä päämääriä, joita kohti organisaatiossa pyritään (Marquis & Huston 2003, 65). Organisaation tavoitteita on määritelty monin tavoin ja tavoitteilla on monenlaisia funktioita organisaatioissa. Organisaation tavoitteet ohjaavat organisaation toimintaa ja päätöksiä. Tavoitteet myös auttavat organisaatiossa työskenteleviä liittymään ja samaistumaan organisaatioon sekä motivoivat heitä. Tavoitteilla on lisäksi symbolinen funktio, sillä niiden avulla organisaatiot voivat osoittaa toimintansa tärkeyden ja erityislaadun asiakkaille sekä sille yhteisölle, jossa työskennellään. Julkilausuttujen tavoitteiden avulla voidaan siten hankkia voimavaroja ja legitimoida organisaation toimintaa. Tavoitteiden avulla voidaan myös arvioida toiminnan onnistumista. (Etzione 1970, 12; Scott 1992, 285-286.)

Organisaatiot asettavat ja priorisoivat tavoitteita toimintafilosofiansa ja arvojensa mukaan. Organisaation arvot ja tavoitteet voivat kuitenkin olla ristiriidassa yksilöiden ammatillisten tai yksilöllisten arvojen kanssa. (Henry 1994, 146; Marquis & Huston 2003, 64.) Yksilöillä on aina omat tavoitteensa, jotka eivät välttämättä ole yhdenmukaisia organisaation tavoitteiden kanssa (Etzione 1970, 13-14; Scott 1992, 313-314). Organisaation tavoitteiden ja työnte-

kijän omien arvojen ja tavoitteiden välinen ristiriitaisuus on hämmentävää ja se saattaa aiheuttaa ammattilaisissa turhautumista. Jos yksilö joutuu toistuvasti toimimaan omien arvojensa vastaisesti, se aiheuttaa ahdistusta, joka johtaa tyytymättömyyteen ja uupumiseen. Epärealistiset tavoitteet aiheuttavat puolestaan avuttomuutta. (Henry 1994, 148; Marquis & Huston 2003, 64.) Organisaation ja yhteiskunnan päämäärät voivat kuitenkin olla työntekijän tavoitteista eroavia ilman että yksittäinen työntekijä siitä kärsisi. Terveystiedon edistämistyössä on usein monia erilaisia tavoitteita, jotka eivät ole toistensa kanssa ristiriidassa. (Cribb & Duncan 2002a, 47.)

Hoitajan rooli terveydenhuollon organisaatioissa ei ole yksiselitteinen. Hoitaja voidaan nähdä terveydenhuollon organisaatiota palvelevana henkilönä, joka toteuttaa hierarkiassa ylempänä olevan osoittamia tehtäviä. Hierarkian ylätasolla oleva henkilö on tällöin vastuussa siitä, mitä hoitaja tekee. Hoitaja puolestaan vastaa ainoastaan siitä, kuinka hän tehtävistään suoriutuu. Nykyään hoitajat kuitenkin ymmärretään ammattilaisiksi, jotka hoitavat asiakkaita itsenäisesti. Ammatillisuuteen liittyvä itsenäinen toimintakyky edellyttää tällöin ammatillista kompetenssia vastata toiminnastaan asiakkaille, omalle ammattikunnalle ja yhteiskunnalle. Itsenäinen ammatillinen toiminta edellyttää ammattilaiselta osaamista, jonka perusteella hän kykenee arvioimaan, millaisia toimintamahdollisuuksia kussakin tilanteessa on. Ammatillaisen olisi myös kyettävä perustelemaan toimintansa. Itsenäisen ammatillisen toiminnan edellytyksenä on lisäksi se, että ammattilaisella on konkreettinen mahdollisuus tehdä todellisia valintoja. (Tadd 1994, 89-93.)

Työnantajilla on omat päämääränsä, joita ammattilainen palvelee. Ammatillaisen on mukaututtava työnantajan tavoitteisiin oman tehtävänsä vuoksi, mutta toisaalta ammattilaisen on pidettävä mielessä myös oma ammatillinen tietämyksensä (Airaksinen 1993, 24). Hoitotyön metaparadigman muodostavat hoitotyön tietoperustan keskeiset elementit, joita ovat ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyön toiminnot (Fawcett 1989, 16). Ihminen muodostaa hoitotyön toimintojen lähtökohdan ja terveys toiminnan tavoitteen. Hoitotyön toimet puolestaan ovat erilaisia auttavia keinoja ja ympäristö se yhteiskunnallinen ja organisatorinen rakenne, jossa hoitotyö todentuu. Kaikessa ammatillisessa hoitotyössä voidaan siten Leino-Kilven ja Välimäen (2003, 23) mukaan nähdä kaksi peruselementtiä, jotka ovat vastuu ihmisestä ja vastuu tehtävästä. Ammatillisessa hoitotyössä hoitajan on sovittava yhteen nämä peruselementit ja kannettava vastuu kummastakin.

### 2.3.3. Hoitaja ammattikunnan jäsenenä

Ammattilaisella tarkoitetaan ammatilliseen yhteisöön sitoutunutta jäsentä, joka on omaksunut yhteisönsä arvot sekä tietotaidon (Henry 1994, 145). Ammatilaisen perusvelvollisuus on tyydyttää väestön tarpeita ja kunnioittaa asiakaskuntansa arvoja. Nämä velvollisuudet muodostavat perustan ammattikunnan autonomiselle erityisasemalle yhteiskunnassa. (Häyry & Häyry 1994, 139.) Ammatilainen on moraalinen persoona, joka toimissaan toteuttaa ammatinsa hyväksymiä arvoja ja ajaa yhteiskunnallisesti oikeutettua asiaa. Ammatilainen on siten asiantuntija ja myös auktoriteetti. Omaksumansa ammatillisen tiedon ja ammattiinsa liittyvän vallan nojalla, hänellä on itsenäisyyttä määritellä omia päämääriään. (Airaksinen 1993, 22.) Ammatilaiselle onkin ominaista asiantuntijuus, jonka perusteella ammattikunta asettaa toiminnalleen standardeja ja normeja. Organisaatioissa ammatilaiset vastaavat palveluiden järjestämisestä ja laadusta sekä yksilöinä että kollektiivisesti. Ammatilaisilla on siten sekä yksilöllinen että kollektiivinen vastuu palveluiden kehittämisestä. (Henry 1994, 145-147.)

Ammattikunnat palvelevat yhteiskunnan jäsenten hyväksymiä arvopäämääriä, kuten terveyttä, hyvinvointia, turvallisuutta ja tasa-arvoa. Työn arvopäämäärät sekä työntekijän tarvitsemat tiedot ja taidot muodostavat ammatilaisen auktoriteetin ja asiantuntijuuden perustan. (Airaksinen 1993, 19-36; Häyry & Häyry 1994, 137; Kalkas 1996, 108-109.) Ammatit palvelevat siten omaa erityistä päämääräänsä. Samalla ne kuitenkin myös pyrkivät monopolisoimaan oman asemansa. Kun ammatit perustelevat auktoriteettinsa ja oikeutensa omien arvopäämääriensä avulla, arvot toimivat ammattikunnan vallan lähteenä. (Airaksinen 1993, 28-29.) Vahvan sosiaalisen mandaatin yhteiskunnassa hankkineet ammatit voivat itsenäisesti määritellä oman toimintansa ehtoja. Ammatikunnilla onkin taipumus kehittää itselleen oma ammatillinen tietoisuutensa ja vakuuttaa myös ulkopuoliset hyväksymään omia näkemyksiään. (Airaksinen 1993, 25-26; Parker 1994, 32.) Ammatin legitimitietin ehtona kuitenkin on, että ammattikunta harjoittaa riittävän uskottavaa itsesääätelyä huolehtimalla jäsentensä riittävästä osaamisesta sekä myös ammatillisen toiminnan etiikasta. Eettiset periaatteet kuvaavat ammattikunnan sosiaalista vastuuntuntoa, joka tasapainottaa ammattikunnalla olevaa monopolistista valtaa. (Parker 1994, 33.)

Terveydenhuollon ammattikunnat vastaavat väestölle tarjoamansa työnsä teknisestä ja eettisestä laadusta, mutta kykenevät toisaalta oman ammatillisen osaamisensa perusteella myös kontrolloimaan omaan erityisalaansa liittyviä asioita. Usein ammattikunnat kontrolloivat

elämää paljon laajemmalti kuin niiden tiedolliset edellytykset ja hyväksytyt valtuudet edellyttäisivät. (Airaksinen 1993, 21-22; Cribb & Duncan 2002a, 28.) Kun terveyskasvatus omaksuttiin terveydenhuollon tehtäväksi, terveydenhuollon toiminta-alue laajentui sairauksien hoidon lisäksi terveyden kontrolliin. Terveyskasvatuksella on mahdollisten terveydellisten vaikutusten ohella kuitenkin myös sosiaalisia vaikutuksia. Määritellesään terveellisiä elämäntapoja terveysriskien avulla, terveystyön ammattilaiset tulevat samalla määritelleeksi soveliaiksi katsottuja elämäntapoja yhteiskunnan mandaatilla. Tällöin on vaarana, että terveydenhuoltohenkilökunta alkaa määritellä sitä, mikä elämäntavoissa ja elinympäristössä on hyvää ja terveellistä, mikä puolestaan pahaa ja epäterveellistä. (Vaskilampi 1978.) Terveyskasvatus toimii tällöin sosiaalisen kontrollin välineenä (Ryynänen & Myllykangas 2000, 141). Ihmisillä on oikeus saada tietoa, mitkä seikat ovat terveydelle edullisia tai haitallisia (Potilaslaki 785/1992). Terveyskasvatustyössä annettavista ohjeista ei kuitenkaan saisi muodostua yleisiä käyttäytymisnormeja, niin että ”terveellisestä” muodostuu moraalisesti hyväksyttyä ja oikeaa, kun taas ”epäterveellisestä” tuomittavaa ja paheksuttavaa. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1986, 31). Terveyskasvatuksen tavoitteiden tulisi lähteä väestöstä, ei terveyttä edistävän henkilöstön näkemyksistä (Vaskilampi 1978).

#### **2.3.4. Terveysneuvonta yhteiskunnassa**

Terveyspolitiikalla tarkoitetaan kansalaisten välistä yhteistä sopimusta siitä, miten väestön terveyttä edistetään ja ylläpidetään. Terveyspolitiikan tavoitteet ovat siten periaatteessa kansalaisten keskuudessa hyväksytyjä. (Koskenvuori & Mattila 2003, 17.) Terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteita ja pyrkimyksiä onkin pidetty yleensä hyvinä ja tarpeellisina, tavoitteita kuitenkin tarkemmin pohtimatta. Terveydenhuollon tavoitteiden selkeys, läpinäkyvyys ja hyväksyttävyyden olisi kuitenkin tärkeää, sillä professioilla, markkinoilla ja myös medialla on taipumus muokata niitä omien etujensa mukaiseksi. (Norton 1998; Ryynänen ym 1999; Ryynänen & Myllykangas 2000, 51-53). Erityisen tärkeää terveydenhuollon tavoitteiden arviointi on terveyden edistämisen alalla, koska se kohdistuu laajasti yksilöiden elämänpiiriin.

Yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa joudutaan valitsemaan erilaisien tavoitteiden joukosta. Tällöin määritellään samalla terveyden arvo yhteiskunnassa. (Vaskilampi 1978; Cribb & Duncan 2002a, 70.) Terveyspolitiikka voidaan ymmärtää suunnitelmaksi, jonka tavoitteena on luoda edellytykset väestön hyvälle terveydentilalle sekä perustuslakia että väljempää yhteiskunnallista näkemystä kansalaisten oikeuksista ja tarpeista noudattaen

(Vohlonen 1998, 21-22). Terveyspolitiikan perimmäiset tavoitteet voivat Wiklerin mukaan olla ainakin kolmenlaisia. Terveyspolitiikan tavoitteena voi olla terveyden edistäminen puhtaasti siksi, että terveyttä pidetään arvokkaana asiana. Voidaan myös tavoitella tilannetta, jossa ulkopuoliset eivät joudu maksamaan terveystarpeita ottaneiden henkilöiden sairauksien kustannuksia. Lisäksi terveyden edistämisen tavoitteena voidaan pitää terveen väestön mahdollistamia sosiaalisia hyötyjä, kuten hyvää taloudellista kilpailukykyä. (Cribb & Duncan 2002b, 276-277.) Terveydenhuollossa toteutettavalla työllä onkin usein kahtalainen merkitys: terveys- ja hyvinvointipäämäärien lisäksi terveydenhuollon toimet palvelevat myös muita yhteiskunnallisia päämääriä, kuten esimerkiksi työvoiman saatavuutta. Terveydellä voi siten olla useita yhteiskunnallisia käyttötarkoituksia. (Cribb & Duncan 2002a, 48-49.)

Sillä, millaiset seikat ymmärretään terveystalouden perimmäisiksi tavoitteiksi, on merkitystä yksittäisen asiakkaan kannalta. Jos tarkoituksena on terveyden edistäminen puhtaasti terveyden itsensä takia, ja terveys nähdään yhdeksi arvoksi muiden joukossa, yksilö voi perustellummin elää parhaaksi katsomalla tavalla omaan autonomiaansa vedoten. Jos taas terveyden edistämisen tavoitteena pidetään terveyden avulla saavutettavia yhteiskunnallisia hyötyjä, voidaan suostuttelevampien menetelmien käyttöä pitää perusteltuna. Tällöin yksilön oma liikkumavara jää vähäisemmäksi. (Norton 1998; Cribb & Duncan 2002b, 276-277.) Terveydenhuollolla on oma ammatillinen velvoitteensa, jonka lähtökohdat ovat toisaalta hyvinvointirationaalisia, mutta toisaalta myös yksilöiden tarpeista lähteviä. Terveydenedistämistyötä tekevät eivät voi siten paeta jännitettä, joka syntyy kysymyksestä palveleeko työ enemmän yksilöä vai yhteisöä (Cribb & Duncan 2002a, 61).

Yhteiskuntapoliittiset terveydenedistämishjelmat on rakennettu arvovalinnoista, jotka vastaavat kysymyksiin: kuinka ”ongelma” on määritelty, millaisilla mittareilla toiminnan onnistumista mitataan ja miksi jotain strategiaa pidetään toista parempana. Terveydenedistämishjelmat eivät siten ole neutraaleja, vaan ne kuvastavat päätöksiä tekevien ihmisten arvoja. (King 1994; Cribb & Duncan 2002a, 70, 76.) Yhteiskuntapoliittiset ja siten myös terveystaloudelliset ohjelmat syntyvät erilaisia poliittisia näkemyksiä edustavien ryhmien neuvottelujen tuloksena. Koska ohjelmia luodaan erilaisia intressejä ajavien tahojen neuvotteluissa, ne sisältävät usein kielellistä epäselvyyttä, piilotavoitteita sekä toisilleen vastakkaisia tavoitteita ja toimintamahdollisuuksia. (Vedung 2000, 219-223.) Onkin huomattava, että terveystaloudellisten ohjelmien avulla voidaan perustella hyvin erilaisia käytännön toimia.

Terveyspoliittiset ohjelmat, asiakirjat ja julistukset ohjaavat terveydenedistämistyötä, mutta käytännössä ohjelmia tulkitaan ja toteutetaan eritavoin. Organisaatioiden perinteet, julkilau-sumattomat säännöt ja vakiintuneet työkäytännöt muovaavat käytännön toimintaa. (Poskiparta 2002a, 161.) Käytännön hoitotyötä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset toteuttavat hankkeita oman ammattitaitonsa turvin ja heidän näkemyksensä ja käytännön valintansa muovaavat hankkeista sellaisia miksi ne käytännössä muodostuvat (Vedung 2000, 235-236). Koska terveydenedistämishjelmat heijastavat erilaisia arvoja, sisältävät erilaisia tavoitteita ja niiden avulla voidaan perustella monenlaisia toimintamahdollisuuksia, olisi tärkeää, että organisaatioissa arvioitaisiin ohjelmia kriittisesti, etteivät epäoikeudenmukaiset ohjelmat muuttuisi epäoikeudenmukaiseksi toiminnaksi. Hoitajat eivät voi ottaa terveyspoliittisiin ohjelmiin neutraalia kantaa, sillä he toteuttavat niitä omassa toiminnassaan. (Cribb & Duncan 2002a, 66, 76, 149.)

Suomalaisten terveydenedistäjien toimintaa on ohjattu pääasiassa lainsäädännöllä, asiakirjoilla sekä erilaisilla julistuksilla, jotka ovat jäsentäneet työntekijöiden käsitystä työnsä sisällöstä, periaatteista ja toimintatavoista (Hirvonen ym 2002, 39-44; Poskiparta 2002a, 159). Suomessa terveyspolitiikan kehykset on määritelty perustuslaissa (731/1999), jonka mukaan julkisen vallan tulee taata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Terveyden edistämisen kannalta keskeisiä terveyspoliittisia hankkeita ovat tällä hetkellä Terveys 2015-kansanterveysohjelma, kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi sekä alkoholiohjelma 2004-2007. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa korostetaan terveyden edistämisen poikkihallinnollista luonnetta sekä yksilöiden ja yhteisöiden vastuullisuutta terveytensä suhteen (STM 2001). Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi painottaa perusterveydenhuollon ennaltaehkäisevän työn merkitystä keskeisten kansantautien ennalta ehkäisyssä (STM 2002). Päihteiden käytön aiheuttamien haittojen vähentämiseen on otettu kantaa kummassakin edellä mainitussa hankkeessa. Alkoholien kulutuksen lisääntymisen vuoksi on nähty tarpeelliseksi vielä käynnistää erikseen alkoholiohjelma 2004-2007 päihteiden käytön vähentämiseksi (STM 2003). Edellä mainittujen hankkeiden lisäksi käytännön terveysneuvontatyölle suuntaviivoja antavat mm. kansallinen diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO (Diabetesliitto 2000), käypä hoito -suositukset sekä paikalliset sopimukset eri potilasryhmien hoitoketjuista.



## 3. ETIIKKA JA AMMATTIETIIKKA TERVEYTTÄ EDISTÄVÄSSÄ HOITOTYÖSSÄ

### 3.1. *Etiikan käsitteitä ja suuntauksia*

Käsitteellä etiikka voidaan tarkoittaa joko moraalialia tai moraalifilosofiaa. Kun etiikka ymmärretään moraaliksi, sillä tarkoitetaan yksilöiden ja yhteisöiden toimintaa ohjaavien sääntöjen ja käytäntöjen kokonaisuutta, eli ihmisten käsitystä oikeasta ja väärästä. Moraalilla tarkoitetaan tällöin empiiristä ilmiötä, josta voidaan tehdä huomioita. Se on yhteisöiden ja niiden jäsenten toimintaan liittyvä piirre. Kun etiikka määritellään moraalifilosofiaksi, etiikalla tarkoitetaan filosofian osa-aluetta, jossa tarkastellaan moraalialia koskevia kysymyksiä. Moraalifilosofia on siten oppi hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä, ja etiikka on moraaliiin liittyvien asioiden systemaattista filosofista tutkimista. (Frankena 1973, 4-6; Aadland 1993, 20-21; Pietarinen & Poutanen 1998, 12-14; Cribb & Duncan 2002a, 137-138; Repo 2003, 30-31.)

Etiikassa on kyse ihmisten ja sosiaalisten yhteisöiden toiminnasta. Kyse on niistä tavoista ja säännöistä, joita toiminta noudattaa, sekä siitä hengestä, jossa toimitaan. Etiikka perustuu tosiasioiden lisäksi arvoihin ja periaatteisiin. (Sarvimäki 1996, 12; Ryyänen & Myllykangas 2000, 9.) Eettiset arvot kuvaavat sitä, mitä ihmiset pitävät hyvänä ja oikeana tai pahana ja vääränä. Arvojen perusteella ihmiset ja sosiaaliset yhteisöt luovat käsityksen siitä, mihin pitäisi pyrkiä tai mitä pitäisi välttää. Eettiset periaatteet osoittavat, miten pitäisi toimia. Ne asettavat toiminnalle päämäärän ja ihanteet. (Aadland 1993, 39; Sarvimäki 1996, 13; Downie ym 1999, 156.) Arvot toimivat valintaperusteina päämääriä ja tavoitteita asetettaessa sekä toiminnan seurauksia ja mahdollisia vaikutuksia arvioitaessa (Kalkas 1996, 86). Jotta käytännön elämä voisi sujua eettisten arvojen ohjaamana, erilaisia toimintamahdollisuuksia etsitään moraalinormien avulla. Moraalinormit ovat käyttäytymissääntöjä, joiden avulla arvot siirtyvät käytännön elämään. (Aadland 1993, 45.) Eri kulttuureissa arvostetaan erilaisia arvoja ja normeja. Moraalisten arvojen ja normien perustelevminen ja arvioiminen onkin aina sidoksissa siihen ympäristöön ja kulttuuriin, missä ne esiintyvät. (Frankena 1973, 6-7, 14; Repo 2003, 40-41.)

Eettisen ongelman peruskysymys on, mikä on hyvää tai pahaa, oikein tai väärin, jossain käytännön tilanteessa. Eettinen ongelma muodostuu yleensä ristiriidasta kahden tai useamman

arvon välillä. Ongelmallista voi myös olla arvojen toteuttaminen konkreettisessa toiminnassa. (Frankena 1973, 3; Henry 1994, 153; Kalkas 1996, 82; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 58.) Eettiselle ongelmalle on tunnusomaista se, ettei sitä voida ratkaista vetoamalla vain yhteen yksinomaiseen seikkaan vaan ratkaisumahdollisuuksia on useampia. Kilpailevat ratkaisumahdollisuudet ovat lisäksi yleensä sikäli epätäydellisiä, ettei yksikään kykene kokonaan poistamaan olemassa olevaa ongelmaa. Eettisiin ongelmiin ei siten ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa ratkaisua. (Kalkas 1996, 82; Cribb & Duncan 2002a, 31; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 58).

Tutkimusalana etiikka jakautuu kolmeen alaan: deskriptiiviseen etiikkaan, normatiiviseen etiikkaan ja metaetiikkaan. *Deskriptiivinen* eli kuvaileva etiikka tutkii moraalialia sellaisena kun se ilmenee ihmisten ajatuksissa ja toiminnassa. Deskriptiivinen etiikka on kiinnostunut siitä kuinka asiat ovat, ei siitä kuinka niiden ”pitäisi” olla. *Normatiivinen etiikka* tutkii niitä normeja ja arvostuksia, joiden mukaan toimitaan. Normatiivinen etiikka pyrkii antamaan moraalisia ohjeita ja myös perustelemaan niitä. *Metaetiikan* tehtävänä on analysoida eettisten lauseiden luonnetta ja merkitystä. (Frankena 1973, 4-5; Aadland 1993, 23-24; Sarvimäki 1996, 13-14.) Soveltavassa etiikassa tarkastellaan jotain tarkemmin rajattua elämän tai toiminnan aluetta, jolla ilmenee moraalisia ongelmia (Repo 2003, 31-32). Hoitoetiikka on yksi yleisen etiikan sovellutusalue. Hoitoetiikassa tutkitaan hyvää ja pahaa, oikeata ja väärää hoitotyössä kaikilla edellä kuvatuilla etiikan aloilla. (Sarvimäki 1996, 34; Cribb & Duncan 2002b, 272, Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 19.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan hoitajien käsityksiä terveysneuvontaan liittyvistä eettisistä näkökulmista, joten tutkimus kuuluu deskriptiivisen hoitoetiikan alaan.

### **3.2. Etiikan teorit apuvälineinä terveydenhuollossa**

Normatiiviset etiikan teorit edustavat erilaisia eettisiä näkökantoja. Ne eroavat toisistaan myös siinä, millaisia eettisiä ohjeita ne antavat ja miten ne ohjeita perustelevat. Etiikan teorioiden avulla voidaan tunnistaa ja arvioida kriittisesti totuttujakin ajattelutapoja. Etiikan teorioita voidaan siten pitää apuvälineinä tai työkaluina, joiden avulla eettisiä ongelmatilanteita voidaan lähestyä analyttisesti. (Henry 1994, 153; Cribb & Duncan 2002a, 137-138, 147; Repo 2003, 42-43.) Tärkeimpiä normatiivisia moraaliteoriatyyppejä ovat teleologiset, deontologiset ja hyve-eettiset teorit. (Repo 2003, 42).

*Teleologisia teorioita* kutsutaan päämäärä- vaikutus- tai seuraamusteorioiksi. Arvioitaessa tekojen moraalista oikeutta seurausetiikan mukaan, huomio kiinnitetään tekojen seurausten hyvyyteen tai huonouteen. Teleologisen seurausetiikan mukaan teko tai asia on hyvä, jos sillä on positiivisia seurauksia. *Deontologisten teorioiden* ydin puolestaan on teon sisäinen moraalinen arvo: hyvää etsitään itse teosta tai teon perusteena olevasta säännöstä. Teleologinen etiikka keskittyy teon hyviin tavoitteisiin ja seurauksiin, deontologinen etiikka puolestaan käsittelee oikeaa toimintaa ohjaavia periaatteita. (Frankena 1973, 14-17; Sarvimäki 1996, 20-23; Cribb & Duncan 2002b, 271-272; Repo 44-51.) Normatiivisten teleologisten ja deontologisten teorioiden lisäksi merkittäviä ovat *hyve-eettiset teorit*. Kun teleologisissa ja deontologisissa teorioissa ollaan kiinnostuneita ihmisten teoista, tarkastellaan hyve-etiikassa sitä, millaisia ominaisuuksia ja kykyjä hyvällä ihmisellä tulisi olla, jotta hän voisi toimia eettisesti oikein. Merkittävimpänä hyve-eettisenä teoriana voidaan pitää Aristoteleen hyve-etiikkaa, jonka mukaan hyveellisen ihmisen keskeinen ominaisuus on käytännöllinen järki ja oikeudenmukaisuus. Käytännöllisen järjen avulla ihminen voi Aristoteleen mukaan erottaa kussakin tilanteessa oikeat toimintatavat, jotta hyvä elämä voisi toteutua. (Frankena 1973, 63-64; Pietarinen & Poutanen 1998, 164; Cribb & Duncan 2002a, 150-151; Repo 2003, 52-56.)

Käytännön tasolla julkinen terveydenhuolto ja erityisesti ehkäisevä terveydenhuolto toimivat utilitaristisen teleologisen hyötyetiikan periaatteiden pohjalta. Tarkoituksena on lisätä hyvinvointia ehkäisemällä yleisiä sairauksia mahdollisimman tehokkaasti ja mahdollisimman pienin kustannuksin. Koko yhteiskunnan kannalta tällainen lähestymistapa tuntuukin järkevältä. (King 1994; Haapajärvi ym 1995; Rynänen & Myllykangas 2000, 132.) Länsimaisissa yhteiskunnissa ihmisen itsemääräämisoikeus on kuitenkin tärkeä arvo. Velvollisuus kunnioittaa toisen ihmisen autonomiaa perustuu deontologiaan, velvollisuusetiikkaan. Ehkäisevän terveydenhuollon terveydenedistämishjelmiä toteutettaessa yksittäisen ihmisen autonomia voi kuitenkin joutua uhatuksi. Hyötyetiikka ja velvollisuusetiikka joutuvat tällöin ristiriitaan. (Haapajärvi ym 1995; Norton 1998; Cribb & Duncan 2002b, 274-275.) Se mikä on hyväksi yhteisölle tai yhteiskunnalle ei välttämättä olekaan hyväksi yksilölle (Pattison & Player 1991, 65.) Rynänen ja Myllykankaan (2000, 132) mukaan sairauksien ehkäisy ei välttämättä aina ole hyvää ja hyödyllistä toimintaa, vaan hyötyjä ja haittoja tulisi arvioida analyttisesti.

Etiikan teorit auttavat jäsentämään terveydenhuollon toimintaa ja hoitotyön eettistä perustaa. Teleologinen etiikka korostaa toiminnan päämääriä ja auttaa perustelemaan hoitotyön toi-

mintoja ja valintoja. Deontologinen velvollisuusetiikka puolestaan liittyy terveydenhuollon lainsäädäntöön, ohjeisiin ja sopimuksiin, jotka luovat perusteet ammattieettiselle käyttäytymiselle. Hyve-etiikka nostaa esiin arvo ja arvostuskäsitykset, joiden toivotaan ohjaavan ammattilaisia käytännön hoitotyössä. (Pihlainen 2000, 24.) Vaikka teleologiset ja deontologiset teoriat ovat ristiriidassa toistensa kanssa, niille on yhteistä se, että ne tarkastelevat moraalialia objektiivisesti ns. kolmannen persoonan näkökulmasta. Hyve-eettisessä ajattelussa otetaan sen sijaan näkökulmaksi henkilökohtainen ensimmäisen persoonan näkökulma. (Sajama 1995, 115.) Franken (1973) mukaan moraalissa on kyse toisistaan riippumattomien eettisen ajattelutapojen yhdistämisestä. Teleologisen etiikan pääperiaate on hyvän tekeminen, deontologisen etiikan ydin puolestaan oikeudenmukaisuus. Nämä periaatteelliset näkökulmat ovat kuitenkin yksinään voimattomia, ellei niitä arvioida suhteessa tilanteeseen, eli hyve-eettisen toimijan näkökulmasta. Franken mukaan voidaankin sanoa, että ilman hyveellisyyttä periaatteet ovat arvottomia, samoin kuin hyveellisyys ilman periaatteita on sokeaa. Erityyppisten eettisten ajattelutapojen yhdistäminen luo pohjan moraalille ajattelulle ja ilmaisee myös käsityksen siitä, mikä ymmärrämme hyväksi elämäksi. (Frankena 1973, 65-66.)

### **3.3. Hoitotyön ammattieikka**

Ammattikunnat palvelevat yhteiskunnan jäsenten hyväksymiä arvopäämääriä, kuten terveyttä ja hyvinvointia. Vaikka ammattien oikeutus ja arvopäämäärät ovat periaatteessa yhteiskunnan jäsenten hyväksymiä, voivat ammattien arvot ja ideologia joutua ristiriitaan yksilöetiikan, kansalaisten vapauden ja yleisen edun kanssa. (Airaksinen 1993, 21, 27; Kalkas 1996, 108-109.) Ammattikunnan eettiset arvot ilmaistaan ammattieettisissä periaatteissa. Ammattieettinen periaateohjelma auttaa ammattikunnan jäseniä toimimaan ammatissaan hyväksyttävällä tavalla. Periaateohjelma auttaa myös ulkopuolisia ymmärtämään, mitä ammattikunnan edustajilta voidaan odottaa. Ammattieetikassa hahmotellaan oikeudenmukaista ammattirakennetta, ettei ammattilainen joutuisi ristiriitaan omien aatteidensa ja ammattinsa vaatimusten välillä. Ammattieettiset ohjeet ilmaisevat myös niiden henkilöiden ja yhteiskunnan järjestelmien vastuut, joiden kanssa auttaja joutuu kosketuksiin. Ammattieettiset ohjeet sisältävät ammattiryhmälle yhtenäisen periaateohjelman, jossa ilmaistaan toiminnan päälinjat sekä ammatin harjoittamisen ihannetavoitteet. Ammattieettiset ohjeet voidaan toisaalta myös nähdä hyvän ammatillisen toimintatavan vähimmäistavoitteina. Ammattieikka toimii lisäksi ammatin asemaa yhteiskunnassa vakiinnuttavana ja vahvistavana tekijänä. (Lindqvist 1986, 56-57;

Aadland 1993, 131; Airaksinen 1993, 20; Häyry & Häyry 1993, 134-137; Kalkas 1996, 108-110; Cribb & Duncan 2002a, 131.)

Suomalaisessa terveydenhuollossa ammattieettisistä velvoitteista säädetään osaksi lainsäädännössä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ilmaisee terveydenhuollon ammattihenkilön ammatilliset velvollisuudet. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään potilaan oikeuksista sekä Valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta (ETENE). ETENEn tehtävänä on käsitellä terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja antaa niistä suosituksia. (Potilaslaki 785/1992.) Myös terveydenhuollon ammattijärjestöt määrittelevät ammattikunnan eettisiä sitoumuksia ja valvovat ammattikunnan jäsenten toimintaa ja asemaa yhteiskunnassa (Kalkas 1996, 110). Suomen sairaanhoitajaliiton (1996) eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen. Hoitaja on vastuussa toiminnastaan ensisijaisesti niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. (SSL 1996.)

Terveydenhuollon eettiset periaatteet on Suomessa selkeimmin ilmaistu ETENEn toimesta. Terveydenhuollon eettisten periaatteiden mukaan jokaisella on yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo. Ihmisarvon kunnioittamiseen liittyy vuorovaikutuksellisuus, ihmisen arvostaminen sekä yksilöiden tiedonsaannin, vaikutusmahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. Itsemääräämisoikeus merkitsee ihmisen oikeutta päättää asioistaan elämäntavojuksensa ja arvomaailmansa mukaisesti. Osallistuminen omista asioistaan päättämiseen edellyttää, että potilaalla on riittävät tiedot sekä tilanteestaan että myös hoitovaihtoehdoista. Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus on antaa potilaan tarvitsemat tiedot ymmärrettävällä tavalla. Eettinen toimintatapa edellyttää yhteisymmärryksen etsimistä ilman potilaan johdattelua ja painostusta. Se edellyttää myös potilaan oman kokemuksen huomioon ottamista ja arvostamista. (ETENE 2000. Myös Kylmä ym 2002, 66 sekä Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 25.)

Ammattieettisten periaatteiden ja ohjeiden merkitys on ammattikunnalle tärkeä. Eettisten ohjeistojen sisältämät periaatteet ovat kuitenkin käytännössä ongelmallisia, sillä käytännön tilanteita voidaan usein lähestyä useamman periaatteen näkökulmasta, jolloin periaatteet joutuvat keskenään ristiriitaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 148.) Ammattieettiset ohjeet voivat toimia eettisen päätöksenteon tukena ja ohjenuorana, mutta pelkkä ohjeiden noudatta-

minen ei riitä käytännön työn valintatilanteissa. Ammattietiikan periaatteet voivatkin toimia lähinnä ihanteina. (Scott 1998; Cribb & Duncan 2002a, 135.) Ammattietiikassa voidaan erottaa kaksi tasoa: ammattiryhmän yhteiset traditiot sekä henkilökohtainen ammattieettinen toimintatapa. Henkilökohtaisella tasolla ammattilaisella on yleensä useita toimintamalleja samankaltaisiin ristiriitatilanteisiin. (Aadland 1993, 131.) Ammattieettisenä päämääränä voidaan pitää hoitajien eettisen tietoisuuden ja harkintakyvyn kohenemistä. Päämääränä on tällöin stereotyyppisten ajattelumallien välttäminen ja käytännön kokemuksen, harjaantumisen sekä eettisen tietämyksen yhdistäminen hoitajan itsenäiseen ajatteluun. (Aadland 1993, 131; Scott 1998; Cribb & Duncan 2002a, 152.)

### **3.4. Terveyden edistämisen etiikasta**

Hoitotyön lähtökohtana olevat arvot perustuvat filosofiseen ihmiskäsitykseen, terveystieteen sekä näkemykseen siitä, mikä on ihmiselle hyväksi (Kalkas 1996, 97). Leino-Kilven ja Välimäen (2003, 165) mukaan terveyden edistämistä ohjaavat samat eettiset periaatteet kun muutakin hoitotyötä. Terveyden edistämisen idea poikkeaa kuitenkin perinteisestä sairaanhoitotyöstä, sillä interventioita kohdistetaan terveisiin ihmisiin ja huomio suunnataan usein ihmisten yksilöllisiin elämänvalintoihin. Tällöin myös ammattieettiset kysymykset saavat erilaisia sisältöjä kuin perinteisessä hoitotyössä. (King 1994; Cribb & Duncan 2002a, 20-22.) Terveyden edistämisen tavoitteena on hyvinä ja arvokkaina pidetyt asiat kuten terveys, tietoinen terveysvalinta, hyvinvointi tai terveydellisen epätasa-arvon vähentäminen. Vaikka työn tavoitteita ja seurauksia voidaan pitää tavoittelemisen arvoisina, on eettinen pohdinta työn toimintatavoista ja ihmisten elämään puuttumisen oikeutuksesta jäänyt usein puutteelliseksi. (Norton 1998; Cribb & Duncan 2002a, 141.)

Käytännön terveydenedistämistyössä olisi huomattava, että terveyteen liittyvät kysymykset ovat aina arvokysymyksiä, eikä niitä voida ratkaista ainoastaan teknisen tiedon perusteella (Kalkas 1996, 100; Cribb & Duncan 2002b, 273). Lindqvistin (1988) mukaan terveyden edistämisen etiikan suurin ongelma liittyykin itse terveyden käsitteeseen. Onko terveys väline- vai itseisarvo? Jos terveys on itseisarvo, onko se tärkein itseisarvo ja kuinka se suhtautuu muihin arvoihin? (Lindqvist 1988, 42.) Terveysneuvonnassa pohdittavaksi nousee tältä kannalta katsottuna erityisesti terveyden suhde yksilön autonomiaan tai muihin arvoihin (Häyry & Häyry 1993, 167-171; Dines 1994; Norton 1998). Leino-Kilven ja Välimäen

(2003) mukaan terveyden edistämisen etiikan peruskysymyksenä on, millä oikeudella ihmisen terveystietämiseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan? Terveyden arvon ohella pohdittavaksi nousee tällöin epidemiologisen tiedon luotettavuus sekä riskien arvioinnin ongelmallisuus yksittäisen ihmisen elämässä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 164). Cribb'n ja Duncanin (2002a) mukaan käytännön terveystietämisen eettisyyttä pohdittaessa olisi lisäksi kiinnitettävä huomiota ainakin siihen, lisääkö mahdollinen käyttäytymisen muutos todella terveyttä. Tärkeää olisi myös pohtia, palveleeko muutoksen edesauttaminen yksilön voimaantumista vai yhteisön kontrollia. Olisi myös kysyttävä, onko hoitajilla todellisuudessa välineitä auttaa ihmisiä muuttamaan käyttäytymistään. (Cribb & Duncan 2002a, 51.)

Preventiokeskeisessä ajattelussa terveystietämisen olemus on ymmärretty suostutteluksi ja lääketieteellisen tiedon on katsottu riittävän työn perustaksi (Tones 1988; Nupponen ym 1991). Suostuttelevien neuvontatekniikoiden oikeutusta on perusteltu eri tavoin (mm. Campbell 1991; Witte 1994; Norton 1998). Osa asiantuntijoista on sitä mieltä, että terveystietäminen joka tapauksessa sisältää enemmän tai vähemmän manipulaatioita. Tästä olisi syytä olla tietoinen ja manipuloiviakin tekniikoita tulisi vain pyrkiä käyttämään eettisesti. (Witte 1994; Norton 1998.) Campbellin (1991) mukaan ei voida olla ainoastaan ”puhtaan” neuvonnan puolesta ja suostuttelua vastaan. Jos suostuttelevin tekniikoin tuodaan esiin totuudelliseen tietoon perustuvia terveystietoja ja esitellään terveydenhoitomahdollisuuksia, lisätään näin asiakkaiden autonomiaa, sillä asiakkaiden mahdollisuudet tehdä valintoja lisääntyvät. Kun terveydenedistäjä ei salaa tarkoituksiaan ja aikuisasiakas on selvillä siitä, että häneen yrittetään vaikuttaa, on toiminta Campbellin mukaan eettistä. (Campbell 1991, 23.)

Useat terveyden edistämisen etiikan asiantuntijat ovat sitä mieltä, että huolellisesti suunniteltu ja parhaaseen tietämiseen perustuva informaatio, joka saatetaan asiakkaan tiedoksi niin, että tämä voi tehdä tietoisensa valinnan, ei loukkaa asiakkaan autonomiaa (Karjalainen ym 1991, 63; Häyry & Häyry 1997, 236; Ryyänen & Myllykangas 2000, 143). Häyryn ja Häyryn (1993) mukaan terveystietäminen ei saisi olla kasvatusta terveyteen vaan ihmisten saattamista tietoisiksi oman terveytensä ehdoista. Näin ymmärrettynä terveystietämisen tehtävä on tukea ihmisiä terveyden kannalta järkevien ratkaisujen tekemisessä tallomatta kuitenkaan heidän omia arvojaan. Terveystietämisen tavoitteena voi Häyryjen mukaan olla ainoastaan terveyteen liittyvien tiedollisten ja taidollisten edellytysten pitäminen kansalaisten ulottuvilla. Mikäli ihmiset arvostavat terveyttä ja haluavat tavoitella sitä, he kasvavat terveyttä kohti. (Häyry & Häyry 1993, 172.)

Preventioon tähtäävässä sekä liberalistisessa vapaata valintaa korostavassa terveystieteiden suuntauksessa yksilön historiaan, ympäristöön ja sosiaalisiin suhteisiin ei ole kiinnitetty huomiota. Yksilön on ajateltu olevan vapaa valitsemaan haluamansa vaihtoehdon. (Tones 1988; Nupponen ym 1991, 18; Dines 1994.) Kyvykkään ja vastuullisen ihmisen ihanne ei kuitenkaan ole realistinen, sillä yksilölliseltäkin vaikuttavat elämäntyyli heijastavat yhteiskunnan rakenteellisia ja sosiaalisia paineita. Yksilön toimintamahdollisuuksiin voi vaikuttaa hänen sisäinen kyvyttömyytensä tai ulkoiset paineet. Ihmisen psyykinen rakenne, hänen elämänsä historiansa tai sosiaalinen ympäristönsä voivat määrätä käyttäytymistä tai ainakin aiheuttaa käyttäytymiselle voimakkaita paineita. (Lindqvist 1988; Karjalainen ym 1991, 46; Dines 1994.) Terveystieteiden mukainen käyttäytyminen heijastaa rationaalisuutta, joka on ominaista väestön keskikerrostumille. Tämän väestönosan on koulutuksensa ja hyvän sosiaalisen asemansa vuoksi helpompi tehdä rationaalisia valintoja. (Vaskilampi 1978; Terveystieteiden neuvottelukunta 1986, 20-21; Dines 1994.) Todellisessa elämässä vapaat ja rationaaliset valinnat ovat siten harvinaisia. Todellisuudessa vapaita valinnanmahdollisuuksia on vähiten juuri niillä, jotka elinolojensa perusteella kohtaavat suurimmat terveysuhkat. (Nupponen ym 1991, 17; Hirvonen ym 2002, 54). Ketään ei saisi asettaa vastuuseen hänen oman kontrollinsa ulkopuolella olevista asioista (Karjalainen ym 1991, 49; Cribb & Duncan 2002a, 101). Keskeisen eettisen ongelman muodostaakin kysymys siitä, onko yksilö vastuussa sosiaalisuudesta yhteisönsä ja kulttuuriinsa (Ryynänen & Myllykangas 2000, 146).

Kun terveystieteillä tavoitellaan yksilöiden vapaata valintaa, vältetään preventiiviseen käsitykseen liittyvä paternalistinen ajattelutapa, jonka mukaan ammattilaisella on tietämyksensä perusteella oikeus määrittellä, millainen tieto tai käyttäytyminen toiselle on hyväksi (Nupponen ym 1991, 18-19). Vapaata valintaa korostettaessa huolehditaan asiakkaan autonomian kunnioittamisesta, joka on hoitoetiikan välttämätön kulmakivi. Hoitotyö ei kuitenkaan voi perustua yhteen puhtaaksi viljeltyyn periaatteeseen. Jos autonomian periaatetta tulkitaan mekanistisesti, vaarana on välinpitämättömyys ja vastuun siirtyminen hoidon ammattilaiselta potilaalle. Potilaan autonomian kunnioittamisen ei saisi vähentää ammattilaisen vastuuta hoitotapahtumassa. (ETENE 2001, 5; Lindqvist 2001, 22.)

Terveystieteissä korostetaan nykyään voimavaroja vahvistavaa otetta terveyden edistämistyössä (mm. Tones 1998; Whitehead 2001a; Poskiparta 2002, 164-165). Ajatus elämän hallinnan lisäämisestä vaikuttaa humanilta, koska siihen ei sisälly preventiiviseen ajatteluta-



paan liittyvää holhoamista eikä myöskään valinnanvapauden vaalimisessa vaanivaa välinpitämättömyyttä. Mielenkiintoa ihmisen persoonallisuuden kehittämiseen ei kuitenkaan ole kovin helppo perustella terveydellä. Kun keskitytään elämänhallinnan kohentamiseen, terveydenhuollon perustehtävät saattavat häipyä näköpiiristä. Onkin kysyttävä, kuinka laaja kysymyksenasettelu terveystyössä on oikeutettu? (Nupponen ym 1991, 20.) Seedhouse korostaa, että terveyttä edistävän toiminnan tulisi kohdistua vain ja ainoastaan asiakkaiden terveyteen. Hänen mukaansa hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen ohittaa terveyden edistämisen legitiimin tavoitteen. (Seedhouse 1997, 94.) Mielestäni voidaan myös aiheellisesti kysyä, millaiset kyvyt ja käytännön mahdollisuudet terveydenhuollon ammattilaisilla on asiakkaidensa elämänhallinnan kohentamiseen?

Yhteenvedon voidaan todeta, ettei terveyden edistämistä, eikä siten myöskään terveysneuvontaa voida pitää yksiselitteisesti hyvänä ja eettisenä toimintana. Ihmisen elämään puuttuminen olisi aina kyettävä perustelemaan ja toiminnan hyötyjä sekä haittoja olisi myös pyrittävä arvioimaan. (Vaskilampi 1978; Häyry & Häyry 1993, 163; Cribb & Duncan 2002b, 273-274.) Terveyttä edistävässä työssä pyritään edistämään ihmisten terveyshyvää ja työn sisältö muodostuu vastauksista, joita annetaan arvokysymyksiin. Terveyttä edistävä työ on siten läpikotaisin eettisiin kysymyksiin perustuvaa. Terveyttä edistävää työtä tekevillä ammattihenkilöillä on periaatteessa vain kaksi mahdollisuutta: he voivat työskennellä tietoisena ja oman kantansa sekä toimintatapansa perustellen tai sitten työnsä eettistä perustaa tiedostamatta ja ammattietiikkaa pohtimatta (Cribb & Duncan 2002a, 31, 147).

#### **4. HOITAJAT TERVEYSNEUVONNAN TOTEUTTAJINA**

Terveydenhoitajan työn tavoitteena on yksilön, perheen ja yhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, ylläpitäminen ja toimintakyvyn tukeminen. Tehtäväalueeseen kuuluu terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja varhainen toteaminen, osallistuminen sairaiden hoitamiseen ja kuntoutukseen sekä terveellisen ympäristön suunnittelu- ja kehittämistyö. Työssä korostuvat vuorovaikutukseen perustuvat menetelmät, kuten tukeminen ja rohkaiseminen sekä neuvonta ja ohjaus, jotka ovat terveydenhoitajien useimmin käyttämiä auttamismenetelmiä. (Urjanheimo & Larjonmaa 2002, 38; Jakonen ym 2003, 854.)

Luon katsauksen terveysneuvonnan käytäntöön sekä hoitajien neuvontakäsityksiin tarkastelemalla neuvontatyöhön kohdistunutta terveystieteellistä tutkimusta. Tutkimustieto terveysneuvonnan alalta on ollut toistaiseksi melko vähäistä (Vertio 2003b, 576). Lisäksi on huomattava, että neuvontatyötä ja hoitajien neuvontakäsityksiä kuvaavat tutkimukset ovat suurelta osin melko vanhoja. Hoitajien neuvontakäsityksiin liittyvät tutkimukset ovat pääosin opinnäytetöitä ja osa hoitajien neuvontakäsityksiä selvittävistä tutkimuksista kohdistuu sairaalassa työskenteleviin hoitajiin. Ulkomaisia tutkimuksia hoitajien neuvontakäsityksistä löytyi vain muutama. Ulkomaisten tutkimusten vähäisyyden sekä myös terveydenhuoltojärjestelmien erilaisuuden ja kulttuurierojen takia keskityn tarkastelemaan terveysneuvonnan käytäntöjä ja hoitajien neuvontakäsityksiä lähinnä kotimaisen tutkimuksen avulla. Terveysneuvonnan käytännön toteutumista kuvaavia terveystieteellisiä tutkimuksia on koottu liitteeseen 1 ja hoitajien terveysneuvontakäsityksiä selvittäviä tutkimuksia liitteeseen 2.

Terveysneuvonnan etiikkaan liittyviä empiirisiä tutkimuksia ei kotimaisista tai kansainvälisistä terveystieteen tietokannoista löytynyt. Hoitotyön etiikkaan liittyvä tutkimus onkin ollut niukkaa. Välimäen tutkimusryhmän (2000) mukaan hoitotyön etiikkaan liittyvien yliopistolisten opinnäytetöiden määrä on Suomessa ollut vähäinen suhteessa kaikkiin valmistuneisiin opinnäytetöihin. Hoitotyön eettisen tutkimuksen vähäisyys on ollut ongelma myös kansainvälisesti (Leino-Kilpi 2004).

## ***4.1. Terveysneuvonnan käytäntö tutkimuksen silmin***

### **4.1.1. Neuvonnan aiheet ja menetelmät hoitajien vastaanotoilla**

Laitakari, Miilunpalo, Pasanen ja Vuori (1989) selvittivät laajassa tutkimushankkeessa terveyskasvatuksen toteutumista suomalaisissa terveyskeskuksissa. Tutkimus kohdistui hoitajien ohella lääkäreihin sekä fysioterapeutteihin. Työntekijöiden ilmoituksen mukaan kolme neljästä asiakaskäynnistä sisälsi terveysneuvontaa ja vastaanottokäyntien ajasta terveysneuvontaan käytettiin noin puolet. (Laitakari ym 1989, 159-160; Miilunpalo ym 1995.) Myös Hakkaraisen (2000, 48) tutkimuksessa työterveyshuollon terveydenhoitajien vastaanotoilla neuvontaa annettiin lähes jokaisella vastaanottokäynnillä ja neuvontaan käytettiin noin puolet asiakaskäyntien ajasta. Terveysneuvontaan kuuluu siten merkittävä osa terveydenhuollon vastaanotoilla työskentelevien hoitajien työajasta. Perusterveydenhuollon hoitajan vastaanotolle käyntejä aiheuttavat yleisimmin verenpainetauti ja muut verenkiertoelimistön sairaudet, dia-

betes sekä äkilliset hengitystietulehdukset (Laitakari ym 1989, 159). Kukkolan (1997, 85) tutkimuksessa noin neljännes ja Miilunpalon tutkimusryhmän (1995) tutkimuksessa noin kolmannes kaikista perusterveydenhuollon hoitajan vastaanotoilla käyneistä asiakkaista ilmoitti käynnin syyksi verenkiertoelimistön sairauden.

Ravitsemus on tutkimusten mukaan ollut yleisin neuvonnan aihe hoitajien vastaanotoilla (Laitakari ym 1989, 83; Rantanen 1993, 97; Miilunpalo ym 1995; Hakkarainen 2000, 57). Aikuistyyppin diabetekseen liittyvää neuvontaa selvittäneissä tutkimuksissa on todettu, että ruokavalioon ja painonhallintaan liittyvät teemat ovat olleet esillä lähes kaikilla hoitajien vastaanottokäynneillä (Peränen & Tonteri 2003, 59; Heikka & Koskenkorva 2004, 33). Liikuntaa on tutkimusten mukaan pidetty myös tärkeänä ja yleisenä neuvonnan aiheena (Laitakari ym 1989, 83; Hakkarainen 2000, 57; Heikka & Koskenkorva 2004, 33). Hoitajien oman ilmoituksen mukaan noin kaksi kolmasosaa neuvonnasta kohdistuu ravitsemukseen ja liikuntaan (Laitakari ym 1989, 83; Miilunpalo ym 1995). Liikuntaneuvontaan kohdistuneissa havainnointitutkimuksissa on kuitenkin todettu, että liikuntaa on käsitelty vastaanotoilla harvoin. Liikuntaneuvonta on myös ollut vähäistä suhteessa muuhun neuvontaan. (Rapo-Tennilä 2001, 61, 67; Peränen & Tonteri 2003, 59; Poskiparta ym 2004.)

Hakkaraisen tutkimuksessa (2000) työterveyshuollon vastaanotoilla työskentelevät terveydenhoitajat pitivät tärkeinä neuvonnan aiheina liikuntaa, ravitsemusta, tupakointia sekä alkoholin käyttöä. Tärkeänä pidettiin myös ergonomiaan, psyykkiseen kuormitukseen, työpaikan ilmapiiriin ja ihmissuhteisiin liittyvää neuvontaa. (Hakkarainen 2000, 57.) Laitakarin tutkimusryhmän tutkimuksessa (1989) ravitsemuksen ja liikunnan ohella muita yleisiä neuvontaihteita olivat lääkkeiden käyttö, lepo sekä tutkimuksiin valmistautuminen. Neuvonta kohdistui myös ergonomiaan, stressiin, ihmissuhteisiin, sukupuoliasioihin sekä tapaturmien ehkäisyyn. Joka kymmenennessä asiakaskontaktissa keskusteltiin tupakoinnista ja alkoholin käyttöä sivuttiin puolet harvemmin. Hoitajien neuvonnalle oli tyypillistä usean neuvontaiheen käsittely saman kontaktin aikana. (Laitakari ym 1989, 83, 159; Miilunpalo ym 1995.)

Yleisimpiä neuvontamenetelmiä perusterveydenhuollon vastaanotoilla ovat olleet keskustelu, kehoitus ja neuvojen antaminen (Laitakari ym 1989, 9; Rantanen 1993, 55; Miilunpalo ym 1995; Laitakari ym 1997; Hakkarainen 2000, 58; Laitinen & Toikkanen 2003, 72; Heikka & Koskenkorva 2004, 35). Keskustelun ohella hoitajat antavat melko usein myös kirjallista materiaalia ja pyrkivät siten havainnollistamaan sanomaansa (Rantanen 1993, 56; Miilunpalo

ym 1995; Laitakari ym 1997; Heikka & Koskenkorva 2004, 35). Noin 40% hoitajista ilmoitti antavansa asiakkaille kirjallista materiaalia päivittäin (Laitakari ym 1997). Sitä on annettu keskimäärin joka viidennellä vastaanottokäynnillä (Miilunpalo ym 1995). Useiden tutkimusten mukaan hoitajien käyttämä neuvonnan menetelmävalikoima on ollut kapea ja neuvontaa on toteutettu vain kertaluonteisena keskusteluna, kehotuksena tai neuvona (Laitakari ym 1989, 190-192; Miilunpalo ym 1995; Laitakari ym 1997; Poskiparta 1997, 38; Poskiparta ym 2004). Uudemmissa tutkimuksissa hoitajat ovat kuitenkin ilmoittaneet käyttävänsä neuvonnassa tiedon ja henkilökohtaisten neuvojen antamisen ohella myös motivointia ja myönteisen palautteen antamista (Laitinen & Toikkanen 2003, 72; Heikka & Koskenkorva 2004, 35) sekä rohkaisemista pohdintaan ja ongelmanratkaisuun (Hakkarainen 2000, 58). Antikaisen tutkimuksen (1993, 70) mukaan hoitajien oli vaikea eritellä käyttämiään terveystasvatuksen keinoja. Hoitajien ilmaisut motivoinnin, myönteisen palautteen ja reflektointiin liittyvien menetelmien käytöstä voidaan kuitenkin ymmärtää pyrkimykseksi siirtyä kohti osallistavampaa ja asiakaskeskeisempää työtettä (vrt. Hakkarainen 2000, 58).

#### **4.1.2. Neuvonnan suunnitelmallisuus ja työn tavoitteet**

Hoitajien vastaanottotoiminnan suunnitelmallisuudessa on havaittu puutteita. Kukkolan (1997, 95) tutkimuksessa hoitajien vastaanottotoiminta ei vaikuttanut tavoitteelliselta, sillä vain 59% potilaista sai hoitajilta tietoa jatkohoidosta. Useiden tutkimusten mukaan vastaanottoilla tapahtuvassa neuvontatyössä asiakkaille ei juuri laadita elämäntapamuutoksiin kannustavia ohjelmia. Neuvonnassa ei myöskään ole ollut prosessinomaista työtettä, joka sisältäisi tiedon keruun ohella muutosohjelman laadinnan, työn suunnittelua ja arviointia. (Laitakari ym 1989, 163-164; Rantanen 1993, 55; Rantanen 1994, 103; Rapo-Tennilä 2001, 61; Peränen & Tonteri 2003 59-64.) Neuvonta ei ole ollut suunnitelmallista eikä työn vaikutuksia ole seurattu tai arvioitu, sillä työntekijät ovat arvioineet prosessinomaisen neuvonnan vaikeaksi toteuttaa (Laitakari ym 1989, 163-164, 170-172, 181; Laitakari ym 1997). Tiedon keräämisessä ja varsinaisen neuvonnan toteuttamisessa ei hoitajien mukaan ole ollut vaikeuksia, mutta työn arviointi on koettu vaikeaksi (Laitakari ym 1997). Hakkaraisen (2000, 41) tutkimuksessa kaksi kolmasosaa työterveyshoitajista piti neuvonnan tavoitteiden määrittelyä helppona, mutta neuvonnan vaikutuksen arviointia ei koettu yhtä yksinkertaiseksi.

Rapo-Tennilän (2001, 61) sekä Peräsen ja Tonterin (2003) tutkimuksissa neuvonnassa ei juuri asetettu konkreettisia henkilökohtaisia tavoitteita. Suunnitelmia tavoitteiden saavuttami-

seksi tehtiin hyvin harvoin ja asetettujen tavoitteiden saavuttamista arvioitiin vieläkin harvemmin. (Peränen & Tonteri 2003, 59-64.) Myös Rantasen (1993) tutkimuksessa havaittiin, että vain harva hoitaja suunnitteli työtään systemaattisesti. Oman työn suunnittelua oli seuraavaksi kerraksi katsottu aihe ja neuvontamateriaali. Tavoitteiden asettamisen, neuvontamenetelmien tai työn arvioinnin suunnittelua ei esiintynyt. (Rantanen 1993, 55, 90; Rantanen 1994.) Työterveyshoitajat eivät suunnitelleet tai arvioineet neuvontaprosessia. Tutkimuksen mukaan hoitajien oli vaikea tarkastella omaa työtään, sillä siihen ei arkityössä jäänyt aikaa. Ilmeisesti oman työn arviointia ei myöskään organisaatioissa tuettu. (Rantanen 1994.)

Palmgrenin (2000) tutkimuksessa terveydenhoitajat määrittelivät terveyskasvatuksen tavoitteet hyvin yleisellä tasolla. Tavoitteena ymmärrettiin olevan joko asiakkaan hyvinvoinnin saavuttamisen tai asiakkaan oman terveyttä edistävän prosessin syntymisen. (Palmgren 2000, 46-47.) Elämäntapoihin liittyvät tavoitteet ovat olleet useimmiten yleisten hoito-ohjeiden kaltaisia kehotuksia tai ohjeita. Konkreettisia tavoitteita tai aikatauluja ei käytännön työssä juuri ole asetettu ja tavoitteenasettelu on usein jäänyt ylimalkaiseksi. (Peränen & Tonteri 2003, 59.) Tavoitteina ja neuvonnan onnistumisen kriteereinä hoitajat ovat pitäneet asiakkaan biologisessa tilassa havaittuja muutoksia tai asiakkaan asenteen tai käyttäytymisen muutoksia (Rantanen 1993 55, 90; Rantanen 1994; Peränen & Tonteri 2003, 27). Neuvonnan onnistumista on hoitajien käsityksen mukaan kuvannut lisäksi asiakkaan tiedon lisääntyminen ja asiakkaan tyytyväisyys tai neuvontamyönteisyys (Rantanen 1993, 56, 90; Rantanen 1994). Työn onnistuneisuutta on ilmentänyt myös asiakkaan elämänhallinnan koheneminen, esimerkiksi sairauten sopeutuminen (Peränen & Tonteri 2003, 27).

### **4.1.3. Neuvontakäytännöt**

Poskiparta (1997) ja Kettunen (2001) tutkivat hoitajien ja potilaiden välistä vuorovaikutusta ja erilaisia neuvontakäytäntöjä havainnointitutkimuksin. He analysoivat terveysneuvontatilanteissa videoituja neuvontakeskusteluja (n=38). Tutkimustulosten mukaan neuvontakäytännöt voidaan jaotella ei-vastavuoroiseen eli asiantuntijakeskeiseen, vastavuoroiseen eli asiakaskeskeiseen sekä yhdessä oppivaan eli voimavarakeskeiseen neuvontaan. (Poskiparta 1997, 20; Kettunen 2001, 33, 53, 78; myös Poskiparta 2002a, 162.) Tutkimuksen mukaan asiantuntijakeskeisyys oli vallitsevin neuvontakäytäntö terveysneuvonnassa, asiakaskeskeisyyttä ilmeni jonkin verran ja voimavarakeskeisyyttä hyvin harvoin (Poskiparta 1997, 38). Tutkimukset kohdistuivat sairaalan neuvontakäytäntöihin. Tutkimustuloksia ei voida yleistää avoter-

veydenhuollossa annettuun terveysneuvontaan (Kettunen 2001, 99), mutta samansuuntaisia tutkimustuloksia havaittu myös perusterveydenhuoltoon kohdistuvissa tutkimuksissa.

### **Asiantuntijakeskeinen neuvonta**

Useiden tutkimusten mukaan terveysneuvonta on ollut varsin leimallisesti ei-vastavuoroista eli asiantuntijakeskeistä. Poskiparran tutkimuksessa (1997, 38) korostui hoitajien omaksuma asiantuntijan rooli vuorovaikutuksen säätelijänä. Kettusen mukaan hoitaja useimmiten rajoitti potilaan osallistumista kysymyksillä ja keskeytyksillä, dominoi keskustelua puheen määrällä ja toimi aiheiden valitsijana (Kettunen ym 2001; Kettunen 2001, 83-84). Kettusen (2001, 53-54) tutkimuksessa neuvonnan asiantuntijakeskeisyys ilmeni keskustelun toteavana aloitukseksi, vakiintuneina keskustelurakenteina, tietotankkauksena, potilaan kompetenssin kieltämisellä sekä ammattisanaston käyttämisenä, potilas puolestaan myötäili kohteliaasti ja jättäytyi hoitajan hoidettavaksi.

Ammatillinen tieto ja ammattirooli asettavat hoitajan eri asemaan kuin asiakkaan (Heikkinen 1988, 83). Auttamistyön kohtaamisille onkin tyypillistä, että asiantuntija ottaa aloitteen hallintaansa ja hallitsee keskustelun etenemistä. Jollei hoitaja heti alusta lähtien anna potilaalle tilaa esittää omia näkökohtiaan ja osoita herkkyyttä potilaan huomioimiseksi, hoitajan rooli keskustelussa muodostuu helposti niin vahvaksi, että se lamaa potilaan osallistumista. (Kettunen 2001, 71; Kettunen ym 2002.) Useiden tutkimusten mukaan neuvonnan aloitteen tekevät useimmiten hoitajat. Asiakkaat ovat olleet hoitajia aloitteellisempia, kun kyseessä on ollut stressi, ihmissuhdeongelmat tai sukupuoliasiat. (Laitakari ym 1989, 85; Miilunpalo ym 1995; Hakkarainen 2000, 56-59.) Hoitajien mukaan asiakkaat osallistuvat tavoitteiden asettamiseen ja vaihtoehtojen etsimiseen terveysneuvonnassa (Antikainen 1993, 75; Rantanen 1994). Antikaisen (1993, 75) tutkimuksessa lähes kaikki hoitajat ilmoittivat asettavansa tavoitteita yhdessä asiakkaan kanssa. Analysoidessaan aikuistyypin diabetekseen sairastuneiden potilaiden videoituja terveyskeskuskäyntejä Peränen ja Tonteri (2003, 19-20, 57) kuitenkin havaitsivat, että terveydenhuollon ammattilaiset asettivat tavoitteita lähes kymmenen kertaa useammin kuin asiakkaat.

Terveyteen liittyvän tiedon jakaminen on tärkeä osa neuvontakeskustelua. Hoitajien käsitysten mukaan tiedon antaminen on yksi vastaanottokäyntien pääasioista (Kukkola 1997, 134). Tietoa ja neuvoja voidaan kuitenkin jakaa eri tavoin ja erilaisista lähtökohdista. Poskiparran tutkimuksessa hoitajat painottivat neuvonnassa asioiden tiedollista hallintaa. Tutkimuksen

mukaan sairaalan neuvontakeskustelut olivatkin pääasiassa ”kuulustelu”- tai tiedonjakotilaisuuksia terveydenhuollon organisaation tarpeista käsin. (Poskiparta 1997, 38, 123.) Kettunen (2001) kutsui neuvontakeskusteluja ”tietotankkaukseksi”, sillä organisaation laatuvaatimuksesta käsin toteutettu neuvonta oli usein joustamatonta ja rutiininomaista. Potilaiden tarpeita ja odotuksia ei huomioitu, vaan huomio kiinnitettiin neuvontapakettien läpikäymiseen. (Kettunen 2001, 56-58.) Myös Heikkisen (1988) tutkimuksessa terveyskasvatustilanteita leimasi kaavamaisuus ja rutiininomaisuus. Heikkisen mukaan terveyskasvatus oli tehtäväkeskeisesti jäsentynyttä ja vuorovaikutus oli hoitajakeskeistä. Työ ohjautui organisaation tavoitteista käsin. (Heikkinen 1988, 91,109; Heikkinen 1991.) Poskiparran (1997, 123-124) mukaan hoitajat tiedostivat potilaiden emotionaalisen tuen sekä kasvun ja kehittymisen tarpeet, mutteivät osanneet vastata niihin. Kettusen (2001, 96) mukaan hoitajien kyky havaita kielellisiä vihjeitä oli puutteellinen.

Neuvontatilanteissa on tutkimusten mukaan painottunut hoitajan asiantuntijarooli. Vaikka hoitajat ovat olleet tiedollisesti epävarmojakin, heidän ammatillinen tietonsa on korostunut vuorovaikutussuhteessa (Poskiparta 1997, 123-124). Heikkisen (1988, 83, 92) tutkimuksessa todellisen dialogin esteeksi muodostui hoitajan ”hyväntahtoinen autoritaativisuus” ja potilaan näkeminen omasta ympäristöstään irrallisena. Vaikka asiakkailta on tietoja ja myös valmiuksia pohtia asioitaan, kokemuksia ja tietoja ei ole aina osattu hyödyntää. Kun tietoa ei sovelleta asiakkaiden arkielämään, neuvonta jää yleisluontoiseksi. (Poskiparta 1997, 123-124; Rapo-Tennilä 2001, 67.) Asiantuntijakeskeistä toimintatapaa ovat ilmaisseet myös potilaan kompetenssin kieltäminen ja ammattisanaston käyttö. Potilaan kompetenssin kieltäminen ilmeni Kettusen (2001) tutkimuksessa moralisoimisena tai potilaan puheenvuoron huomiotta jättämisenä. Hoitajien viestintä oli neuvontakeskusteluissa tavoitteellista ja rationaalista, mutta potilaan kokemuksellisuus ohitettiin usein. Hoitajan ohittaessa potilaan esittämät asiat hänen oma asiantuntijuutensa säilyy, mutta samalla hän tulee kyseenalaistaneeksi potilaan asiantuntemuksen omien asioidensa suhteen. Ammattisanaston käyttö korostaa hoitajan pätevyyttä. Kettusen tutkimuksessa hoitajat käyttivät neuvonnassa usein ammattikieltä, jolloin potilaat jäivät keskustelussa syrjään. (Kettunen 2001, 63, 71-74, 77.) Myös Rapo-Tennilän (2001, 62) tutkimuksessa hoitajat puhuivat liikunnan merkityksestä lääketieteen faktoilla ja määrittelivät neuvonnan puheenaiheet asiakkaita kuulematta.

Neuvonnan asiantuntijakeskeisyys johtaa siihen, että vuorovaikutus etenee ammattilaisen ehdoin. Yleisen terveystiedon jakaminen kiinnittää hoitajan huomion sairauksien riskitekijöihin

ja rutiininomainen tietotankkaus objektivoi sekä etäännyttää potilasta hoitajasta. Rutiininomainen tiedonjakaminen ja yleiset hyviin elämäntapoihin kehottavat neuvot tulevat kuitenkin potilaan arkitodellisuuden ulkopuolelta eikä terveysneuvonta ole hedelmällistä, jollei terveyttä kytkeä mitenkään potilaan merkitysmaailmaan, kokemuksiin ja arkeen. Asiantuntijakeskeinen toimintatapa jättää potilaan oman hoitonsa suunnittelun ulkopuolelle, jolloin automaattisesti kehittyvä riippuvuus asiantuntijaan. Kun asiakkaan oman elämän hallintakyky joutuu kyseenalaiseksi ja ammattilaiset tunkeutuvat asiakkaiden elämään, on kyse Kettusen mukaan medikalisaatiosta. (Kettunen 2001, 56, 75, 95.)

### **Asiakaskeskeinen neuvonta**

Kettusen (2001) mukaan *vastavuoroinen neuvonta* on yhteistyötä, jossa keskustelun osapuolet yhdessä kehittävät keskustelun sisällöllisen aineksen. Vastavuoroinen neuvonta ilmeni Kettusen tutkimuksessa potilaan assertiivisuutena sekä niin, että hoitaja antoi potilaalle mahdollisuuden osallistua keskusteluun, pyrki herättelemään potilaan reflektiota, kunnioitti potilaan kompetenssia ja oli potilasta kohtaan huomaavainen. Hoitajan huomaavaisuus, positiivinen rohkaisu ja vertaispuhe rohkaisivat asiakasta ottamaan osaa keskusteluun. Asiakkaan kompetenssia hoitaja kunnioitti esittämällä neutraaleita vaihtoehtoja ja antamalla palautetta sekä yksilöllisiä neuvoja. (Kettunen 2001, 33, 72, 76.) Neutraalien vaihtoehtojen esittäminen on tärkeää vastavuoroisessa neuvonnassa. Kun vaihtoehdot esitellään tasavertaisina mahdollisuuksina, jätetään päätöksenteko potilaalle. Tällöin ei suositella yhtä tiettyä toimintatapaa vaan rohkaistaan asiakasta itsenäiseen päätöksentekoon. (Kettunen ym 2002.)

Reflektion herättäminen tapahtui Kettusen (2001) tutkimuksessa refleksiivisten kysymysten avulla. Refleksiivisten kysymysten tarkoitus on aktivoida potilas arvioimaan omaa toimintaansa. Kysymykset helpottavat potilaiden terveyteen liittyvien kokemusten, käsitysten ja arkirutiinien näkyväksi tulemista, jolloin tiedostaminen ja oppiminen mahdollistuu. (Kettunen 2001, 40.) Poskiparran (1997) mukaan sairaalan terveysneuvontakeskusteluissa esiintyi refleksiivisyyttä, vaikkakin vähäisessä määrin. Vastavuoroista neuvontaa sairaalan terveysneuvontakeskusteluissa ilmeni vain ajoittain. (Poskiparta 1997, 38, 112.) Kettusen mukaan hoitajat dominoivat neuvontakeskustelua, mutta potilaatkin vaikuttivat neuvonnan sisältöön kysymällä, kommentoimalla, kertomalla omista näkökannoistaan, sekä kritisoimalla saamaansa hoitoa. Asiantuntijakeskeisen neuvontatyylin korosteisesta osuudesta huolimatta neuvontakeskustelut näyttäytyivät Kettusen tutkimuksessa tasavertaisempina kuin aiemmissa terveydenhuollon vuorovaikutusta kuvaavissa tutkimuksissa. (Kettunen 2001, 33, 97.)



### **Voimavarakeskeinen neuvonta**

Kettusen (2001) mukaan *voimavarakeskeisen neuvonnan* edellytyksenä on vastavuoroinen asiakaskeskeinen neuvontatapa. Neuvonnan ensisijainen päämäärä ei tällöin ole käyttäytymisen muuttaminen, vaan potilaan tietojen lisääntyminen sekä tuen tarjoaminen niin, että potilas voi halutessaan tehdä muutoksia terveystottumuksissaan. Tavoitteena on, että potilaan mahdollisuus hallita neuvontakeskustelua vahvistaa hänen itseluottamustaan terveyttä koskevassa päätöksenteossa. Voimavarakeskeinen neuvontakäytäntö ilmeni tutkimusaineistossa vastavuoroisena keskusteluna, yhdessä pohtimisena ja huomion kiinnittämisenä arkipäivän terveysratkaisuihin. Tällöin potilaalla oli mahdollisuus tuottaa oma versionsa terveyteen liittyvien asioiden ratkaisemiseksi. (Kettunen 2001, 89-90; Kettunen ym 2002; myös Nupponen 1998.)

Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun ydin on yhteistyösuhde, joka edellyttää hoitajalta vallasta luopumista, mutta myös potilaalta vallan ottamista (Kettunen 2001, 89). Vaikka voimavarakeskeinen neuvontaote korostaa potilaan osallistumista, on tärkeää, että hän saa halutessaan myös olla osallistumatta. Häggman-Laitilan (1999, 49) mukaan kaikki potilaat eivät halua olla aktiivisia, vaan haluavat luottaa terveydenhuoltohenkilökunnan huolenpitoon. Myös Kettusen tutkimuksessa osa potilaista halusi ”heittäytyä” ammattilaisten käsiin ja olla huolenpidon kohteena. Tärkeintä onkin, että potilas itse saa määrittellä osallisuutensa laadun ja syvyyden omien voimavarojensa mukaan. (Kettunen 2001, 64, 93.)

#### **4.1.4. Hoitajien neuvontavalmiudet**

Pelkonen ja Kankkunen (2001) tutkivat suomalaisten sairaanhoitajien pätevyyttä antaa tupakointiin liittyvää terveysneuvontaa ja tukea asiakkaita tupakoinnin lopettamisessa. Tutkimuksessa hoitajat arvioivat oman taitonsa neuvoa ja tukea asiakkaita tupakoinnin lopettamisessa melko hyväksi. (Pelkonen & Kankkunen 2001.) Anttolaisen (1996, 64) tutkimuksessa hoitajilla oli kohtalaiset tiedot tupakan terveysthaidoista. Pelkosen ja Kankkusen (2001) tutkimuksen mukaan hoitajilla oli kuitenkin hyvin vähän tietoa nikotiinin vieroituksessa käytettävästä lääkehoidosta. Tiedon puute tupakoinnin lopettamista tukevista menetelmistä, korvaushoidoista ja asiakkaiden motivoinnista vaikeutti Laitisen ja Toikkasen (2003, 53) tutkimuksen mukaan myös äitiysneuvolan tupakointineuvontaa.

Pelkosen ja Kankkusen (2001) tutkimuksessa hoitajat arvioivat positiivisesti oman taitonsa neuvua ja tukea potilaita tupakoinnin lopettamisessa. Useissa muissa tutkimuksissa hoitajat ovat kuitenkin arvioineet omien neuvontataitojensa puutteellisuuden haittaavan neuvontatyötä (Heikkinen 1988, 92; Laitakari ym 1989, 103-105; McBride 1994; Poskiparta 1997, 38-39, 124; Steptoe ym 1999; Hakkarainen 2000, 44, 57). Heikkisen (1988, 92) tutkimuksessa hoitajat toivat itse esiin koulutuksellisia puutteitaan. He kokivat myös ihmissuhdetaitonsa puutteellisiksi. Hakkaraisen (2000, 40-41) tutkimuksessa kolme neljästä hoitajasta koki omien terveyskasvatus- ja viestintätaitojensa puutteellisuuden haittaavan neuvontatyötä. Poskiparta (1997) tutki sairaalan terveysneuvonnan vuorovaikutusta videonauhoittein. Hoitajat arvioivat vuorovaikutuksen onnistumista ja omia kehittymistarpeitaan videoitujen neuvontatapahtumien avulla. Kehittymistarvetta hoitajat arvioivat olevan eniten puhenopeuden hidastamisessa, vierasperäisten sanojen välttämässä, puheen selkeydessä, asiatiedon määrän vähentämisessä ja potilaiden rohkaisussa osallistumaan keskusteluun. Hoitajat eivät pitäneet omia valmiuksiaan ja vuorovaikutustaitojaan riittävinä, vaan kokivat tarvitsevansa harjoitella taitojensa kehittämiseksi. (Poskiparta 1997, 39, 124.)

#### **4.1.5. Neuvontatyötä haittaavat tekijät ja työn kehittäminen**

Useiden tutkimusten mukaan terveysneuvontaa on käytännössä haitannut liiallinen kiire ja ajan puute (Heikkinen 1988, 75; Laitakari ym 1989, 102, 160; Antikainen 1993, 63; McBride 1994; Poskiparta 1997, 38; Cantrell 1998; Hakkarainen 2000, 44; Laitinen & Toikkanen 2003, 53). Hakkaraisen (2000, 41) tutkimuksessa peräti 80% hoitajista arvioi ajanpuutteen haittaavan neuvontatyötä. Hoitajien mukaan ajanpuute on vaikeuttanut työn suunnittelua ja kirjaamista, millä on ollut vaikutusta hoidon jatkuvuuteen (Antikainen 1993, 63; McBride 1994). Neuvontatyötä on todettu haittaavan myös työyksikön yhteisten tavoitteiden ja yhteistyön puutteen (Laitakari ym 1989, 102; Heikkinen 1991; Miilunpalo ym 1995; Hakkarainen 2000, 44). Lisäksi työntekijät ovat kokeneet asiakasneuvontaa koskevien toimintaohjeiden ja työohjauksen puutteen haittaavan neuvontatyötä (Laitakari ym 1989, 190-192; Miilunpalo ym 1995). Hakkaraisen tutkimuksessa (2000, 40-41, 44) lähes 60% hoitajista arvioi neuvontaa haittaavan työyksikön yhteisten tavoitteiden puutteen sekä yhteistyön puutteen eri työntekijäryhmien kesken.

Epäselvän työnjaon ja yhteistyön puutteen lisäksi neuvontatyötä ovat haitanneet myös fyysisen työympäristön rauhattomuus ja organisaation hierarkkisesta rakenteesta aiheutuneet

joustamattomat työjärjestelyt (Heikkinen 1991). Organisaation työjärjestelyt kuten puhelinaikojen puuttuminen, velvollisuus edetä neuvonnassa tietokoneohjelman mukaan ja tiedonkulun puutteet eri yksiköiden välillä haittasivat neuvontatyötä Laitisen ja Toikkasen (2003, 55-57) tutkimuksessa. Yhtenä merkittävänä neuvontatyötä haittaavana seikkana on myös mainittu hoitotyön perinteinen suuntautuminen käsillä tekemiseen samalla kun vuorovaikutuksellisia keinoja on väheksytty (Cantrell 1998). Sekä Laitakarin tutkimusryhmän (1989, 160-164) että Hakkaraisen (2000, 44) tutkimuksissa todettiin lisäksi asiakkaiden kiinnostuksen puutteen merkittävästi haittaavan neuvonnan onnistumista. Asiakkaiden kiinnostuksen puutteen arvioitiin haittaavan erityisesti tupakointiin liittyvässä neuvonnassa (Laitakari ym 1989, 103; Laitinen & Toikkanen 2003, 54).

Hoitajat ovat toivoneet terveysterveystieteiden kehittämiseksi sekä koulutusta että yhteistyön kehittämistä organisaatioissa. Koulutusta on toivottu sekä yksilöneuvonnan käytäntöihin että neuvonnan sisältöihin liittyen. (Laitakari ym 1989, 161; McBride 1994; Laitakari ym 1997; Poskiparta 1997, 125; Cantrell 1998; Hakkarainen 2000, 39; Laitinen & Toikkanen 2003, 76.) Hakkaraisen tutkimuksessa (2000) lähes neljä viidestä terveydenhoitajasta katsoi, että ammatilliseen peruskoulutukseen tulisi lisätä ohjausta terveysterveystieteiden käytäntöihin liittyen. Hoitajat ovat kaivanneet täydennyskoulutusta terveyteen, viestintään, neuvontamenetelmiin ja erityisesti neuvonnan vaikuttavuuden arviointiin liittyen (Cantrell 1998; Hakkarainen 2000, 39, 45). Terveysterveystieteiden kehittämiseksi on toivottu myös lisää aikaa neuvontatyölle, neuvontakontaktien jatkuvuuden sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämistä. Erittäin tärkeäksi on myös nähty yhteisten toimintalinjojen ja tavoitteiden suunnittelu sekä niistä sopiminen toimintayksiköiden sisällä ja eri työyksiköiden välillä. (Miilunpalo ym 1995; Laitakari ym 1997; Hakkarainen 2000, 45.)

## ***4.2. Hoitajien käsityksiä terveysterveystieteiden neuvonnasta***

### **4.2.1. Käsitys työn olemuksesta**

Palmgren (2000) tutki työterveyshoitajien terveysterveystieteiden käsityksiä. Tutkimuksen mukaan terveysterveystieteiden käsityksen rakentumiseen vaikutti hoitajan ihmiskäsitys, käsitys terveydestä ja käsitys ihmisen oppimisesta. Nämä perusasiat määrittivät terveysterveystieteiden tavoitteet ja terveysterveystietäjän roolin. Palmgren jakoi terveysterveystietoisuudet rationaaliseen ihmiskäsitykseen ja holistiseen ihmiskäsitykseen perustuviin terveysterveystieteiden käsityksiin. Ra-

tionaalisen ihmiskäsityksen omaava terveyskasvattaja on tiedonantaja ja asiantuntija. Tämän käsityksen mukaan asiakkaat tarvitsevat ennen kaikkea tietoa terveydestä. Terveys ymmärretään joko asiakkaan subjektiiviseksi hyvinvoinnin tilaksi tai hoitajan määrittelemäksi tilaksi, jossa sairaus on terveyden este. Tämän käsitystyyppin mukaan terveyskasvattaja kehittyy hankkimalla lisää tietoa ja harjaantumalla terveyskasvatustyötä tehdessään. Terveyskasvattaja, jolla on holistinen ihmiskäsitys, nimettiin tutkimuksessa ihmisten ohjaajaksi ja herättelijäksi. Asiakkaan ymmärrettiin tämän käsitystyyppin mukaan tarvitsevan tiedon lisäksi tukea ja ohjausta, jotta asiakkaan omat terveyttä edistävät prosessit voisivat käynnistyä. Terveys ymmärrettiin tässä käsitystyyppissä asiakkaan subjektiiviseksi hyvinvoinnin tilaksi. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan terveyskasvattaja voi kehittyä työssään hankkimalla kokemusta terveyskasvatustyöstä sekä vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. (Palmgren 2000, 46-47, 54-55.)

Hoitajat ovat tutkimusten mukaan toteuttaneet neuvontatyötä lääketieteellisen tiedon ohjaajina, jolloin terveyskasvatuksen sisältö on muodostunut sairaus- ja ongelma-keskeiseksi (Heikkinen 1988, 109; Laitakari ym 1989, 170-172; Rantanen 1993, 55-56). Ruontimon (1993, 56) tutkimuksessa varuskuntasairaanhoidajat ymmärsivät terveyskasvatuksen terveyden yhteydessä olevien asioiden opettamisena ja tietojen jakamisena, jonka tavoitteena on käyttäytymisen muutos. Antikaisen (1993) tutkimuksessa väestövastuista työtä tekevät terveydenhoitajat ymmärsivät terveyskasvatuksen sekä terveyttä koskevan tietoisuuden herättämiseksi että tiedon jakamiseksi. Hoitajien terveyskasvatusnäkemykset eivät olleet siten yksiselitteisesti mekanistisia tai tulkinnallisia, vaan niissä yhdistyvät molemmat näkemykset. (Antikainen 1993, 71.)

Antikaisen (1993) tutkimuksessa väestövastuista työtä tekevien terveydenhoitajien eettisten periaatteiden ja hoitajien käytännön työotteen välillä oli ristiriitaisuutta. Hoitajat ilmaisivat työtään ohjaavaksi periaatteeksi ihmisten yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen. Käytännön työssä hoitajat mielsivät kuitenkin olevansa ”oikean” tiedon jakajia. Käytännön neuvontatyötä saatettiin lisäksi kuvata manipuloivanakin toimintana. Hoitajien eettiset periaatteet eivät siten ohjanneet käytännön hoitotyötä. (Antikainen 1993, 69, 74.) Myöskään McBriden (1994) tutkimuksessa hoitajien käsitykset terveysneuvonnan periaatteista eivät ohjanneet hoitajien valintoja käytännössä. Hoitajat korostivat toisaalta potilaiden vapautta tehdä terveytensä suhteen tietoisia valintoja, mutta kuitenkin yli puolet hoitajista

halusi kieltää potilaita tupakoinnin sairaalassa. Tupakoinnin kieltäminen merkitsee käytännössä potilaiden valinnanvapauden rajoittamista ja kontrollointia. (McBride 1994.)

Kovero (1999) selvitti työterveyshoitajien käsityksiä terveysneuvonnasta sekä heidän kokemuksiaan työnsä ja ammattiroolinsa muutoksista viime vuosina. Hoitajat kuvasivat neuvontatyön muutoksia työterveyshuollossa eritavoin. Osa hoitajista kuvasi oman roolinsa kypsymistä, osa taas koki muutosten koskeneen ainoastaan työn sisältöä. Hoitajat, jotka olivat kokeneet ristiriitaa oman ammattiroolinsa sekä aiemman lääketieteellisesti suuntautuneen terveyskasvatusnäkömyksen välillä, kuvasivat oman ammattiroolinsa muuttuneen. Nämä vahvan ammatti-identiteetin omaavat hoitajat kokivat kypsyneensä ottamaan neuvontatyössä enemmän huomioon asiakkaan näkökulmia. Sen sijaan hoitajat, jotka eivät olleet kyenneet kehittämään uudenlaista työtettä, keskittyivät kuvaamaan vain työn sisällössä tapahtuneita muutoksia. Heidän mukaansa työssä oli alettu kiinnittää enemmän huomiota psyykkisiin seikkoihin samalla kun ehkäisevä ja fyysisiin seikkoihin keskittyvä työ oli vähenemään päin. (Kovero 1999.)

#### **4.2.2. Käsitys työtä ohjaavista tekijöistä ja työn oikeutuksesta**

Terveysneuvontatyötä ohjaavia tekijöitä ei juuri ole tutkittu. Tämän tutkimuksen kannalta kiintoisin on tutkimuksista kaikkein varhaisin. Heikkinen (1988) selvitti väitöstyössään sairaalan terveyskasvatuskäytäntöjä. Hän tutki, millaisten sääntöjen ja normien mukaan sairaalassa työskentelevät hoitajat terveyskasvatustilanteissa toimivat ja miten heidän toimintansa ohjautuu. Tutkimuksessa osa hoitajista ilmoitti tekevänsä neuvontatyötä itsenäisesti oman ammattitaitonsa pohjalta. Osa hoitajista puolestaan totesi, että työtä ohjaavat työryhmän periaatteet sekä erilaiset terveitä elämäntapoja koskevat säännöt, ohjeet ja terveyskasvatuskansiot. Myös lääkärin ilmoitettiin ohjaavan terveyskasvatuksen toteuttamista. Kolme hoitajaa kymmenestä mainitsi työtään ohjaavan potilaiden tarpeet. Tutkimuksen mukaan sääntöjen ja ohjeiden pohjalta toimittiin eri tavoin ja hoitajien terveyskasvatuksen suunnitelmallisuus vaihteli. Hoitajien työ näytti ohjautuvan organisaation tavoitteista käsin. Organisaation vahva hierarkia vaikutti myös siihen, että hoitajan liikkumavara oli terveysneuvonnassa pieni. (Heikkinen 1988, 72-73, 92.)

Heikkisen tutkimuksessa osa hoitajista oli turhautunut työhönsä, koska ihmisten terveyskäyttäytymiseen puuttumista ei koettu oikeutetuksi. Terveyskasvatuksen koettiin rajoittavan

potilaan valinnanvapautta. Hoitajat olivat turhautuneita myös siihen, ettei työn koettu olevan tuloksellista. Vaikka osa hoitajista koki ammatillisten tehtäviensä olevan ristiriidassa omien asenteidensa kanssa, he hoitivat terveyskasvatustehtävänsä organisaation ohjeiden mukaan. Heidän toimintansa ja ammattiroolinsa määräytyivät organisaatiosta käsin. Hoitajat sovittivat omat intentionsa, tavoitteensa ja toimintansa organisaation kontekstin rajoihin. He pyrkivät olemaan lojaaleja järjestelmälle, johon olivat sitoutuneet. Hoitajat hoitivat tehtävänsä, mutta pyrkivät peittämään oman turhautumisensa. Tutkimuksessa voitiin kuitenkin havaita, että potilas koki neuvontatilanteen sitä positiivisempaan, mitä myönteisemmäksi hoitaja koki ammattiroolinsa edellyttämän käyttäytymisen. (Heikkinen 1988, 73, 79, 91-92; Heikkinen 1991.)

Uudemmissa tutkimuksissa on vain viittauksia neuvontatyön oikeutukseen ja työtä ohjaaviin tekijöihin. Laitisen ja Toikkasen (2003, 48) tutkimuksessa äitiysneuvolan terveydenhoitajat pitivät neuvontaa tärkeänä ammatillisena velvollisuutenaan todeten, että tupakoivilla äitiysneuvolan asiakkailta on oikeus saada neuvontaa tupakoinnista luopumiseksi. Myös Anttolaisen (1996) tutkimuksessa terveiden elämäntapojen edistäminen kuului sairaanhoitajan työkuvaan kaikkien hoitajien mielestä. Tästä huolimatta vain 14% hoitajista piti oikeutettuna puuttua potilaiden tupakointitottumuksiin, jos potilaalla ei ollut tupakoinnista johtuvia sairauksia. (Anttolainen 1996, 64-65.)

#### **4.2.3. Käsitys työn merkityksestä ja vaikuttavuudesta**

Tutkimusten mukaan hoitajat asennoituvat terveysneuvontaan positiivisesti ja kokevat neuvonnan tärkeäksi (Antikainen 1993, 40; McBride 1994; Steptoe ym 1999; Laitinen & Toikkanen 2003, 74). Suurin osa hoitajista pitää terveellisiä elintapoja koskevaa neuvontaa jokaiseen asiakaskontaktiin kuuluvana ja tärkeänä osana työtään (Laitakari ym 1989, 159-161; Miilunpalo ym 1995). Hakkaraisen (2000, 40, 57) tutkimuksessa työterveyshoitajat olivat hyvin motivoituneita terveyskasvatustehtäviin. Elämäntapoihin sekä työn terveysriskeihin liittyvää neuvontaa pidettiin erittäin tärkeänä. Ruontimon (1993, 37) tutkimuksessa varuskuntasairaanhoitajat kokivat terveyskasvatuksen varuskunnissa haasteellisena ja yhteiskunnallisestikin merkittävänä työnä. Anttolaisen (1996, 64) tutkimuksessa myös sairaalan vuodeosastoilla työskentelevät sairaanhoitajat asennoituvat myönteisesti tupakointineuvontaan ja kokivat sen tärkeäksi.

Laitakarin tutkimusryhmän (1989, 107, 163-165) tutkimuksessa hoitajat kokivat myönteisenä ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvän neuvonnan, mutta tupakointiin liittyvä neuvonta koettiin turhauttavaksi. Myös Laitisen ja Toikkasen (2003, 49, 74-75) tutkimuksessa osa terveydenhoitajista piti äitiysneuvolan tupakointineuvontaa turhauttavana, koska asiakkaat harvoin lopettavat tupakoinnin raskauden aikana. Hoitajien arvion mukaan asiakkaat ja työtoverit kuitenkin arvostavat neuvontatyötä, mutta Laitakarin tutkimusryhmän tutkimuksessa (1989, 161) vain 40% hoitajista koki esimiestensä arvostavan neuvontaa.

Vaikka hoitajat useimmiten asennoituvat terveysneuvontaan myönteisesti, ovat he kuitenkin varovaisia asiakkaiden reaktioiden suhteen. Palmgrenin (2000) tutkimuksessa hoitajat kokivat aktiivisen tiedon antamisen asiakkaille vaikeaksi terveyskasvatukseen liittyvän negatiivisen leiman takia. Kukaan haastatelluista ei pitänyt itseään terveyskasvattajana, vaan ennemminkin tiedonantajana tai asiakkaiden herättelijänä. (Palmgren 2000, 46-47, 54-55.) Laitakarin tutkimusryhmän (1989, 160) tutkimuksessa enemmistö hoitajista arveli ihmisten kokevan terveyskasvatuksen uhkana henkilökohtaiselle vapaudelleen. Hoitajat ovat myös pelänneet tupakointiin liittyvän neuvonnan aiheuttavan asiakkaisissa ahdistusta (Laitinen ja Toikkanen 2003, 48). Asiakkaiden on lisäksi pelätty loukkaantuvan tai harmistuvan neuvonnasta (McBride 1994).

Työntekijöiden arviot oman asiakasneuvontansa vaikuttavuudesta ja mahdollisuuksista ovat olleet melko pessimistisiä. Hakkaraisen (2000, 41) tutkimuksessa peräti 89% hoitajista arvioi työn vähäisten tulosten haittaavan neuvontatyötä. Heikkisen (1988, 73-76) sekä Laitisen ja Toikkasen (2003, 75) tutkimuksissa osa hoitajista oli turhautunut työhönsä työn vähäisten tulosten takia. Pelkosen ja Kankkusen (2001) sekä Steptoen tutkimusryhmän (1999) tutkimuksissa hoitajat eivät uskoneet pelkän neuvonnan juuri auttavan asiakasta tupakoinnin lopettamisessa tai liikunnan määrän lisäämisessä. McBriden (1994) tutkimuksessa Englannissa alemman koulutuksen saaneet hoitajat olettivat hoitajien mahdollisuudet vaikuttaa potilaiden elämäntapoihin huomattavasti paremmiksi, kun taas pidemmän koulutuksen saaneet hoitajat olivat varauksellisempia neuvonnan vaikuttavuuden suhteen. Laitakarin tutkimusryhmän (1989, 176) tutkimuksessa keskimääräistä optimistisemmin neuvontansa vaikuttavuutta arvioivat fysioterapeutit liikuntaneuvonnan osalta, lääkärit lääkkeiden käytön osalta ja hoitajat ravitsemusneuvonnan osalta. Miilunpalon tutkimusryhmän (1995) mukaan hoitajat suuntasivat neuvonnan aihealueisiin, joilla neuvonnan koettiin olevan vaikuttavaa.

## 5. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa perusterveydenhuollon vastaanotoilla aikuisten parissa työskentelevien terveydenhoitajien neuvontakäsityksistä. Tutkimuksessa tarkastellaan hoitajien käsitystä neuvontatyön tavoitteista eli siitä, mitä neuvontatyön avulla halutaan saavuttaa. Tutkimuksen tavoitteena on myös kuvata hoitajien käsitystä neuvontatyötä ohjaavista ammatillisista, organisatorisista ja yhteiskunnallisista tekijöistä. Kuvaamalla neuvontatyötä ohjaavia tekijöitä pyritään liittämään hoitajien neuvontakäsitys siihen kontekstiin, jossa käytännön neuvontatyötä tehdään. Terveysneuvontaa tarkastellaan myös eettisestä näkökulmasta. Tavoitteena on kuvata hoitajien käsitystä neuvontatyötä oikeuttavista tekijöistä sekä muista eettisistä kysymyksistä, joita he neuvontatyöhön liittävät. Tutkimuksessa pyritään tuottamaan tietoa, jonka avulla perusterveydenhuollon terveysneuvontatyötä olisi mahdollista kehittää.

### Tutkimustehtävät:

1. **Kuvata aikuisten parissa terveysneuvontatyötä tekevien terveydenhoitajien käsityksiä terveysneuvonnan tavoitteista.**
2. **Kuvata aikuisten parissa terveysneuvontatyötä tekevien terveydenhoitajien käsityksiä työtään ohjaavista tekijöistä.**
3. **Kuvata aikuisten parissa terveysneuvontatyötä tekevien terveydenhoitajien käsityksiä työtään oikeuttavista tekijöistä.**
4. **Kuvata eettisiä kysymyksiä, joita aikuisten parissa terveysneuvontatyötä tekevät terveydenhoitajat neuvontatyöhön liittävät.**



## 6. TUTKIMUSMETODI JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1. Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Tutkittava ilmiö ja tutkimustehtävät määrittävät, millaisin menetelmin niitä on tarkoituksenmukaista lähestyä (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 20). Laadullisen tutkimus soveltuu tutkimusotteeksi silloin, kun tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään ihmisten kokemuksia ja käsityksiä heidän sosiaalisessa ja kulttuurisessa kontekstissään (Holloway & Wheeler 1996, 2-3; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 20). Laadullinen tutkimusote soveltuu ihmisten kokemusten ja käsitysten kartoittamiseen erityisen hyvin myös silloin, kun aiheesta on niukasti aiempaa tutkimusta (Holloway & Wheeler 1996 2-4; Nieminen 1997, 220). Tutkimukseni tarkoituksena oli tutkia hoitajien neuvontakäsityksiä. Laadullisen tutkimusotteen valinta oli perusteltua, koska sen avulla oli mahdollista saada monipuolista tietoa hoitajien neuvontakäsityksistä ja myös siksi, ettei aiheesta juuri ole aiempaa tutkimustietoa.

Laadullinen tutkimus perustuu käsitykseen, että todellisuus on sosiaalisesti rakentunutta (Holloway & Wheeler 1996, 1; Hirsjärvi & Hurme 2001, 17). Todellisuutta kuvataan yhteisen kielen avulla, mutta kieli itsessään on luonteeltaan sosiaalista ja myös sopimuksenvaaraista. Yhteisen kielen avulla välitetään ja vastaanotetaan viestejä, jolloin kielelliset symbolit ja niiden merkitykset muovautuvat yhteisön tarpeisiin sopiviksi. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 16.) Yhteinen absoluuttinen fyysinen todellisuus on olemassa yhteisenä fysikaalisena maailmana, mutta puhe todellisuudesta heijastaa sitä subjektiivista tulkintaa todellisuudesta, jonka yksilö on yhteisössään oppinut. Käsitys todellisuudesta on siten syntynyt sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja käsitykset samoista ilmiöistä saavat eri aikoina ja eri kulttuureissa erilaisia tulkintoja. Koska käsitykset todellisuudesta vaihtelevat, yhtä ainoaa ehdotonta totuutta ympäröivästä maailmasta ei voida tavoittaa. Voidaan ainoastaan löytää erilaisia sosiaalisesti muovautuneita käsityksiä todellisuuden olemuksesta. (Dey 1993, 11, 32- 39; Hirsjärvi & Hurme 2001, 17-18; Eskola & Suoranta 2003, 140-141.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan pyritään kuvaamaan jotain tapahtumaa, ymmärtämään jotain toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Eskola & Suoranta 2003, 61). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ihmisten päämäärätietoisuutta, intentionaalisuutta. Tutkimuksen keinoin pyritään

selvittämään, kuinka ihmiset määrittelevät kyseisen ilmiön tai tilanteen ja millaisin motiivein heidän toimintansa ohjautuu. (Dey 1993, 35-37.) Inhimilliseen toimintaan vaikuttavat kuitenkin omien intentioiden lisäksi vahvasti myös sosiaaliset tekijät. Koska ilmiöiden merkitykset muovautuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, on laadullisessa tutkimuksessa oleellisen tärkeää pyrkiä tarkastelemaan sitä luonnollista ympäristöä ja niitä yhteyksiä, missä ilmiö tapahtuu. Kontekstin voi jopa sanoa olevan avain ilmiön tulkintaan. (Dey 1993, 32-33; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 20.) Terveysneuvontaa on aiemmin tutkittu tarkastelemalla hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta (esim. Poskiparta 1997; Kettunen 2001) tai hoitajan käsitystä terveysneuvonnan olemuksesta (esim. Palmgren 2000). Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata hoitajien käsitystä neuvonnan tavoitteista sekä sellaisia tekijöitä, jotka hoitajien käsityksen mukaan neuvontatyötä ohjaavat. Tarkoituksena on siten liittää neuvontakäsitys arkityön organisatoriseen kontekstiin ja pyrkiä siten ymmärtämään neuvontakäsityksen muodostumista. Laadullinen tutkimusote soveltuu hyvin tutkimuksen pyrkimykseen kuvata hoitajien neuvontakäsityksen intentionaalisuutta.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston muodostavat sekä tieteellinen kirjallisuus aiheesta että tutkijan keräämä tutkimusaineisto. Tutkimuksen teoreettinen osuus perustuu terveyden edistämisen ja etiikan alan tieteelliseen kirjallisuuteen sekä systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuushaut ovat jatkuneet läpi tutkimusprosessin. (Holloway & Wheeler 1996, 24, 29)

## **6.2. Tiedonantajien valinta**

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto tulee kerätä sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Tällöin on tarkoituksenmukaisinta valita henkilöitä, jotka tuntevat kyseessä olevan ilmiön mahdollisimman hyvin, haluavat osallistua tutkimukseen ja kykenevät myös hyvin ilmaisemaan itseään. (Morse 1991, 129, 132; Holloway & Wheeler 1996, 74-75; Nieminen 1997, 216-217; Hirsjärvi & Hurme 2001, 60; Eskola & Suoranta 2003, 18.) Laadullisessa tutkimuksessa onkin tapana puhua otannan sijasta harkinnanvaraisesta näytteestä, koska tilastollisten yleistysten sijaan tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa asiaa syvällisesti (Hirsjärvi & Hurme 2001, 59). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimukseen valittavien tiedonantajien määrä ja laatu riippuu tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimustehtävästä (Kvale 1996, 101-102; Polit & Hungler 1997, 238).

Tutkimukseni tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa tietoa aikuisten parissa terveysneuvontatyötä tekevien hoitajien neuvontakäsityksistä. Jotta tiedonantajilla olisi mahdollisimman hyvä ja syvä käsitys tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta, päädyin etsimään tiedonantajiksi hoitajia, jotka tekevät kokopäiväisesti terveysneuvontatyötä avoterveydenhuollon vastaanotoilla. Tutkimuksen kohdeorganisaatioksi valikoitui keskisuomalaisessa kaupungissa sijaitseva terveyskeskus, johon oli suunnitteilla hanke yksilön ja perheen terveysohjauksen kehittämiseksi perusterveydenhuollossa. Anoin ja sain organisaation ylihoitajalta tutkimusluvan tutkimuksen suorittamiseksi kyseisessä organisaatiossa. Tutkimusluvan saatuaani sain ylihoitajalta organisaatiossa työskentelevien tutkimukseni kriteerit täyttävien työntekijöiden nimet sekä yhteystiedot. Otin heihin puhelimitse yhteyttä kysyäkseni suostumusta osallistua tutkimukseen. Kaikki antoivat suostumuksensa. Tämän tutkimuksen tiedonantajiksi tuli kuusi terveyskeskuksen avoterveydenhuollon vastaanotoilla aikuisten parissa kokopäiväisesti neuvontatyötä tekevää terveydenhoitajaa. Tutkimuksen kohdeorganisaatio sekä organisaatiossa työskentelevät henkilöt olivat ennen tutkimusta minulle vieraita.

### **6.3. Aineiston keruu teemahaastatteluin**

Tutkimustehtävä määrittää sen, millaista aineistoa tehtävän ratkaisemiseksi tarvitaan ja millaisin menetelmin aineisto on tarkoituksenmukaista kerätä (Pietilä 1976, 56; Hirsjärvi & Hurme 2001, 15). Haastattelun voidaan sanoa olevan yksi tiedonhankinnan perusmuoto ja tutkimushaastattelu on yhteiskuntatieteissä käytetyimpiä tiedonhankintamenetelmiä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 11). Laadullisissa tutkimuksissa käytetään usein puolistrukturoitua haastattelua (May 1991, 191; Holloway & Wheeler 1996, 55; Eskola & Suoranta 2003, 85), josta Hirsjärvi ja Hurme (2001, 47) käyttävät nimeä teemahaastattelu. Kvale (1996, 5-6) määrittelee teemahaastattelun haastatteluksi, jonka tarkoituksena on saada kuvaus tutkitusta ilmiöstä haastateltavan elämismaailmasta käsin ja haastateltavan tulkintaa kunnioittaen. Teemahaastattelu on aineistonkeruumenetelmänä joustava ja se sopii erityisen hyvin alueille, joilta ei aiemmin ole paljon tietoa. Teemahaastattelussa on mahdollista kerätä tietoa ihmisten käsityksistä, tulkinnoista ja asioille annetuista merkityksistä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35-36, 48; Tuomi & Sarajärvi 2002, 77; Eskola & Suoranta 2003, 86.)

Valitsin tutkimukseni aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, koska tutkimukseni aihealueelta ei juuri ole olemassa tutkimustietoa. Teemahaastattelu sopi tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi myös siitä syystä, että hoitotyön tavoitteisiin ja työtä ohjaaviin seikkoihin

liittyvät käsitykset ovat monitahoisia, josta syystä oli tärkeää kyetä selventämään tiedonantajien sanomaa monelta kannalta. Hirsjärven ja Hurmeen (2001) mukaan haastattelu sopii aineistonhankintametodiksi erityisen hyvin silloin, kun halutaan tutkia monimutkaisia aiheita ja jo ennalta tiedetään, että tutkimuksen aihe tuottaa monitahoisia ja monensuuntaisia vastauksia. Haastattelun kuluessa saatuja vastauksia on mahdollista selventää, syventää ja pyytää näkemyksille perusteluja. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35-36.)

Teemahaastattelussa haastattelun aihealueet, teemat, ovat etukäteen tutkijan määrittelemät. Haastattelurunko sisältää teemoja, joita tutkija on aihepiiriä alustavasti selviteltyään päättänyt pitämään tutkimuksensa kannalta keskeisenä. Haastattelukysymyksiä ei kuitenkaan ole tarkasti muotoiltu ja haastattelussa voidaan edetä joustavasti, kunhan haastattelijä varmistaa, että kaikki teema-alueet käydään kunkin haastateltavan kanssa läpi. (May 1991, 192; Holloway & Wheeler 1996, 55-56; Kvale 1996, 124; Eskola & Suoranta 2003, 86.) Teema-alueiden tulisi olla niin väljiä, että tutkittava ilmiö voisi haastatteluissa paljastua mahdollisimman monimuotoisena. Väljien teema-alueiden käsittely nostaa esiin haastateltavien omia tulkintoja ja käsityksiä. (Kvale 1996, 129; Hirsjärvi & Hurme 2001, 66-67.)

Haastattelu perustuu vuorovaikutukseen, jossa kummatkin osapuolet vaikuttavat toinen toiseensa. Haastattelun kuluessa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa luodaan siten myös uusia ja yhteisiä merkityksiä haastateltavan ja haastattelijan kesken. (Kvale 1996, 125; Hirsjärvi & Hurme 2001, 43, 49; Eskola & Suoranta 2003, 85.) Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu korostaakin ihmistä merkityksiä luovana ja aktiivisena toimijana (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35-36). Haastattelijan olisi hyvä jo haastattelun kuluessa jäsentää haastateltavan kertomaa tietoa ja antaa näin haastateltavalle mahdollisuus korjata mahdollisia virhetulkintoja (Kvale 1996, 34; Hirsjärvi & Hurme 2001, 108, 137). Kvalen (1996, 145) mukaan hyvässä tutkimushaastattelussa suuri osa kerätystä aineistosta on pyritty tulkitsemaan jo haastattelutilanteessa, jolloin haastateltavalla on mahdollisuus vahvistaa tutkijan tulkintoja.

Keräsin tutkimukseni aineiston teemahaastatteluin, joiden rungon muodostivat tutkimustehävien mukaiset väljät teemat (liite 3). Koska tarkoitukseni oli kerätä tiedonantajien yksilöllisiä käsityksiä, pyrin alkuvaiheessa lähestymään aihetta mahdollisimman laajoin ja neutraalein kysymyksin, jotta tiedonantajilla oli mahdollisuus vapaasti ilmaista mielipiteitään ja ajatuksiinsa omasta näkökulmastaan. Haastattelut etenivät keskusteluhaastatteluna, tiedonantajien ehtoilla. Haastattelujen kuluessa pyrin mahdollisuuksien mukaan testaamaan tekemiäni tulkin-

toja antamalla tiedonantajille mahdollisuuden vahvistaa, täydentää tai kumota omia tulkintojani. Tiedonantajat pitivät tutkimuksen aihetta, erityisesti neuvonnan tavoitteenasettelua sekä neuvonnan oikeutukseen liittyviä teemoja haastavina aiheina. Tarkentavat kysymykset teema-alueittain auttoivat kuitenkin jäsentämään vaikeina pidettyjä aiheita. Pyrin myös rohkaisemaan tiedonantajia vakuuttamalla, ettei esittämiini kysymyksiin ole olemassa ”oikeita” vastauksia, vaan ainoastaan monenlaisia näkökulmia.

Koska aiemmissa tutkimuksissa oli ilmennyt, että hoitajilla on ollut vaikeuksia omaan työhön liittyvän käytännöllisen ja eettisen tiedon sanalliseen ilmaisemiseen (mm. Rantanen 1993, 101; Lohiniva 1999, 131), päädyin haastattelemaan jokaista tiedonantajaa kahdesti riittävän informaation varmistamiseksi. Ensimmäisen haastattelun kuluessa pyrittiin käymään läpi kaikki haastatteluteemat. Ensimmäisten haastattelujen jälkeen kuuntelin haastattelunauhut läpi ja merkitsin lyhyesti muistiin esille nousseet asiat. Merkitsin muistiin kunkin haastateltavan uutta haastattelua varten asioita ja teemoja, joista kaipasin lisää tietoa, selvennystä tai joita ei ensimmäisellä kerralla ehditty käydä kunnolla läpi. Vaikka toisella haastattelukerralla monelta osin toistui ensimmäisellä haastattelukerralla läpikäytyjä asioita, osoittautui haastattelujen toistaminen kuitenkin hyödylliseksi, sillä tiedonantajat saivat näin mahdollisuuden pohtia omia käsityksiään, jolloin toisella haastattelukerralla voitiin täydentää ja syventää kertynyttä aineistoa. Vaikka toiset haastattelut pyrittiin pitämään mahdollisimman pian ensimmäisten haastattelujen jälkeen, venyi haastattelujen väli käytännön syistä kahdesta viikosta jopa kuukauteen.

Tutkija on laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen keskeinen instrumentti ja hänen on oltava hyvin tietoinen omasta roolistaan tutkimuksessa (Holloway & Wheeler 1996, 13; Kvale 1996, 117). Kollegoiden haastatteluun sisältyy sekä etuja että haittoja. Tutkijan on toisaalta helppo ymmärtää yhteistä ammattikieltä ja ammattikunnan sisäisiä normeja, mutta toisaalta taas oletus yhteisestä ammatillisesta kulttuurista voi myös peittää alleen erilaisia käsityksiä ja aiheuttaa sen, ettei tutkija huomaa kyseenalaistaa oppimiaan ammatillisia ajattelutapoja. (Holloway & Wheeler 1996, 58.) Tuttua työalaa tai työympäristöä voi olla vaikea lähestyä objektiivisesti (Field 1991, 94). Tästä tietoisena pyrin lähestymään tutkimusaihetta avoimin mielin. Haastattelujen kuluessa pyrin myös mahdollisuuksien mukaan selventämään, mitä tiedonantaja tarkoitti tutuillakin ammatillisilla käsitteillä.

Teemahaastattelu edellyttää hyvää kontaktia haastateltavan ja haastattelijan välillä, jonka takia olisi tärkeää, että haastattelupaikka olisi mahdollisimman rauhallinen ja myös haastateltavalle mahdollisimman turvallinen (Hirsjärvi & Hurme 2001, 74). Haastattelut toteutettiin tiedonantajien omissa työhuoneissa työajalla. Haastattelut kestivät 55 minuutista kahteen tuntiin (keskimäärin 76 min). Kaikki haastattelut nauhoitettiin digitaalisella minidiscnauhurilla. Muutamia lyhyitä keskeytyksiä lukuun ottamatta haastattelut sujuivat häiriöttä. Tiedonantajat pitivät omaan työhönsä liittyvää tutkimusaihetta hyvin tärkeänä ja heidän suhtautumisensa haastatteluihin sekä tutkimukseen vaikutti myönteiseltä. Paria tiedonantajaa haastattelut tuntuivat jonkin verran jännittävän, mahdollisesti vaikeaksi koetun tutkimusaiheen takia. Osa tiedonantajista innostui kuitenkin haastattelujen aikana pohtimaan spontaanisti ja syvällisesti työtään ohjaavia tekijöitä ja neuvonnan etiikkaa.

#### **6.4. Aineiston analysointi**

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on tuoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta informaatiota tutkittavasta asiasta. Tarkoituksena on tuottaa selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Eskola & Suoranta 2003, 137; Tuomi & Sarajärvi 2003, 110.) Laadullisen aineiston analyysissä aineistosta luodaan ensin kokonaiskuva, jonka jälkeen aineisto pilkotaan osiin ja osat luokitellaan. Tarkastelemalla muodostettujen luokkien yhteyksiä luodaan teoreettinen synteesi, joka on kuvaus tarkasteltavana olevasta ilmiöstä. (Dey 1993, 30; Polit & Hungler 1997, 379-380.)

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysi-menetelmällä, jota voidaan pitää laadullisten aineistojen perusanalyysimenetelmänä. Pietilä (1976, 53) määrittelee sisällönanalyysin ”joukoksi menettelytapoja, joita noudattaen dokumenteista voidaan tehdä havaintoja ja kerätä tietoa tieteellisiä pelisääntöjä noudattaen.” Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto selkeään tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen luomalla hajanaisesta aineistosta mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2002, 93, 110.) Kerätty aineisto tiivistetään sisällönanalyysissä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeänä esille. (Pietilä 1976, 61; Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Sisällönanalyysissä on oleellista se, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja

erilaisuudet. Aineistoa kuvaamaan muodostetaan luokkia, joiden tulee olla yksiselitteisiä ja ne on kyettävä perustelemaan sekä aineistolähtöisesti että teoreettisesti. Sisällön analyysin tavoitteena on tuottaa kuvaus aineistossa ilmenevistä merkityksistä, tarkoituksista, aikomuksista, seurauksista sekä erilaisten elementtien välisistä yhteyksistä. (Dey 1993, 96-97; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

Sisällön analyysi voi perustua induktiiviseen tai deduktiiviseen päättelyyn. Induktiivisessa sisällönanalyysissä tuotetaan empiirisestä aineistosta käsitteellinen kuvaus, kun taas deduktiivisessa sisällönanalyysissä lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan empiriassa. Aineistolähtöistä analyysiprosessia voidaan kuvata aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24, 26.) Analysoin tutkimusaineistoni aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineiston ryhmittely ja abstrahointivaiheessa hyödynsin ja sovelsin lisäksi teoreettista tietoa terveyden edistämisen sekä organisaatioteorian aloilta. Sisällön analyysissä analyysiyksiköksi voidaan valita sana, sanayhdistelmä, lausuma tai lause. Analyysiyksikkö voi myös olla useamman lauseen mittainen ajatuksellisen kokonaisuus tai kokonainen tarina. Analyysiyksikön valintaa ohjaavat aineiston laatu sekä tutkimustehtävä. (Pietilä 1976, 102-112; Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 25-26; Eskola & Suoranta 2003, 185.) Tutkimukseni analyysiyksiköksi tulivat kaikki aineiston sisältämät tutkimustehtävien kannalta olennaiset ilmaisut yksittäisistä sanayhdistelmistä pidempiin ajatuskokonaisuuksiin.

Sisällön analyysin avulla voidaan kuvata tutkittavien dokumenttien sisältöä sinänsä, mutta dokumenttien avulla voidaan myös tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. (Pietilä 1976, 52-55; Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23-24.) Laadullisen aineiston analyysissä aineiston tulkintaan voidaan suhtautua kahdella tavalla. Toisaalta voidaan pitäytyä tiukasti aineiston sisällössä tai toisaalta voidaan tietoisesti rakentaa tulkintaa tutkimusaineiston perusteella. (Eskola & Suoranta 2003, 145.) Kvalen (1996, 205) sekä myös Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 151) mukaan laadullisen haastattelututkimuksen analyysi sisältää kuitenkin aina tulkintaa ja analyysin tarkoituksena on nimenomaan päätyä onnistuneeseen tulkintaan. Pyrin analyysissä pitäytymään mahdollisimman pitkälle tiedonantajien itse rakentamissa merkitysyhteyksissä, mutta olen myös joutunut tulkitsemaan heidän sanomaansa, sillä toisen ihmisen sanoman ymmärtäminen sisältää viimekädessä aina tulkintaa (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Haastatteluaineiston valmistaminen analysointivaihetta varten edellyttää puhutun tekstin muokkaamista kirjoitettuun asuun. Haastattelujen puhe kirjoitetaan, litteroidaan, halutulla tarkkuudella ylös haastattelunauhoja kuunnellen. (Sandelowski 1995; Kvale 1996, 163.) Puhutun tekstin muokkaaminen kirjalliseen muotoon sisältää aina tulkintaa esimerkiksi sen suhteen, miten puhekielessä usein epätäydelliseksi jäävät lauseet muotoillaan, kuinka tarkasti sanojen toistot kirjataan ja miten pitkä hiljainen hetki tulkitaan tauoksi. (Kvale 1996, 164-165, 170). Litteroinnin tarkkuudesta ei ole olemassa yleistä ohjetta, vaan tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma ratkaisee sen (Kvale 1996, 166; Hirsjärvi & Hurme 2001, 139). Litteroin haastattelunauhat sanatarkasti niin, että teksti sisältää myös haastateltavan puheessa usein ilmenevän toiston. Joissain kohdin haastateltavan lauseiden ollessa hyvin polveilevia ja pitkiä ja lauseiden loppukohtien ollessa epäselviä, kuuntelin nauhaa useampaan kertaan ja kirjoitin lauserakenteen sellaiseksi, kuin tulkitsin haastateltavan sen ajatuksellisesti tarkoittaneen. Tarkastin kirjoitetun tekstin haastattelunauhoja kuunnellen kahteen kertaan ja tein vielä tekstiin pieniä tarkennuksia. Tutkimusaineisto muodostui 150 liuskasta kirjoitettua tekstiä.

Laadullinen analyysi alkaa tutkijan tutustuessa aineistoonsa lukemalla sitä huolellisesti useita kertoja. (Dey 1993, 83; Sandelowski 1995; Kyngäs & Vanhanen 1999; Eskola & Suoranta 2003, 151). Tutkimusaineistoon tutustumista on luonnehdittu aktiiviseksi lukemiseksi. Tutustuessaan aineistoonsa tutkija etsii sieltä teemoja ja pyrkii aktiivisesti ymmärtämään mistä aineistossa on kysymys (Dey 1993, 83-84; Polit & Hungler 1997, 379). Tutkimusaineistoon tutustumiseni alkoi jo litterointivaiheen lopussa, kuunnellessani haastattelunauhoja tekstiä lukiin ja tarkastaen. Tässä vaiheessa oli mahdollista palauttaa mieleen haastattelutilanne ja paneutua kuuntelemaan, mitä tiedonantajat todella olivat sanoneet. Hyväksytyäni kirjoitetun tekstin yhdenmukaisuuden äänitteiden kanssa jatkoin tekstin aktiivista lukemista useaan kertaan siirtyen vähitellen kysymään aineistolta tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä.

Aineistolähtöinen analyysi alkaa pelkistämällä. Pelkistäminen tapahtuu siten, että aineistosta etsitään vastauksia tutkimustehtävän mukaisiin kysymyksiin kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta löytyneet tutkimustehtäviin vastaavat ilmaisut koodataan ja kirjataan aineiston termein. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26-27.) Haastatteluoteemat muodostavat väljän kehikon, jonka avulla tutkimusaineistoa voidaan alkuvaiheessa lähestyä (Sandelowski 1995; Hirsjärvi & Hurme 2001, 149; Eskola & Suoranta 2003, 87, 151-152). Lukiessani aktiivisesti tutkimusaineistoa



ryhmittelin sitä ensin alustavasti tutkimustehtävien mukaan merkitsemällä marginaaliin kunkin tutkimustehtävän mukaisia värikoodeja. Jatkaessani lukemista esitin aineistolle tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä alleviivaten aineistosta nousevia vastauksia. Kirjasin sitten tekstin sivumarginaaliin aineistosta nousevat pelkistetyt ilmaisut. Pysin muodostamaan pelkistetyt ilmaisut alkuperäisen tekstin termein ja pitämään pelkistykset mahdollisimman hyvin alkuperäisen ilmauksen merkitystä kuvaavina. Pelkistysvaiheen lopuksi keräsin tiedonantajan kirjainkoodilla, tekstin sivunumerolla sekä tutkimustehtävän koodilla varustetut pelkistetyt ilmaisut erilliseen tiedostoon. Pelkistysten huolellinen koodaaminen mahdollisti vattoman paluun alkuperäiseen aineistoon analyysin myöhemmissä vaiheissa. Pelkistettyjä ilmauksia kertyi 1251 kappaletta.

Aineiston analyysi jatkuu pelkistysten ryhmittelyllä ja luokittelulla, kun kaikki pelkistetyt ilmaukset on löydetty. Ryhmittelyä ja luokittelua ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä (Dey 1993, 46). Aineistoa ryhmiteltäessä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Yhtäläisyyksiä sisältävät ilmaukset erotetaan omiksi luokikseen, alakategorioiksi, jotka nimetään. (Dey 1993, 46, 95-96; Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28-29.) Aloitin aineiston ryhmittelyn järjestämällä pelkistetyt ilmaisut tutkimustehtävittäin eri tiedostoihin. Tämän jälkeen järjestelin pelkistettyjä ilmauksia ensin samaa aihepiiriä koskeviin ryhmiin ja edelleen samaa merkitystä kuvaaviin ryhmiin, vertaillen ilmausten yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Pysin nimeämään samaa merkitystä kuvaavat pelkistysten ryhmät niiden sisältöä kuvaavin nimityksin. Tämän jälkeen ryhmittelin edelleen ryhmiteltyjä ilmauksia muodostaen niistä alakategorioita. Taulukossa 1 esitetään esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä.

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Ryhmitelty ilmaisu</b>	<b>Alakategoria</b>
<i>”..vaikka kiloissa ei olisi tapahtunu juurikaan mitään, on tullu ahaa-elämyksiä..”</i>	Tulee ahaa-elämyksiä	Asiakas oivaltaa	Asiakas liittää tiedon omaan kokemusmaailmaansa
<i>”..että niinku ymmärtäis, että siinä ehkäsee sairauden puhkeamista tai siirtää sitä.”</i>	Ymmärtää sairauden ehkäisyn mahdollisuuden	Asiakas ymmärtää	
<i>”Et mä yritän saada ihmisen itse huomaamaan, et miten hän toimii, et mikä vois olla toisin.”</i>	Ihminen huomaa oman toimintatapansa	Asiakas havaitsee muutoksen tarpeen	

Aineiston abstrahointi- eli yhdistelyvaiheessa tutkija pyrkii luomaan aineistosta muodostuneista luokista synteetin (Dey 1993, 47; Polit & Hungler 1997, 380), etsimällä muodostuneita

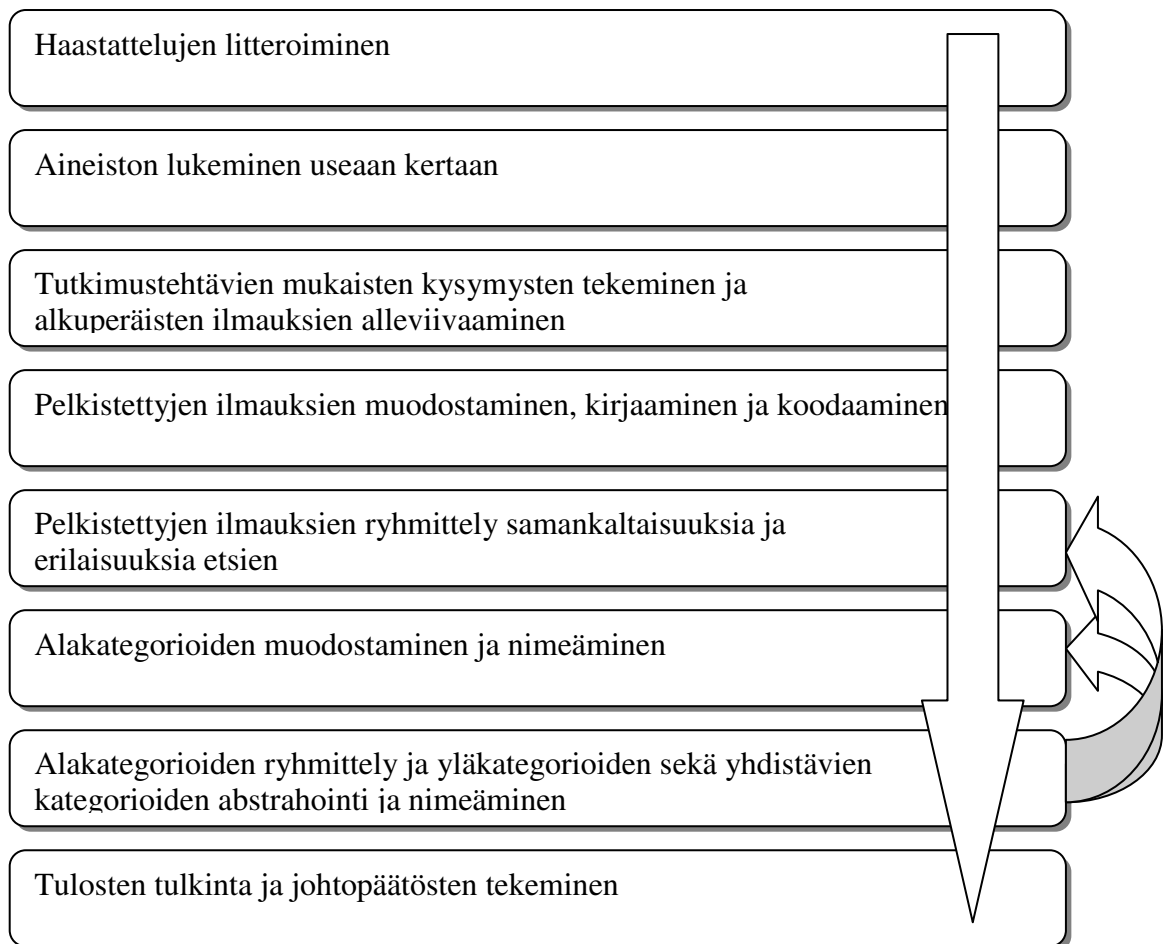
den kategorioiden väliltä säännönmukaisuuksia tai samankaltaisuuksia (Dey 1993, 47-52; Hirsjärvi & Hurme 2001, 149-150). Aineiston abstrahointivaiheessa samansisältöisiä luokkia yhdistetään, jolloin saadaan yläkategorioita ja myös uudenlainen yleiskäsitys, synteesi tutkittavasta aiheesta. Yläkategoria nimetään sen sisältöä kuvaavalla nimityksellä. (Dey 1993, 52; Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 29-30; Tuomi & Sara-järvi 2002, 115.) Syntyvät kategoriat on voitava perustella teoreettisen tiedon avulla, mutta niiden on myös oltava sopusoinnussa aineiston kanssa. Aineiston ryhmittely ja kategorioiden luominen edellyttääkin samaan aikaan sekä tutkimuksen avulla muodostuvan synteessin pun-taroimista että myös palaamista alkuperäiseen aineistoon muodostettavien kategorioiden ai-neistolähtöisyyden varmistamiseksi. (Dey 1993, 96-97, 111.)

Abstrahointivaiheessa keräsin muodostuneiden alakategorioiden nimet erilliseen tiedostoon. Vertaamalla alakategorioiden samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia muodostin yläkategorioita. Tässä vaiheessa oli välttämätöntä palata useaan kertaan aineistoon ja alkuperäisilmauksiiin muodostuvien yläkategorioiden aineistolähtöisyyden varmistamiseksi. Tarvittaessa jär-jestelin ja nimesin uudelleen alakategorioita. Yläkategorioiden sekä niitä yhdistävien yhdis-tävien kategorioiden muodostamiseksi kävin jatkuvaa vuoropuhelua aineiston, pelkistettyjen ilmauksien, alakategorioiden ja muodostuvien yläkategorioiden välillä. Yläkategorioita ja yhdistäviä kategorioita muodostaessani hyödynsin neuvonnan tavoitteiden analyysissä Nut-beamin (1998) ideaa terveyden edistämisen tavoitteiden hierarkkisuuudesta. Organisaation ohjaavien tekijöiden analyysissä hyödynsin vastaavasti Scott'n (1992) organisaatioteoriaa. Muilta osin analyysit etenivät täysin aineistolähtöisesti. Analyysien valmistuttua vertasin neuvonnan tavoitteita Tonesin (1988) ja Nupposen tutkimusryhmän (1991) terveyskasvatus-suuntausten tavoitteisiin. Esimerkki kategorioiden muodostamisesta esitetään taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkki analyysin etenemisestä.

<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Yhdistävä kategoria</b>
Asiakas tietää Asiakas liittää tiedon omaan kokemusmaailmaansa	Tiedollisten edellytysten syntyminen	(Neuvonnan välittömät vaikutukset) Positiivisen muutoksen edellytysten syntyminen
Positiivinen asennoituminen Vastuunotto ja sitoutuminen Asennemuutosta tapahtuu	Asenteellisten edellytysten syntyminen	
Asiakkaalle pystyvyyden tunne	Psyykkisten edellytysten syntyminen	

Tuloksena sisällönanalyysimenetelmällä tehdystä tutkimuksesta raportoidaan analyysin avulla muodostettu malli, käsitejärjestelmä tai kategoriat, jota kuvataan alakategorioiden sekä pelkistettyjen ilmauksien avulla. Suorat esimerkinomaiset lainaukset aineistosta antavat lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimuksen luotettavuutta. (Kynäs & Vanhanen 1999.) Tutkimuksen tulososassa esitetään abstrahoinnin ja käsitteellistämisen tuloksena muodostuneet kategoriat kuvioiden avulla sekä sanallisesti. Tulososassa esitetään myös suoria lainauksia haastatteluaineistosta, jotta lukija voi arvioida analyysin luotettavuutta. Kuviossa 2 kuvataan aineiston analyysiprosessin eteneminen ja tutkimuksen tuloksena muodostuneet kategoriat esitetään tutkimustehtävittäin liitteissä 5, 6 ja 7. Esimerkkejä aineiston analysointivaiheista on esitetty myös liitteessä 4.



Kuvio 2. Tutkimusaineiston analyysiprosessin kuvaus.

## 7. TUTKIMUKSEN TULOKSET

### *7.1. Tiedonantajat ja heidän työtehtävänsä*

Tutkimusaineisto muodostui kuuden (N=6) perusterveydenhuollossa aikuisten vastaanotto-työssä työskentelevän terveydenhoitajan haastattelusta, kutakin hoitajaa haastateltiin kahdesti. Haastatellut hoitajat olivat kokeneita hoitajia. Heillä oli 20-35 vuoden kokemus hoitotyöstä (keskimäärin 26,2v). Terveydenhoitajaksi valmistumisestakin oli kulunut jo 15-28 vuotta (keskimäärin 19,2v). Neuvontatyöstä aikuisten parissa hoitajat olivat myös ehtineet hankkia vuosien (6-28 vuotta) kokemuksen joko terveyskeskuksen aikuisneuvonnan vastaanotoilla tai työterveyshuollossa.

Haastattelun ajankohtana hoitajien työnkuva oli haastateltaville siinä mielessä uusi, että organisaatiossa oli muutamia kuukausia aiemmin tehty aikuisten neuvontatyöhön liittyen uusia työjärjestelyitä, joiden johdosta neuvontatyön osuus hoitajien työajasta lisääntyi huomattavasti. Osalla hoitajista työtehtävät suuntautuivat haastattelujen aikaan kokopäivätoimisesti aikuistyypin diabeteksen ennaltaehkäisyyn. Toisella osalla haastateltavia työtehtävät olivat monipuolisemmat. Heidän työnsä painottui eläkeikäisiin sekä myös työttömiin ja kotiäiteihin eli sellaisiin aikuisiin, joilla ei ole työterveyshuoltoa. Yksi keskeisistä työtehtävistä olivat aikuisten ikäkausiterveystarkastukset. Monipuolisemmankin työtehtävien omaavien hoitajien työssä painottuivat aikuistyypin diabeteksen ennaltaehkäisy, seuranta ja hoito. Myös painonhallintaan liittyvät aiheet sekä sydän- ja verisuonisairauksien, erityisesti verenpainetaudin seuranta ja omahoidon ohjaus olivat tärkeitä työtehtäviä. Neuvontatyössään hoitajat kertoivat kohtaavansa myös erilaisissa sosiaalisissa ja taloudellisissa vaikeuksissa olevia asiakkaita, joilla on yksinäisyyttä, turvattomuutta, pärjäämättömyyttä sekä erilaisia mielenterveydellisiä ongelmia. Heidän tukemisensa sekä myös ikääntyvien yksinasuvien ohjaus palveluiden käytössä olivat haastateltujen mukaan keskeisiä työtehtäviä hoitajien vastaanotoilla.

## **7.2. Preventio ja elämänhallinta neuvonnan tavoitteena**

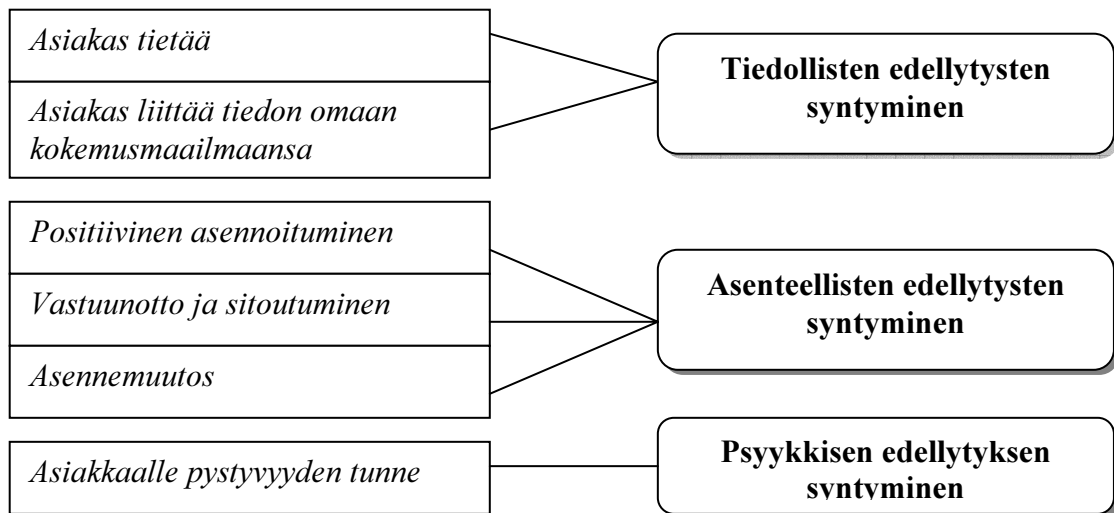
Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat ilmaisivat neuvontatyölle monenlaisia tavoitteita, mutta haastatteluaineiston perusteella neuvontatyön tavoitteenasettelu ei vaikuttanut järjestelmälliseltä ja suunnitelmalliselta. Osa hoitajista ilmaisi avoimesti tavoitteiden asettamisen olevan vaikeaa. Haastattelutilanteessa hoitajien käyttämät ilmaisut neuvontatyön tavoitteista olivat usein hyvin lyhyitä ja retorisia. Tätä analyysiä varten neuvontatyön tavoitteita on koottu haastateltavien ilmaisuista, jotka työn tavoitteiden ohella koskivat työn avulla saatavaa hyötyä ja työn onnistumista. Neuvontatyön pääasiallisina tavoitteina voitiin tutkimusaineiston perusteella pitää joko **sairauksien ehkäisyä** tai asiakkaan **elämänhallinnan kohentamista**. Yhteenvedotaulukko neuvontatyön tavoitteista esitetään liitteessä 5.

### **7.2.1. Neuvonnan tavoitteena preventio**

Tässä tutkimuksessa hoitajien ilmaiset neuvonnan tavoitteet liittyivät suurimmalta osin sairauksien ehkäisyyn eli preventioon. Sairauksien ehkäisyn ymmärrettiin tapahtuvan onnistuneiden elämäntapamuutosten myötä. Terveysneuvonnan preventiivistä luonnetta kuvanneet tavoitteet ryhmiteltiin seuraavasti: **elämäntapamuutoksen edellytysten syntyminen, elämäntapamuutos ja sen välittömät vaikutukset sekä hyvän elämän elementtien vahvistuminen**.

#### **Elämäntapamuutoksen edellytysten syntyminen**

Neuvontatyön välittömänä tavoitteena voidaan pitää elämäntapamuutoksen edellytysten syntymistä. Elämäntapamuutoksen edellytykset voidaan jaotella edelleen **tiedollisiin, asenteellisiin ja psyykkisiin** edellytyksiin (kuvio 3).



Kuvio 3. Tavoitteena elämäntapamuutoksen edellytysten syntyminen.

### ***Tiedollisten edellytysten syntyminen***

Elämäntapamuutoksen tiedolliset edellytykset syntyvät, kun asiakkaalla on terveyteen liittyvää tietoa ja hän myös liittää terveystiedon omaan kokemusmaailmaansa. Terveysneuvonnan tärkeänä tavoitteena pidettiin sitä, että asiakas saa terveytensä liittyen tietoa. Hoitajien mukaan asiakkaille välitetyn tiedon tulisi olla totuudellista, kiinnostavaa ja asiakkaan tulisi saada sitä riittävässä määrin, jotta hän voi tehdä terveytensä liittyviä valintoja. Jotta välitetyllä tiedolla olisi asiakkaalle merkitystä, se tulisi kohdentaa yksilöllisesti asiakkaan tilanteeseen, tarpeisiin ja mahdollisuuksiin. Terveystilan kannalta merkittävä tieto liittyi hoitajien mukaan epidemiologiseen tietoon sairauksien riskitekijöistä, ihmisen fysiologiaan, ravitsemukseen sekä liikuntaan. Terveystieteellistä tietoa elämäntapojen muutosprosessiin liittyen pidettiin myös tärkeänä. Pelkkä tiedon välittäminen ei kuitenkaan neuvonnan tavoitteeksi riitä, merkittävää on myös se, että ”*sanoma menee perille*”. Sitä varten olisi tärkeää, että tieto esitetään ymmärrettävässä muodossa. Hoitajien mukaan neuvonnan tavoitteena on antaa ihmisille mahdollisuus omaa terveydentilaansa koskevan tiedon tarkasteluun.

Haastatellut hoitajat olivat hyvin tietoisia siitä, että ihmisillä on usein paljonkin terveystietoa, mutta tiedon soveltaminen käytäntöön ei aina onnistu. Tärkeänä neuvonnan tavoitteena pidettiin sitä, että asiakas omaksuu saamansa tiedon ja liittää sen omaan kokemusmaailmaansa. Tiedon omaksumisen kannalta tärkeänä pidettiin, että asiakkaalle syntyy oivallus elämäntapamuutoksen mahdollisuudesta, ”*asiakas oivaltaa, mistä on kysymys*”. Terveystiedon omaksumiseen liittyvänä tavoitteena hoitajat pitivät myös sitä, että asiakas oppisi ymmärtämään sairauden ehkäisyyn mahdollisuuden ja tärkeän merkityksen.

”... että niinku ymmärtäis, että siinä ehkäsee sairauden puhkeamista tai siirtää sitä.”

Terveystiedon omaksuminen ja sen liittäminen omaan elämään ilmenee hoitajien mukaan siinä, että asiakas havaitsee muutoksen tarpeen omissa terveystottumuksissaan. Neuvonnan tavoitteeksi nimettiin se, että asiakas havahtuisi näkemään oman toimintatapansa, heräisi konkreettisia muutoksen aiheita ja asiakas huomaisi itse elämäntapamuutosten tarpeellisuuden.

*”Mä yritän saada ihmisen itse huomaamaan, et miten hän toimii, et mikä voisi olla toisin.”*

### ***Asenteellisten ja psyykkisten edellytysten syntyminen***

Hoitajien mukaan neuvonnan tavoitteena tulisi pitää positiivisen asenteen syntymistä elämäntapamuutokseen. Positiivisen asenteen syntymiselle luodaan mahdollisuus silloin, kun asiakas ei koe neuvontatilannetta ahdistavana tai syyllistävänä, vaan hänelle jää neuvonnasta hyvä mieli. Jos asiakas syyllistyy tai hänelle jää epämiellyttävä olo, hän ei todennäköisesti halua harkita terveystottumusten muutosta. Positiivisen asennoitumisen luomiseen liittyy myös pyrkimys saada asiakas kiinnostumaan omasta terveydestään ja sen hoitamisesta. Tarkoituksena on pyrkiä viestimään asiakkaalle, että hän on tärkeä ja hänen kannattaa huolehtia omasta terveydestään. Uudenlainen positiivinen asenne terveyteen ja sen hoitamiseen ilmenee hoitajien mukaan mm. asiakkaan puheissa arkisista elämäntavoista. Asennemuutoksen syntymistä hoitajat pitivät tärkeänä onnistumisena työssään.

Asiakkaan oma vastuunotto ja sitoutuminen muutokseen ovat onnistuneen elämäntapamuutoksen kannalta oleellisia tavoitteita neuvontatyössä. Siihen, että asiakas ottaa vastuun omasta terveydestä ja ratkaisuisistaan liittyy hoitajien mukaan oivallus, että asiakkaan on toimittava itse.

*”.. että hän ymmärtäisi, ettei kukaan toinen ihminen voi hänen puolestaan mitään tehdä.”*

Asiakkaan sitoutumista muutokseen pidettiin myös tärkeänä tavoitteena, koska ilman sitoutumista pysyvät muutokset elämäntavoissa ovat harvinaisia. Sitoutumista pyrittiin edistämään sopimalla tavoitteista yhdessä asiakkaan kanssa ja kirjaamalla ne asiakkaan potilaspapereihin.

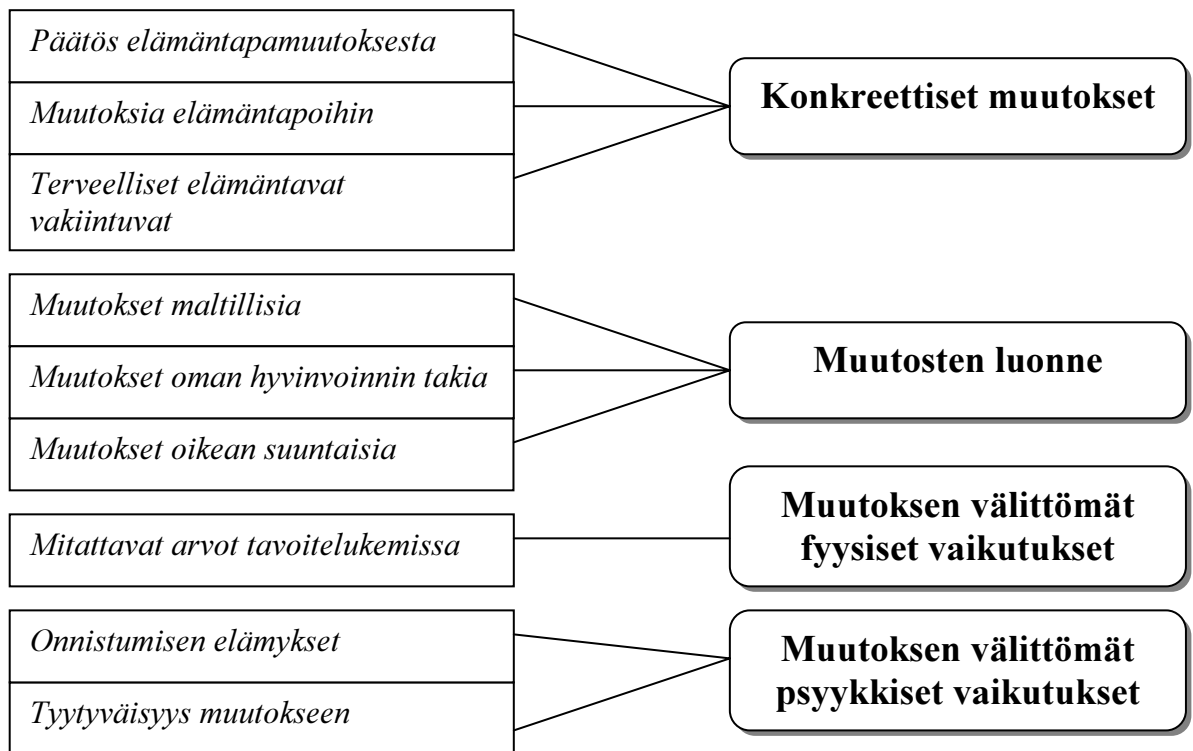
Asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistuminen nähtiin hyvin tärkeäksi tavoitteeksi neuvontatyössä. Sen avulla arvioitiin voitavan vaikuttaa merkittävässä määrin asiakkaan elämäntapamuutoksen onnistumiseen. Pystyvyyden tunteen vahvistamisen ymmärrettiin merkitsevän asiakkaan voimavarojen vahvistamista niin, että asiakas kykenee tekemään haluttuja muutoksia elämässään. Pystyvyyden tunnetta pyrittiin vahvistamaan rohkaisemalla asiakasta sekä nostamalla esiin ja korostamalla hänen aiempia onnistumisiaan ja hyviä kokemuksiaan. Ta-

voitteena oli vahvistaa asiakkaan tietoisuutta hänen omista mahdollisuuksistaan ja luoda uskoa siihen, että hän kykenee muuttamaan elämäntapojaan.

*”...tulee se tunne, että minäkin voin pystyä ja että on mahdollista. Et se on mun mielestä se kaikkein isoin asia ja siinä varmaan tulee kaikkein pisimmälle johtavia tuloksia.”*

## Elämäntapamuutos ja sen välittömät vaikutukset

Tässä tutkimuksessa neuvontatyön tavoitteeksi mainittiin useimmiten **konkreettinen muutos** asiakkaan elämäntavoissa. Elämäntapamuutoksen luonnetta kuvailtiin monella tavoin ja muutoksen **välittömät fyysiset vaikutukset** ymmärrettiin myös tärkeiksi neuvonnan tavoitteiksi. (kuvio 4)



Kuvio 4. Tavoitteena konkreettiset elämäntapamuutokset ja niiden välittömät vaikutukset.

### ***Konkreettisten elämäntapamuutosten toteutuminen ja muutosten luonne***

Tärkeänä etappina elämäntapamuutoksen toteutumisessa pidettiin asiakkaan asiasta tekemää päätöstä. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä rohkaisemaan asiakasta päätöksentekoon, sillä päätöksen syntymisen ymmärrettiin tukevan sekä asiakkaan itsetuntoa että sitoutumista muutokseen. Asiakkaan tekemät konkreettiset muutokset arkipäivän elämäntapoihin nousivat tässä tutkimuksessa yhdeksi terveysneuvonnan tärkeimmistä tavoitteista. Neuvonnan tarkoituksena on hoitajien mukaan terveystottumuksiin liittyvän muutosprosessin alkuun saattaminen, ohjaa-



minen ja tukeminen. Tavoitteena on muutosta estävien ja edistävien asioiden löytäminen ja nimeäminen. Muutosta estäviä seikkoja ja niiden merkitystä pyritään rajoittamaan ja muutosta edistäviä seikkoja puolestaan kaikin keinoin vahvistamaan. Hoitajien mukaan terveystottumusten muutoksia edistävien seikkojen vahvistaminen on asiakkaan voimavarojen vahvistamista.

*”Niin mä ajattelisin, että se mahdollistavien asioiden ajattelu on voimavara-ajattelua.”*

Neuvontatyön tavoitteena pidettiin sitä, että asiakas tekee terveyttään edistäviä muutoksia elämäntapoihinsa.

Tavoitellut terveystottumusten muutokset liittyivät useimmiten ruokailutottumuksiin. Tavoitteiksi mainittiin monia konkreettisia esimerkkejä ruokailutottumusten muutoksista.

*”Ylipainoinen ymmärtää olla käyttämättä kovia rasvoja.”*

Tavoitteena pidetyt elämäntapamuutokset liittyivät myös liikuntaan sekä tupakointiin. Vaikka suurin osa terveyttä edistävästä elämäntavoista liitettiin ihmisen fyysiseen terveyteen ja sen edistämiseen, ilmaisivat hoitajat myös joitain tavoitteita, jotka liittyivät asiakkaan sosiaalisen aktiivisuuden edistämiseen.

*”Jollekin yksinäiselle ihmiselle kotoa lähteminenkin voi olla saavutus.”*

Kun uudet terveystottumukset lähtivät toteutumaan asiakkaiden elämässä, hoitajat ottivat tavoitteeksi muutosten vakiinnuttamisen terveellisenä pidetyiksi elämäntavoiksi. Pysyvien terveystottumusten muodostumista pidettiin tärkeänä.

*”Ettei se olis niitä hetkellisiä temppuja, vaan se olis ihan oikee tämmönen elämäntapamuutos, joka jää pysyväksi.”*

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kuvailivat tavoiteltuja elämäntapamuutoksia maltillisiksi. Tavoitteena pidettiin, että asiakkaat tekisivät pieniä konkreettisia muutoksia. Pienten tavoitteiden ja muutosten toteutumista pidettiin realistisena. Suuria mullistuksia asiakkaiden elämäntavoissa hoitajat eivät pitäneet tavoiteltavana, sillä sellaiset olivat hoitajien kokemusten mukaan vain hetkellisiä. Hoitajat pitivät tärkeänä myös sitä, että muutoksen lähtökohdat olisivat asiakkaassa itsessään ja hänen tarpeissaan. Huolimatta siitä että asiakkaat toisinaan pyrkivät miellyttämään hoitajaa, pysyvien muutosten lähtökohtana hoitajat ilmaisivat pitävänsä sitä, että asiakas tekee haluamiaan muutoksia oman itsensä ja oman hyvinvointinsa takia.

Vaikka hoitajat pitivät tavoiteltavana sitä, että asiakkaat tekevät muutoksia elämäntapoihinsa omista lähtökohdistaan käsin, oli hoitajilla kuitenkin myös oma vahva käsitys siitä, millaisia

elämäntapamuutosten tulisi olla. Hoitajat toivoivat asiakkaiden tavoitteiden ja elämäntapamuutosten kohdistuvan lääketieteellisen riskitiedon perusteella ”oikeisiin asioihin”. Hoitajat ilmaisivat myös selkeästi toivovansa asioiden menevän omalta kannaltaan toivottuun suuntaan.

*”Mä yritän ne tavoitteet vängätä siihen hänen kenttäänsä, että hän kokisi, että ne tavoitteet, jotka mä miellän lääketieteellisesti tältä omalta jakkaraltani, niin hän olis mun kanssa sitä mieltä, että ne on myös hänen.”*

### ***Elämäntapamuutoksen välittömät fyysiset ja psyykkiset vaikutukset***

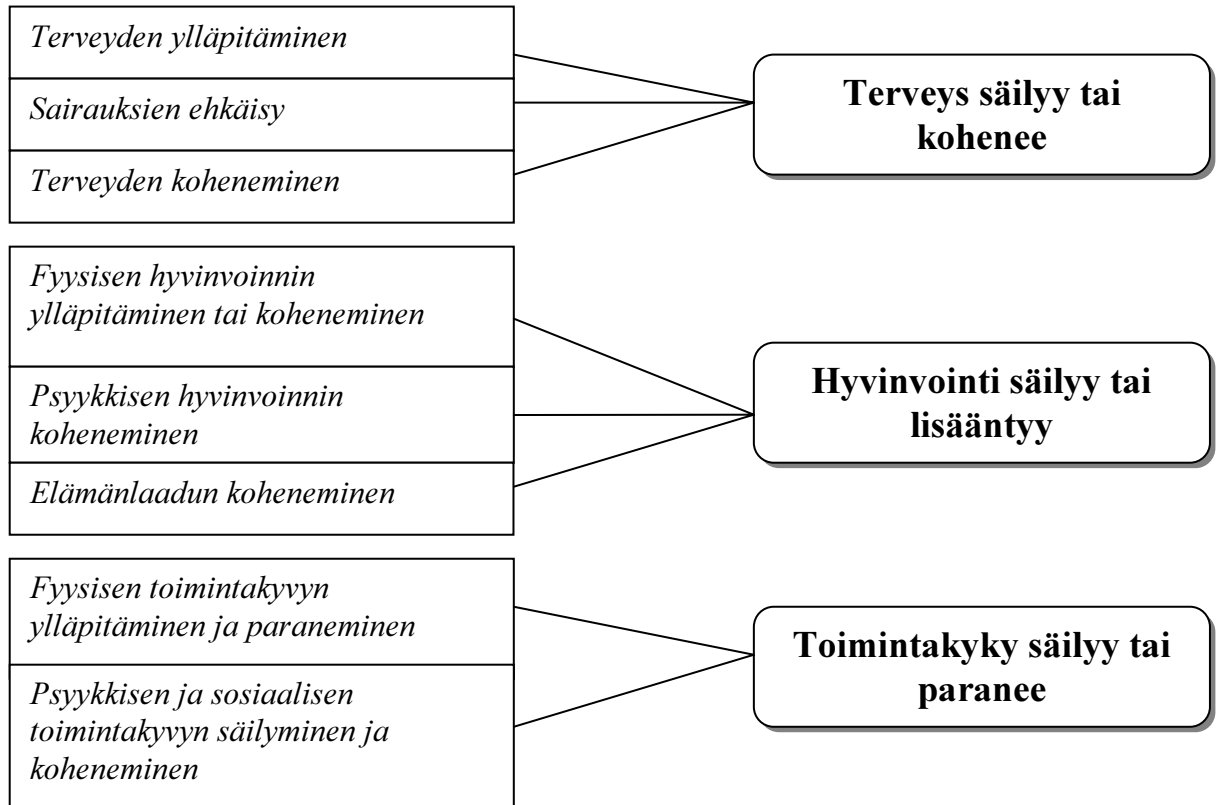
Haastatellut hoitajat pitivät terveysneuvonnan tärkeänä tavoitteena ja myös neuvonnan onnistumisen mittarina asiakkaan mitattavien arvojen, kuten painon, verensokerin tai verenpaineen laskua lääketieteellisten riskirajojen alapuolelle tai niiden tuntumaan. Painon, verensokeritason ja verenpaineen odotettiin reagoivan suotuisasti asiakkaan tekemiin ruokailu- ja liikuntatottumusten muutoksiin. Hoitajat kertoivat asettavansa yhdessä asiakkaiden kanssa konkreettisia tavoitteita, kuinka paljon asiakkaan painon tulisi pudota tai minkälaiseen verensokeritasoon pyritään tietyllä aikavälillä. Neuvonnan tavoitteet liittyivät kaikkien yleisimmin asiakkaan painonhallintaan.

Mittaustulokset ovat selkeitä, helposti tunnistettavia ja arvioitavia tavoitteita. Ne kertovat omalta osaltaan preventiivisen neuvontatyön onnistumisesta, mutta hoitajat pohtivat niiden merkityksen muodostuneen liiankin keskeiseksi. Mittaustuloksia tärkeämpänä hoitajat kertoivat kokevansa sen, että asiakas saisi onnistumisen kokemuksia ja hän voisi olla tyytyväinen uuteen elämäntapaansa. Sekä onnistumisen kokemukset että tyytyväisyys muutokseen vahvistavat ja vakiinnuttavat uutta toimintatapaa edelleen. Asiakkaan kokema ilo ja onnistumisen kokemukset ovat hoitajien mukaan parasta palautetta neuvontatyön onnistumisesta.

*”Se ei välttämättä oo, et ois paino pudonnu tai ois jotain näkyvää tulosta sillä tavalla mitareilla... vaan et on ilonen, että on saanu jotain aikaseksi, tai on joku positiivinen asia muuten niinku tullu elämään tän kautta.”*

## Hyvän elämän elementtien vahvistuminen terveysneuvonnan päämääränä

Terveysneuvonnan varsinaisena päämääränä hoitajat pitivät **terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn** ylläpitämistä tai kohenemistä (kuvio 5).



Kuvio 5. Päämääränä terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn vahvistuminen.

### ***Päämääränä terveys***

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat pitivät yhtenä neuvonnan päämääränä ihmisten hyvää terveyttä. Neuvonnan tavoitteeksi ilmaistiin asiakkaan terveyden ylläpitäminen. Jos asiakkaan terveys oli jo hyvä, hoitajat pyrkivät tukemaan, rohkaisemaan ja motivoimaan asiakkaita pitämään terveydestään huolta edelleen. Terveysriskejä omaavien asiakkaiden kohdalla tavoitteena pidettiin sairauksien puhkeamisen ehkäisyä tai ainakin sairastumisen lykkäämistä mahdollisimman pitkään. Neuvonnan tavoitteeksi nimettiin yleisimpien kansansairauksien, kuten sydäntautien, aikuistyypin diabeteksen sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ehkäisy elämäntapamuutosten avulla. Elämäntapamuutoksen avulla toivottiin myös voitavan vähentää jo sairastuneiden oireita sekä kohentaa heidän terveydentilaansa. Terveydentilan kohenemisen myötä toivottiin voitavan purkaa esimerkiksi asiakkaiden verenpaine- tai diabeteslääkitystä.

Terveysneuvonnan tavoitteenasettelussa korostuivat fyysisen terveyden edellytykset ja sairauksien ehkäisyn näkökulma. Hoitajat eivät kuitenkaan nähneet terveyttä ainoastaan sairaudettomuutena. Terveys ymmärrettiin subjektiiviseksi kokemukseksi, jonka merkitys on ihmisille erilainen. Pyrkimystä terveyden edistämiseen ei siten nähty yksiselitteisesti pelkäksi fyysisten sairauksien ehkäisyksi. Sairauksien ehkäisyn ohella tärkeäksi nähtiin ihmisten toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen.

*”Se oma käsitys siitä terveydestä, se saattaa olla hyvä sellasilla ihmisillä, joilla on monenlaisista terveydellistä ongelmaa. Et ei sekään oo kauheen yksinkertanen asia se hyvä terveys, et vaan siihen sit niinku pyritään.”*

### ***Päämääränä hyvinvointi***

Terveyden ja toimintakyvyn ohella neuvontatyön tärkeäksi päämääräksi ilmaistiin hyvinvoinnin edistäminen. Hyvinvoinnin ymmärrettiin merkitsevän subjektiivista kokemusta hyvästä olostä. Hyvän olon puolestaan nähtiin perustuvan kokemukseen hyvästä terveydestä. Hyvinvoinnin ymmärrettiin olevan tasapainoa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvän olon elementtien välillä. Hyvinvointiin liitettiin myös hyvä elämänlaatu. Elämänlaaduksi ymmärrettiin subjektiivinen kokemus siitä, että elämä on elämisen arvoista. Sekä hyvinvoinnin että elämänlaadun nähtiin olevan yhteydessä erityisesti fyysiseen terveyteen.

*”Kyllä elämänlaatuun kuuluu oleellisesti se, että kroppa pelaa hyvin.”*

Hyvinvoinnin nähtiin kuitenkin olevan kokonaisvaltaista sillä tavoin, että fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen hyvinvointi vaikuttavat toinen toiseensa.

Neuvonnan tavoitteeksi nimettiin asiakkaiden fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin sekä elämänlaadun kohentaminen terveellisten elämäntapojen avulla. Esimerkiksi ruokailutottumuksen muutoksin asiakkaan toivottiin saavan painonsa hallintaan. Asiakkaan laihtumisen toivottiin kohentavan fyysistä hyvinvointia liikkumisen helpottuessa sekä myös psyykkistä hyvinvointia asiakkaan mielen virkistymisen myötä. Onnistuneen elämäntapamuutoksen otakuttiin myös vahvistavan asiakkaan itseluottamusta. Neuvonnan tavoitteena pidettiin siten mahdollisimman hyvän elämänlaadun ja hyvinvoinnin saavuttamista terveystottumusten muutoksen välityksellä.

### ***Päämääränä toimintakyky***

Hoitajat nimesivät terveysneuvonnan tärkeäksi päämääräksi myös asiakkaiden toimintakyvyn edistämisen. Toimintakyvyn ymmärrettiin merkitsevän asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosi-

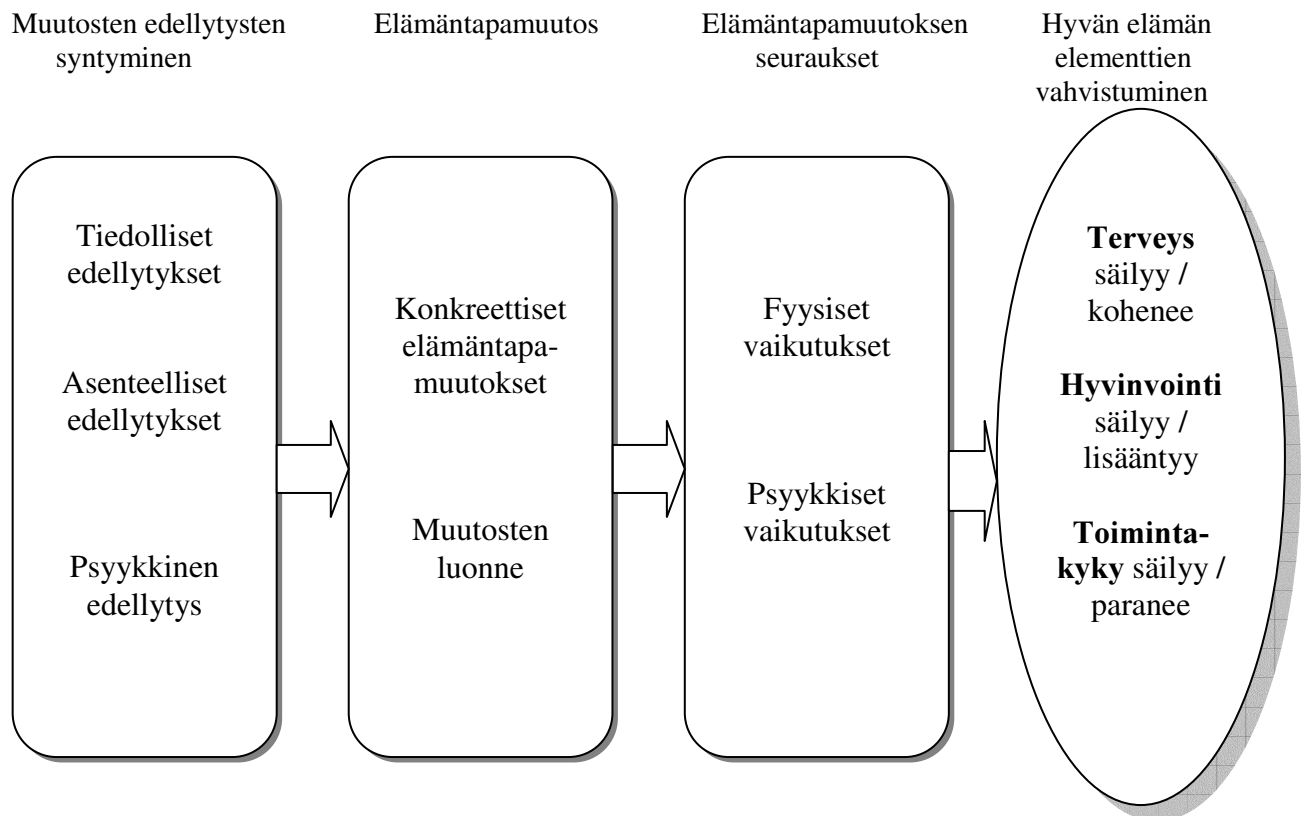
aalista kyvykkyyttä pitää huolta asioistaan. Vaikka neuvonnan tavoitteenasettelussa korostuivat fyysisen toimintakyvyn elementit, tähdensivät hoitajat myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn merkitystä. Hyvä toimintakyky liitettiin hyvään elämänlaatuun ja hyvä toimintakyky nimettiin yhdeksi hyvän elämän edellytykseksi. Useat hoitajat pitivät asiakkaiden toimintakykyä terveyttäkin tärkeämpänä.

*Tutkija: ”Mitä sä aattelet, mitä terveysneuvonnan tavoitteena pitäis pitää?”*

*Hoitaja: ”No sellanen hyvä elämä ihmisille... Mä luulen, että terveys on yleensä ihmisille se semmonen ykkösasia. Mutta mä oon tässä työssäni huomannu, että ei se niinkään aina oo se terveyskään, vaan se toimintakyky.”*

Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen tai koheneminen yhdistettiin yleensä elämäntavan muutoksen aiheuttamiin positiivisiin terveysvaikutuksiin. Painon ja verenpaineen alenemisen myötä toivottiin asiakkaan hengenahdistuksen helpottavan, liikkumisen käyvän kevyemmäksi sekä jaksamisen ja toimintatarmonkin lisääntyvän. Paremman fyysisen kunnon ja jaksamisen arveltiin myös lisäävän asiakkaan sosiaalisia kontakteja ja näin kohentavan asiakkaan sosiaalista aktiivisuutta. Terveysneuvonnan tavoitteena pidettiin asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilymistä tai kohenemistä. Tärkeänä tavoitteena pidettiin sitä, että ihmiset pysyisivät fyysisesti ja myös henkisesti niin hyvässä kunnossa, että he kykenevät huolehtimaan itsestään ja läheisistään sekä selviytyvät päivittäisistä toimistaan omassa kodissaan itsenäisesti tai mahdollisimman vähäisen ulkopuolisen avun turvin. Yhtenä tavoitteena pidettiin myös sitä, että asiakkaan ja hoitajan välille ei synny riippuvuutta, vaan *”asiakas jää seisomaan tukevasti omille jaloilleen”*.

**Yhteenveto** preventiivisen terveysneuvonnan tavoitteista esitetään kuviossa 6. Terveysneuvonnan välittömän tavoitteen muodostavat elämäntapamuutoksen tiedollisten, asenteellisten ja psyykkisten edellytysten syntyminen. Konkreettista elämäntapamuutosta voidaan pitää neuvonnan välillisenä tavoitteena, jonka avulla tavoitellaan suotuisia fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia. Neuvonnan varsinainen päämäärä on hoitajien nimeämien hyvän elämän elementtien eli terveyden, hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn vahvistuminen.



Kuvio 6. Tavoitteena terveyden, hyvinvoinnin tai toimintakyvyn edistäminen elämäntapamuutoksen avulla.

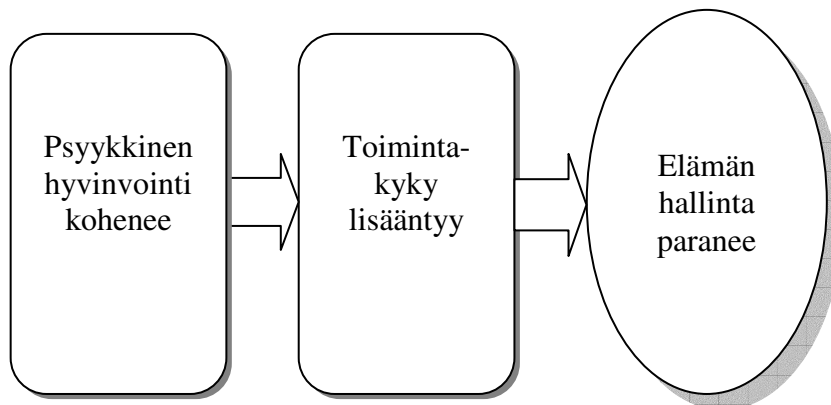
### 7.2.2. Neuvonnan tavoitteena elämänhallinta

Tässä tutkimuksessa hoitajien ilmaisemat neuvonnan tavoitteet painottuivat sairauden ehkäisyyn. Hoitajat ilmaisivat kuitenkin myös joitain tavoitteita, jotka ilmensivät heidän pyrkimystään tukea asiakkaan elämänhallintaa. Elämänhallinnan tukemiseen liittyvät neuvonnan tavoitteet olivat kuitenkin hajanaisia ja niitä oli erittäin vähän. Elämänhallintaan liittyvät tavoitteet voitiin ryhmitellä **psykkisen hyvinvoinnin edistämiseen** sekä **toimintakyvyn kohenemiseen** liittyviin päämääriin (kuvio 7). Osa psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kohenemiseen liittyvistä neuvonnan tavoitteista voidaan yhdistää sekä elämänhallinnan edistämiseen että sairauksien ehkäisyyn. Käsittelen molempiin neuvonnan suuntauksiin liittyviä tavoitteita niissä yhteyksissä, joihin hoitajat ovat ne alun perin liittäneet.

Tässä tutkimuksessa hoitajien pyrkimys elämänhallinnan tukemiseen liittyi sellaisten asiakkaiden kohtaamiseen, joilla ei ollut voimavaroja toteuttaa elämäntapamuutosta tai joilla oli mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Hoitajat pyrkivät kohentamaan asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia osoittamalla asiakkaille hyväksyntää ja tukea. Tavoitteena oli, että asiakas kykenisi hyväksymään itsensä. Asiakasta rohkaisemalla pyrittiin tukemaan hänen itsetuntoaan.

Itsetunnon kohenemisen kautta pyrittiin vahvistamaan asiakkaan uskoa ja luottamusta omiin voimavaroihinsa. Tavoitteena oli, että asiakas voisi kokea selviytyvänsä mahdollisen sairautensa tai vähäisten voimavarojensa kanssa. Psykkisten voimavarojen kohenemisen myötä tavoiteltiin asiakkaan toimintakyvyn paranemista. Toimintakyvyn kohentuessa asiakkaan toivottiin saavan kokemuksia siitä, että hän kykenee saamaan aikaan positiivisia asioita omassa elämässään. Psykkisen hyvinvoinnin kohenemisen ja toimintakyvyn paranemisen myötä tavoitteena oli se, että asiakas vahvistuu, voimaantuu ja kykenee aiempaa paremmin hallitsemaan elämäänsä.

*”Jos on elämä murjonu tai on ajautunu vaikeeseen tilanteeseen, niin sitten tavallaan tulee semmosta voimaantumista, että sitä alkaa niinku hallita sitä elämää.”*



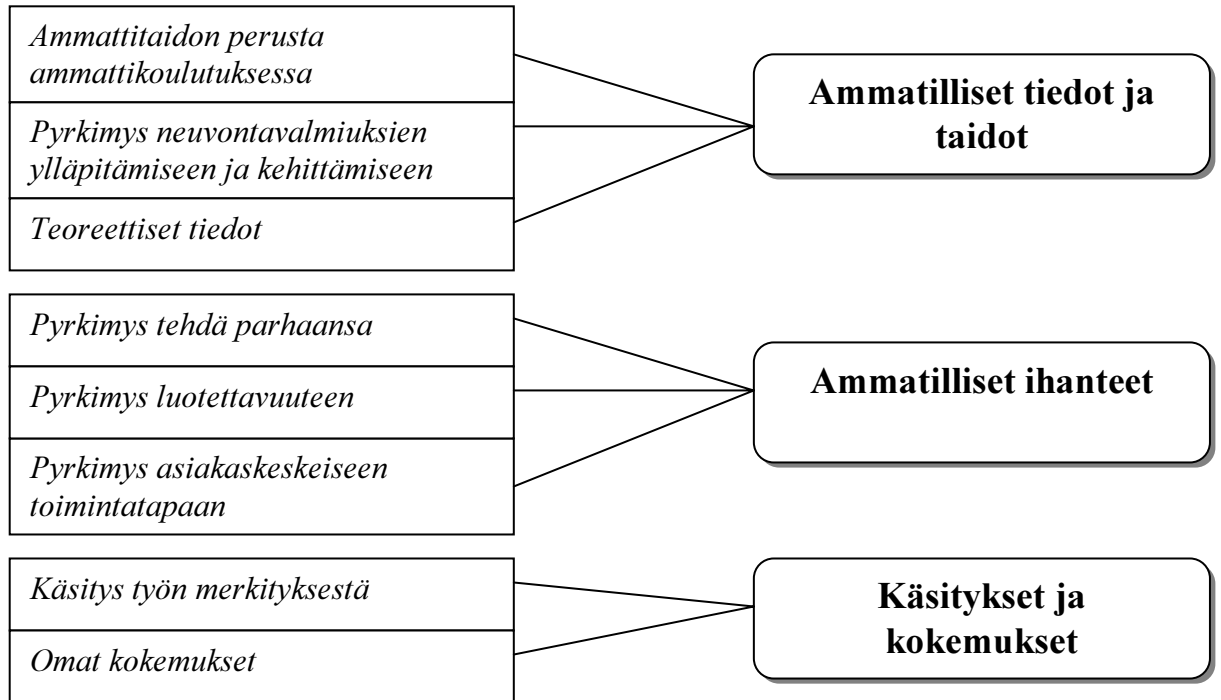
Kuvio 7. Elämänhallinta neuvontatyön tavoitteena.

### **7.3. Neuvontatyötä ohjaavat tekijät**

Tähän tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli pitkä työkokemus neuvontatyöstä. Työkokemuksen myötä omaa työtä ohjaavat tekijät olivat tulleet niin tutuiksi ja itsestäänselviksi, että niiden sanallinen ilmaiseminen oli hoitajille vaikeaa. Organisaation neuvontatyötä ohjaavia tekijöitä hoitajat kuvasivat rikkaasti, mutta ammatillisia ja yhteiskunnallisia tekijöitä, jotka vaikuttavat työn tekemisen tapaan ja tavoitteisiin oli vaikeampi ilmaista. Neuvontatyötä ohjaavat tekijät on tässä tutkimuksessa ryhmitelty **henkilökohtaisiin ja ammatillisiin** sekä **organisatorisiin ja yhteiskunnallisiin** tekijöihin. Yhteenvetotaulukko neuvontatyötä ohjaavista tekijöistä esitetään liitteessä 6.

### 7.3.1. Hoitajan henkilökohtaisia ja ammatillisia neuvontatyötä ohjaavia tekijöitä

Hoitajan henkilökohtaiset ja ammatilliset työtä ohjaavat tekijät ryhmiteltiin hoitajan **ammattillisiin tietoihin ja taitoihin, ammatillisiin ihanteisiin** sekä hoitajan yksilöllisiin **käsityksiin ja kokemuksiin** (kuvio 8).



Kuvio 8. Henkilökohtaiset ja ammatilliset työtä ohjaavat tekijät.

#### Ammatilliset tiedot ja taidot

##### *Ammatitaidon perusta ja neuvontavalmiuksien kehittäminen*

Ammatillista hoitotyötä ohjaa hoitajan ammattitaito, jonka perusta luodaan ammattikoulutuksessa. Tähän tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla ammatillisesta koulutuksesta oli kulunut vuosia ja ammattikoulutuksessa omaksutuista asioista oli muodostunut itsestäänselvyksiä, joita oli vaikea pukea sanoiksi. Ammatikoulutuksen myötä hoitajat olivat omaksuneet terveydenhoitajan identiteetin ja ennaltaehkäisevän työtteen. Omaa ammatti-identiteettiään hoitajat kuvasivat vertaamalla terveydenhoitajan työtettä sairaanhoitajan vastaavaan. Terveydenhoitajan työssä todettiin vaadittavan laajempaa näkemystä, koska terveydenhoitajalla on oltava tietotaitoa sairauden hoitamisen lisäksi sairauksien ehkäisyyn liittyen. Terveydenhoitajan ammatti-identiteetin ytimen ymmärrettiin muodostuvan sairauksien ennaltaehkäisystä.



*”... terveydenhoitajal on aina tää ennaltaehkäisy päällimmäisenä mielessä.”*

Koska tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat saaneet viimeisimmänkin ammatillisen koulutuksensa 15 – 28 vuotta sitten, heidän hoitotieteellinen pohjakoulutuksensa oli hatara. Hoitajat totesivat olevansa heikosti perehtyneitä hoitotieteen teorioihin. Hoitotieteellisen tiedon sijaan hoitajien ammatillisessa koulutuksessa oli omaksuttu pedagogista tietoa aikuisten opettamiseen liittyen sekä vahva luottamus ja sitoutuminen lääketieteelliseen epidemiologiseen tietoon.

*”Meidän täytyy tehdä sillä lailla, kun meidän ammattitaito on opetettu... Tiedollisesti ei voida tuoda sellaista, joka on ulkopuolella tään julkisen (lääketieteellisen)linjan.”*

Hoitajat kertoivat pyrkimyksistään ylläpitää ja kehittää omia neuvontavalmiuksiaan. Omien tiedollisten valmiuksien pitämistä ajan tasalla pidettiin hyvin tärkeänä, jotta asiakkaat saisivat yhdenmukaista tietoa. Ammatillisen kehittymisen todettiin edellyttävän omaa aktiivisuutta, mielenkiintoa ottaa uusista asioista selvää ja halua oppia uutta. Hoitajat olivat pyrkineet täydentämään tietojaan sekä neuvontataitojaan erityyppisissä koulutuksissa ja kursseilla. Kouluttautumisessa korostui oman aktiivisuuden merkitys, sillä omassa organisaatiossa koulutusmäärärahojen kerrottiin olevan niukat. Vain harvoilla oli siten mahdollisuus päästä organisaation kustantamana koulutuksiin. Työnantajan taholta järjestetty koulutus oli suuntautunut mm. painonhallintaan ja muutosvaihemallin käyttöön, erityisesti koulutuksissa kerrottiin viime aikoina korostuneen diabeteksen ennaltaehkäisyyn liittyvät seikat. Omaehtoisesta aktiivisuudesta ja työhön paneutumisesta kertoi muutamien hoitajien pyrkimys peilata omaa työtapaansa painonvartijoiden käyttämiin menetelmiin. Koulutusten ja kurssien ohella hoitajat kertoivat saavansa tietoa lukemalla ammattilehtiä sekä ammattikirjallisuutta. Ammatillisen tiedon lähteiksi mainittiin sekä terveydenhoitajalehti että lääkärilehti. Vaikka joku haastatelluista hoitajista oli tyytyväinen koulutusmahdollisuuksiinsa, niiden lisääminen koettiin tärkeäksi sekä työn kehittämisen että oman ammatillisen kehittymisen kannalta.

Ammattitaitonsa hoitajat kokivat kehittyvän myös työtä tekemällä ja työssä oppimalla. He kertoivat saaneensa vaikutteita kollegoiltaan ja palautetta asiakkailtaan. He kertoivat myös pyrkivänsä ottamaan opiksi neuvontatyössä tekemistään ylilyönneistä ja virheistä. Pitkän työkokemuksen myötä hoitajille oli syntynyt näkemys siitä, että neuvontatyö on pitkäjänteistä ja asiakassuhdetta on rakennettava pitkällä tähtäimellä.

*”Vaikka tuntuis, ettei siinä päästä puusta pitkään, niin siin on kuitenkin annettu jotain sille ihmiselle, mikä jää itään. Se voi sieltä puhjeta vasta vuosien päästä.”*

### ***Neuvontatyötä ohjaavat teoreettiset tiedot***

Haastatteluaineiston mukaan näytti ilmeiseltä, että lääketieteellinen epidemiologinen tieto sairauksien riskitekijöistä jäsensi hoitajien neuvontatyötä. Sairauden riski, esimerkiksi aikuistyyppin diabetekseen sairastumisen riskipisterajat (Diabetesliitto 2000), verensokeri- tai verenpaine- arvot määrittivät neuvonnan tarvetta, sisältöä sekä sen etenemistä.

*”Mua ohjaa näitten verenpaine- ja verensokeriasiakkaitten kanssa tietysti nämä tavoitearvot.”*

Terveystieteellisistä teorioista haastateltavat kertoivat käyttävänsä muutosvaihemallia (Transteoreettinen malli, Prochaska ym 1997). Hoitajat olivat omaksuneet mallin ja he kuvasivat elämäntapamuutosta sen avulla. Malliin sisäänrakennettu ajatus elämäntapamuutoksesta monimutkaisena ja vaativana psyykkisenä prosessina auttoi hoitajia ymmärtämään asiakkaiden elämäntapamuutoksen vaikeutta. Muutosvaihemallin mukainen ajattelu näytti ohjaavan ja jäsentävän myös hoitajien käsitystä asiakkaasta.

*”En mä sitä hänelle sillain sano, mut mielessäni mä aattelen, että tän muutosvaihemallin mukaan sä oot viel esiharkintavaihehtakin varhaisemmassa vaiheessa.”*

Hoitajat totesivat hallitsevansa muutosvaihemallin teoriassa, mutta käytännössä sen käyttämiseen liittyen toivottiin lisää koulutusta ja harjaantumista. Erityisesti asiakkaiden muutosvaiheiden tunnistamisen todettiin olevan haasteellista. Hoitajat käyttivät muutosvaihemallia asiakkaiden motivointiin kuvaamalla asiakkaille mallin avulla elämäntapamuutoksen vaiheita ja muutosprosessin monimutkaisuutta. Mallin avulla pyrittiin myös kohdentamaan ja jäsentämään neuvontaa. Sen avulla toivottiin saatavan apua neuvonnan ajoitukseen, tavoitteiden asetteluun ja myös neuvonnan konkreettisten sisältöjen muodostamiseen aina sanojen asettelu myöten.

*”Mä toivoisin, et just siitä (muutosvaihemallista) lähtis tää ratkaisu tähän asiaan, et oikeet asiat, sanat ja toimenpiteet tulis oikeeseen aikaan.”*

Muiden terveys- tai hoitotieteellisten teorioiden kuin muutosvaihemallin hyödyntäminen neuvontatyössä oli tutkimusaineiston mukaan hyvin vähäistä. Teoreettisen tiedon käyttö vaikutti jäsentymättömältä. Hoitajat kertoivat poimivansa teorioista omaan toimintaansa sopivia näkökulmia. Ammattikirjallisuudesta he myös kertoivat löytävänsä asioita, joita kyllä olivat

tienneet, mutta joita oli ollut itse vaikea pukea sanoiksi. Osa hoitajista saattoi haastattelussa nimetä jonkun teorian, mutta hoitotieteellinen teoreettinen tieto ei neuvontatyötä ohjannut.

*”Se teoreettinen ajattelu on kyllä niin kaukana, kun sitä on niin tässä käytännössä kiinni.”*

Ratkaisukeskeisyyttä (NLP) käytettiin kuitenkin neuvontatyössä hyväksi jonkin verran. Ratkaisukeskeisyyden periaatteiden todettiin sopivan hyvin preventiiviseen työhön, koska *”siinä ei tuijoteta ongelmia, vaan haetaan niihin ratkaisuja.”*

Hoitajat pyrkivät käyttämään neuvontatyössä hyväksi sekä lääketieteellisiä että käyttäytymistieteellisiä tutkimustuloksia, mutta niiden käyttöä ei organisaatiossa tuettu. Tutkimustulosten käytön todettiin olevan yksityisten hoitajien aktiivisuuden varassa. Ongelmana oli erityisesti tutkimustulosten saatavuus sekä ajanpuute. Hoitajat ilmaisivat toivomuksensa, että työpaikalla olisi mahdollisuus perehtyä ja keskustella kollegoiden kanssa sekä tutkimustuloksista että myös hoitotieteellisistä teorioista. Erilaisten hoitomallien kokeilusta esitettiin myös toivomuksia.

## **Ammatilliset ihanteet**

### ***Pyrkimys parhaansa tekemiseen ja luotettavuuteen***

Tätä tutkimusta varten haastatellut hoitajat olivat ammattilaisia, joiden ihanteet ja tavoitteet olivat korkealla. Hoitajien pyrkimyksenä oli tehdä työnsä mahdollisimman hyvin. Tavoitteena oli paneutua neuvontatyöhön ja pyrkiä tekemään parhaansa, jotta asiakkaat saavat sekä mahdollisuuden tarkastella terveyteensä liittyvää tietoa että myös tukea terveyteen liittyvissä elämänvalinnoissaan. Hoitajien haastatteluista välittyi huoli ihmisten terveydestä ja elämänvalinnoista. Lähimmäisenrakkauden takia ihmisten kohtaloihin ei voitu suhtautua välinpitämättömästi.

*”Ei sitä nyt voi ihan kylmästi ja tunteettomasti, kun mä kohtaan jonku ihmisen ja näen ja kuulen, et nyt onki käyny näin...”*

Vakava suhtautuminen työhön oli hoitajien mukaan tärkeää myös siksi, että hoitajat kokivat työssä onnistumisen riippuvan ainakin osittain siitä, kuinka he työtään tekevät. Pitkän työkokemuksen myötä hoitajilla ei toisaalta ollut liiallisia toiveita työnsä vaikuttavuuden suhteen: heillä oli kokemusta siitä, että ihmisillä on erilaisia elämäntilanteita eivätkä elämäntapamuutokset aina onnistu tai ole ajankohtaisia. Toisaalta osa hoitajista kuitenkin pitkästä työkokemuksestaankin huolimatta uskoi, että perimmältään ei ole asiakkaita, jotka eivät motivoituisi

elämäntapamuutoksiin, jos vain hoitaja paneutuu työhönsä, ymmärtää asiakasta ja osaa ilmaista asiansa oikealla tavalla.

*”Jos sä paneudut siihen ihmiseen... ja osaat ilmaista oikein, että sä oot huolissaan hänestä, niin siitä kyllä jää joku pieni siemen..”*

Hoitajien toimintaa ohjasi myös pyrkimys luotettavuuteen. Tätä pyrkimystä kuvattiin hoitajan rehellisyytenä sekä ammatillisuuteen liittyvänä vaitiolovelvollisuutena. Rehellisyyttä ilmensi hoitajien mukaan heidän pyrkimyksensä kertoa totuudellista tietoa terveyteen liittyvistä riskitekijöistä silloinkin, kun tieto ei asiakkaita miellyttänyt tai asiakkaiden näkemykset olivat ristiriidassa hoitajien välittämän tiedon kanssa.

### ***Pyrkimys asiakaskeskeiseen toimintatapaan***

Pyrkimys asiakaskeskeiseen toimintatapaan näyttäytyi tässä tutkimuksessa pyrkimyksenä asiakkaan **yksilöllisyyden huomioimiseen, tasa-arvoiseen yhteistyöhön** asiakkaan kanssa, asiakasta **kunnioittavaan suhtautumiseen** sekä asiakkaan **itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen.**

Haastatellut hoitajat kuvasivat monin tavoin pyrkimystään huomioida asiakas yksilönä. Tavoitteenaan hoitajat pitivät sitä, että neuvonta ei olisi yleisen terveystiedon jakamista, vaan se kohdentuisi kunkin asiakkaan lähtökohtien ja tarpeiden mukaan. Yksilöllisen neuvonnan edellytykseksi hoitajat nimesivät asiakkaan kuuntelemisen. Kuuntelemalla asiakkaan esittämiä aiheita sekä tarpeita ja kartoittamalla asiakkaan elämäntilannetta neuvonnan sisällöt pyrittiin sovittamaan asiakaskohtaisiksi. Hoitajien mukaan heidän pyrkimyksensä oli muutoksen mahdollisuuksien löytäminen, asiakkaiden yksilöllisten resurssien tunnistaminen ja niiden tukeminen. Neuvonnan aiheiden yksilöllisyys ilmeni esimerkiksi siten, että alkuvaiheessa neuvonnassa keskityttiin sellaisiin aiheisiin, jotka olivat asiakkaalle tärkeitä. Neuvonnan yksilöllisyyttä näytti todellisuudessa kuitenkin rajoittavan hoitajien pyrkimys keskittyä sairauksien ehkäisyyn.

Asiakaskeskeiseen toimintatapaan liittyi hoitajien mukaan tasa-arvoinen yhteistyö asiakkaan kanssa. Pyrkimys tasa-arvoiseen kohtaamiseen edellytti hoitajien mukaan sitä, että hoitaja kuuntelee asiakkaan mielipiteitä, arvostaa hänen esittämiään näkökulmia ja välttää ottamasta ammatillisuuden helposti mukanaan tuomaa auktoriteettiasemaa. Tasa-arvoista toimintatapaa ilmensi hoitajien mukaan myös pyrkimys asettaa neuvonnan tavoitteet yhteistyössä asiakkaan

kanssa. Vilpittömänä tavoitteenaan hoitajat pitivät sitä, että he kunnioittavat asiakkaan asiantuntemusta omissa asioissaan. Käytännössä joidenkin hoitajien omaksuma ammatillinen auktoriteetti kuitenkin näyttäytyi heidän ilmaisuissaan, joiden mukaan asiakkaan elämäntavat voivat olla vääriä tai virheellisiä.

*”... ettei se neuvonta olis pelkästään virheisiin puuttumista...”*

Asiakaskeskeisen toimintatavan ytimeen kuului hoitajien mukaan asiakkaan kunnioittaminen. Asiakkaan kunnioittaminen edellyttää asiakkaan, hänen elämäntilanteensa ja elämänvalintojensa hyväksymistä. Asiakkaan hyväksyminen puolestaan ilmeni hoitajien mukaan siinä, että asiakasta ei arvostella, tuomita eikä syyllistetä. Ihmisten syyllistämistä kuvattiin terveysterroismiksi, jollaista toimintatapaa hoitajat pyrkivät kaikin tavoin välttämään. Asiakkaan arvostelua ja syyllistämistä pidettiin loukkaavana ja siksi epäeettisenä toimintana. Syyllistävän toimintatavan pelättiin lisäksi aiheuttavan vastustuksen elämäntapamuutosta kohtaan. Vaikka hoitajat pyrkivät välttämään asiakkaiden arvostelemista, oli heidän toisinaan vaikea ymmärtää ja hyväksyä asiakkaiden elämänvalintoja.

*”Kyllähän siinä varmaan jokainen joutuu joskus pidättelemään itseensä, kun on asioita, mitkä ärsyttää ja mitä henkilökohtaisesti aattelee, että mikset pysty, pysty ees yrittämään..”*

Asiakkaan kunnioittaminen ilmeni hoitajien pyrkimyksissä toimia mahdollisimman hienotunteisesti ja osoittaa asiakkaalle arvostusta. Arvostamista osoitti hoitajien mukaan kiinnostuksen ja välittämisen osoittaminen sekä myös asiakkaan mielipiteiden kuunteleminen ja huomioiminen. Hienotunteinen toimintatapa koettiin neuvonnassa hyvin tärkeäksi. Vaikka asiakkaat usein toivovat muutoksia elämäänsä, ovat terveystottumukset kuitenkin hyvin henkilökohtaisia, eikä niihin siksi ole helppo kajota. Hoitajat kuvasivat ihmisten elämäntapoihin puuttumisen olevan taiteilua. He kertoivat miettivänsä tarkkaan, millä tavoin asiansa ilmaisivat.

*”Mä koitan kyllä kertoa niistä riskeistä sillai mahdollisimman kiltisti.”*

Asiakaskeskeiseen toimintatapaan voidaan liittää myös hoitajien pyrkimys kunnioittaa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeudella tarkoitettiin hoitajien mukaan sitä, että asiakas päättää omista elämänvalinnoistaan ja hänellä itsellään on valinnoista myös vastuu. Terveysteen liittyvien valintojen perustaksi asiakkaat tarvitsevat kuitenkin tietoa ja hoitajan tehtävä on tätä tietoa asiakkaille välittää. Asiakkaiden itsemääräämisoikeutta hoitajat kertoivat kunnioittavansa pyrkimällä esittämään oman ammatillisen näkemyksensä niin neut-

raalisti, että asiakas voi kokea valitsevansa vapaasti oman toimintatapansa. Käytännössä ilmeni kuitenkin tilanteita, jotka näyttivät rajoittavan asiakkaan täyttää itsemääräämisoikeutta. Hoitajan vakavaksi arvioima terveysriski, esimerkiksi huono sokeritasapaino, näytti oikeuttavan hoitajan käyttämään vähintäänkin suostuttelevaa toimintatapaa.

*Hoitaja kertoo tilanteesta, jossa asiakkaan verensokeri on korkea: ”Tän mun ammatillisen tietoperustani pohjalta ei sillon oo kauheasti vaihtoehtoja. Että ei siinä voi niinku neuvotella, vaan se asia täytyy markkinoida niin, että se menee mun kannaltani toivottuun suuntaan.”*

## **Käsitykset ja kokemukset**

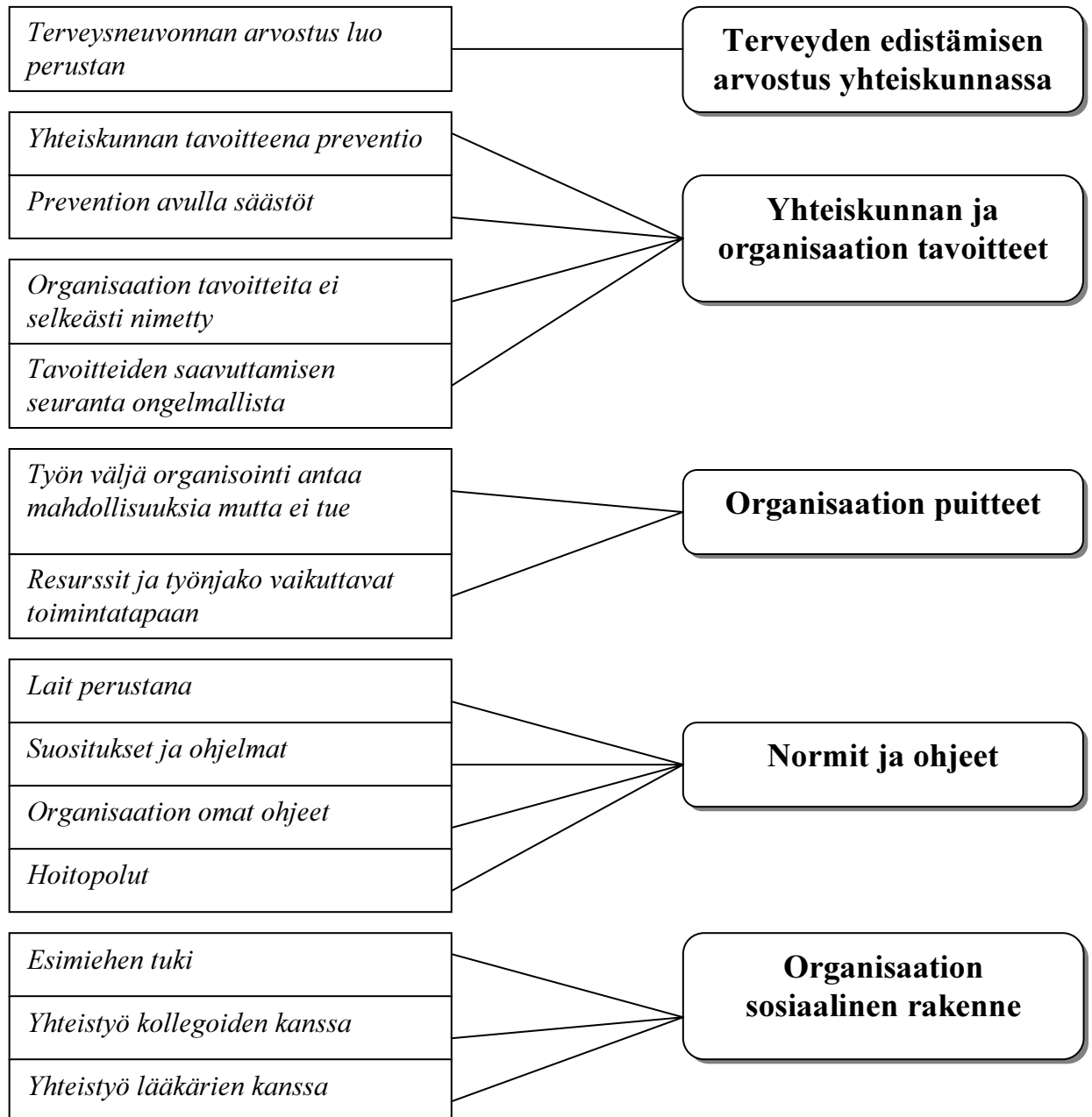
Työtä ohjaavat työntekijän omat käsitykset työn merkityksestä ja mahdollisuuksista. Haastatellut hoitajat olivat innostuneita työstään ja kokivat tekevänsä tärkeää työtä, erityisen tärkeäksi koettiin oma rooli diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Vaikka oma työ koettiin tärkeäksi, koettiin työn vaikutukset toisaalta melko vähäisiksi. Hoitajat myönsivätkin ajoittain turhautuvansa siihen, että onnistumisia saa työssä kokea niin harvoin. Hoitajat pohtivat oman työn merkitystä niihin vastavoimiin nähden, jotka estävät ihmisiä tekemästä muutoksia terveys-tottumuksiinsa. Vastavoimiin nähden oman työn mahdollisuudet näyttivät vaatimattomilta. Hoitajat pohtivat myös neuvontatyön mahdollisen terveyttä edistävän vaikutuksen merkitystä suhteessa yhteiskunnallisten rakenteellisten ongelmien, kuten työttömyyden, aiheuttamiin paljon mittavampiin terveysvaikutuksiin.

Hoitajien neuvontatyötä ohjaavat myös heidän kokemuksensa. Elämäkokemuksen koettiin tuoneen työhön suvaitsevaisuutta ja myös syvyyttä. Suvaitsevaisuus ilmeni hoitajien mukaan ymmärryksen lisääntymisenä ja aiempaa joustavampana toimintatapana. Iän myötä karttuneen elämäkokemuksen ohella myös omat elämäntapamuutokset tai niiden yritykset toivat kokempohjaista tukea ja antoivat omalle puheelle painoarvoa. Omien kokemusten myötä hoitajat olivat tulleet ymmärtäväisemmäksi asiakkaiden tilanteille. Kun itsellä oli tuntumaa siihen kuinka ”*sitä selittelee tekemisiään*”, miten ”*muutos vie oman aikansa*” ja ”*takapakkia ja repsahduksia tulee*”, oli asiakkaita helpompi ymmärtää ja tukea. Toisaalta omien onnistuneiden elämäntapamuutosten myötä näytti muodostuneen myös käsitys, että muutokset ovat kaikille mahdollisia ja ne myös sopivat kaikille.

*”Oon kokenu sen prosessin, että kun sitä pakottaa itensä liikkeelle, niin siitä tulee mukava tuntu... Se on ihan toteutettavaa ja se mahtuu jokaisen, aivan varmasti jokaisen aikatauluihin.”*

### 7.3.2. Yhteiskunnan ja organisaation neuvontatyötä ohjaavia tekijöitä

Yhteiskunnan ja organisaation neuvontatyötä ohjaavat tekijät ryhmiteltiin **terveyden edistämisen arvostukseen, yhteiskunnan ja organisaation tavoitteisiin, organisaation puitteisiin, normeihin ja ohjeisiin** sekä **organisaation sosiaaliseen rakenteeseen** (kuvio 9).



Kuvio 9. Yhteiskunnan ja organisaation työtä ohjaavat tekijät.

## **Perustana terveyden edistämisen arvostus yhteiskunnassa**

Hoitajien kokemuksen mukaan yhteiskunnassa arvostetaan terveyden edistämistyötä. Terveydenedistämistyön arvostus ja yhteiskunnan odotukset työn onnistumisesta koettiin hyvin tärkeänä omaa työtä motivoivana tekijänä. Yhteiskunnan arvostuksen myötä hoitajat kokivat tekevänsä merkittävää työtä. Yhteiskunnan neuvontatyötä kohtaan osoittama arvostus ilmeni hoitajien mukaan siinä, että erilaisia terveydenedistämishoitoja ja terveyttä edistäviä hankkeita tuetaan julkisin varoin ja ne myös saavat paljon julkisuutta. Esimerkiksi kansanterveysohjelmiin ja lääketieteellisten tutkimusten tuloksiin suhtaudutaan hoitajien käsityksen mukaan yhteiskunnassa vakavasti. Terveyden edistämistyön arvostus loi hoitajien käsityksen mukaan perustan heidän tekemälleen työlle.

Vaikka hoitajat kokivat terveydenedistämistyötä arvostettavan tällä hetkellä, olivat he kuitenkin jonkin verran huolissaan työn tulevaisuudesta. Hoitajien pelkona oli, että neuvontatyön resursseja leikataan, jos työn merkitystä ja vaikuttavuutta aletaan epäillä. Hoitajat näkivätkin tärkeäksi oman työnsä merkityksen korostamisen. Työn vaikuttavuuden arvioinnin kehittämisen koettiin olevan myös tärkeää, jotta työn merkitystä voidaan tulevaisuudessa perustella julkisen sektorin rahoituksesta ja resursseista kilpailtaessa.

## **Yhteiskunnan ja organisaation tavoitteet**

Neuvontatyötä ohjaavat **yhteiskunnan ja organisaation työlle asettamat tavoitteet** sekä odotukset.

### ***Yhteiskunnan tavoitteena preventio ja säästöt***

Hoitajien käsityksen mukaan yhteiskunta odottaa terveysneuvontatyöltä paneutumista kansanterveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen yhteiskunnan kannalta merkittäviä kansansairauksia ehkäisemällä. Neuvontatyöltä odotetaan siten hoitajien käsityksen mukaan ensisijaisesti keskittymistä sairauksien ehkäisyyn. Sairauksien ehkäisyyn liittyviä konkreettisia yhteiskunnan hoitajille asettamia tavoitteita hoitajat nimesivät yksinomaan aikuistyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyyn liittyen. Hoitajien mukaan heiltä odotetaan riskiasiakkaiden tunnistamista ja saattamista intervention piiriin, jotta riskiasiakkaiden sairastuvuutta voitaisiin vähentää elämäntapamuutosten avulla. Hoitajien mukaan tavoitteena on myös aikuistyyppin diabeteksen



ja metabolisen oireyhtymän riskin arvioinnin juurruttaminen rutiininomaiseksi toiminnaksi avoterveydenhuollon vastaanotoilla.

Kansanterveyden edistämisen myötä yhteiskunta tavoittelee hoitajien mukaan väestön toimintakyvyn ja työkyvyn ylläpitämistä tai kohenemistä. Työkyvyn ylläpitämisen myötä voidaan vaikuttaa työn tuottavuuteen, työssä jaksamiseen sekä eläköitymiseen. Toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää, jotta ihmiset säilyisivät omatoimisina, kykenisivät huolehtimaan itsestään ja läheisistään sekä kykenisivät asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Hoitajien mukaan terveyttä edistävässä työssä tavoitellaan sairastavuuden vähenemisen ja ihmisten toimintakyvyn sekä työkyvyn edistämisen avulla taloudellisia säästöjä. Taloudellisten säästöjen merkitys terveydenedistämistyön yhteiskunnallisena tavoitteena korostui haastatte- luissa. Hoitajien mukaan taloudelliset tekijät vaikuttavat neuvontatyöhön aiempaa voimakkaammin ja tietoisuus mahdollisuudesta vaikuttaa yhteiskunnallisesti merkittäviin taloudelli- siin kustannuksiin tuo neuvontatyöhön uudenlaista motivaatiota. Hoitajat olivat tietoisia eri- tyisesti aikuistyyppin diabeteksen aiheuttamien kustannusten nousun uhkasta. Aikuistyyppin diabeteksen aiheuttamien kustannusten pelättiin tulevaisuudessa uhkaavan koko terveyden- huollon toimintakykyä Suomessa.

*”Ei oikeestaan koskaan aikasemmin, niin, ei se raha ja valtion menot ja mahdollinen uhka siitä, että selvittääkö näistä, niin ei ne oo konkretisoitunut tähän työhön. Et työtä on tietysti tehty sen takia, että sitä kuuluu tehdä. Mut ainakin mulle on nyt paljon selvinny se, että kyllä tällä (aikuistyyppin diabeteksella) on niin iso taloudellinen merkitys.”*

### **Organisaation asettamat tavoitteet ja niiden seuranta**

Hoitajien mukaan organisaatio ei juuri asettanut tavoitteita aikuisten neuvontatyölle. Tavoit- teita sisälsivät lähinnä sosiaali- ja terveystoimen strategia sekä diabeteksen ehkäisyohjelma. Työn tavoitteista ei organisaatiossa julkisesti keskusteltu, vaan hoitajat olivat miettineet niitä itsekseen tai kollegoiden kesken. Uusien työjärjestelyjen ja neuvontatyön lisääntyneiden re- surssien myötä työn suunnitelmallisuus sekä odotukset työn tuloksellisuudesta olivat kuiten- kin hoitajien mukaan organisaatiossa lisääntyneet. Yhdeksi käytännön esimerkiksi työn ta- voitteettomuudesta hoitajat nimesivät aikuisten ikäkausiterveystarkastukset. Osa hoitajista ymmärsi terveystarkastukset seulontatutkimuksiksi, toisten mukaan vanhempien ihmisten terveystarkastukset toimivat myös palveluiden ohjauksen tukena. Ikäkausittaisten terveystar- kastusten perimmäinen tarkoitus oli kuitenkin hoitajien mukaan epäselvä. Terveystarkastuk- set olivat laajoja ja hoitajat käyttivät niihin runsaasti työaika. Tarkastuksissa kerättäviä tie-

toja ei kuitenkaan hoitajien mukaan mitenkään hyödynnetty, vaan tarkastukset jäivät irralliseksi toimenpiteiksi. Hoitajat olivat pohtineet terveystarkastusten tarpeellisuutta ja olivat jossain määrin turhautuneita niiden suorittamiseen.

Hoitajien kokemusten mukaan organisaation tavoitteita leimasi preventiivinen ajattelu ja taloudellisuusnäkökulma. Selkeimmäksi ja konkreettisimmaksi organisaation aikuisten neuvontatyölle asettamaksi tavoitteeksi hoitajat nimesivät diabeteksen ehkäisyohjelman onnistumisen. Diabeteksen ehkäisyohjelman onnistumisen kriteereiksi mainittiin se, että neljäsosa sairastumisriskissä olevasta alueen väestöstä jää intervention takia sairastumatta sekä se, että tautiin sairastuneet löydetään ja he pääsevät hoidon piiriin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Organisaation tavoitteena koettiin olevan sen, että neuvontatyön avulla saadaan ihmiset muuttamaan elämäntapojaan mahdollisimman vähin taloudellisin resurssein.

*”Pitäis saada ihmiset niinkun mahdollisimman pienellä reurssilla muuttamaan elämäntapojansa, ettei ne sairastuis, kun on niin kallista hoitaa niitä näillä lääkkeillä. Että sieltä tulee paljon tää tämmönen taloudellisuusjuttu.”*

Tutkimuksen kohdekaupungin sosiaali- ja terveystoimen strategiassa oli hoitajien käsityksen mukaan keskeistä palveluiden saatavuus. Vaikka strategiassa painotettiin hoitajien mukaan myös asiakkaiden hyvää kohtelua, olivat organisaation neuvontatyölle asettamat tavoitteet hoitajien kokemusten mukaan suurimmalta osin määrällisiä. Se, että kaikki pääsevät hoitoon ja vielä mahdollisimman nopeasti, vaikutti hoitajien mukaan organisaation kannalta tärkeämmältä kuin itse hoidon sisältö. Hoitoon pääsyn nopeuden ohella organisaatiossa oltiin kiinnostuneita lähinnä vastaanotoilla käyvien asiakkaiden määristä. Asiakasmäärien tai pidettyjen terveystarkastusten määrien vähentymiseen kerrottiin puututtavan tarmokkaasti, vähentämisen syytä oli selvitettävä. Asiakasmäärät ja palvelun nopeus eivät kuitenkaan kerro mitään neuvontatyön laadusta. Hoitajat pohtivat, tarkoitetaanko laadulla sitä, että kaikkia palvellaan heti. Vaikka vastaanottotyötä ohjaavassa strategiassa tavoitteeksi mainittiin asiakkaiden hyvä kohtelu, hoitotyön laatua koskevia tavoitteita ei koettu riittävän konkreettisiksi.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat pitivät tärkeänä sitä, että neuvontatyö olisi suunnitelmallista ja tavoitteellista. Työn tavoitteellisuutta pidettiin tärkeänä siksi, että selkeiden tavoitteiden avulla toivottiin voitavan arvioida sekä oman toimintatavan onnistuneisuutta että työn tuloksellisuutta yleisemminkin. Hoitajat kokivat neuvontatyötä ohjaavien yhteisten tavoitteiden puutteen ongelmalliseksi, sillä tavoitteiden puuttuessa työn onnistumisen arviointi on

vaikeaa. Hoitajien mukaan tutkimusajankohtana yksilöllistä terveysneuvontaa ei organisaatioissa arvioitu muutoin kuin asiakasmääriä seuraten.

*”Kyllä mä haluaisin juuri omassa työssäni saada selville, että mitenkä vaikuttavaa se on. Et mitenkä hyvin taikka huonosti mä teen tätä työtä? Et asiakasmäärät, eihän ne mitään kerro!”*

Organisaatioissa oli muutamaa kuukautta ennen tutkimuksen aineistonkeruuta aloittanut toimintansa työryhmä, jonka tehtävänä oli pohtia aikuisten neuvontatyön kehittämistä ja laatia strategia aikuisneuvontatyölle. Hoitajat olivat ilahuneita työryhmän asettamisesta. Sen toivottiin selkeyttävän aikuisten neuvontatyön tavoitteita ja toimintalinjoja sekä yhtenäistävän käytäntöjä eri toimipisteissä. Työryhmän työn tuloksena toivottiin myös saatavan jonkinlaisia välineitä neuvontatyön arviointia ja työn kehittämistä varten. Vaikka palautetta neuvonnan terveysvaikutuksista kaivattiin eniten, ymmärrettiin neuvontatyön vaikutusten arvioinnin haasteellisuus hyvin. Kilojen ja senttien mittaamisen tiedettiin olevan helppoa, mutta asenteen muutoksen toteuttamisen jo paljon vaikeampaa. Hoitajat pohtivatkin, voidaanko heidän työnsä vaikutusta arvioida muutoin kuin sairastuvuuteen liittyvänä tilastotietona.

## **Organisaation puitteet**

Organisaation ja yhteiskunnan asettamien tavoitteiden ohella neuvontatyötä ohjaavat myös organisatoriset puitteet, joissa työtä tehdään. Tässä tutkimuksessa työn puitteilla tarkoitetaan **työtehtävien organisointia** sekä **työn resurssointia**.

### ***Työn väljä organisointi antaa mahdollisuuksia, mutta ei tue työntekijää***

Kaikkien tähän tutkimukseen osallistuneiden hoitajien työtehtävät oli määritelty väljästi ja hoitajat kokivat työnsä itsenäiseksi. Hoitajat olivat vastuussa tietyn alueen aikuisväestön terveysneuvonnasta, mutta heidän työnkuvansa olivat osittain erityyppisiä. Osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista huolehti terveysneuvonnasta laajemmin, jolloin työhön sisältyivät aikuisväestön ikäkausiterveystarkastukset sekä yleisimpien kansansairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvä terveysneuvonta kotiäideille, työttömille, mielenterveysasiakkaille sekä vanhusväestölle. Osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista keskittyi työssään aikuistyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyyn. Diabeteksen ehkäisyyn keskittyvien hoitajien työtehtävät keskittyivät yhden sairauden ympärille, mutta työhön oli annettu vapaat kädet. Hoitajien työn itsenäisyys tarkoitti sitä, että he voivat tehdä neuvontatyötä oman näkemyksensä mukaan ja painottaa työssään tärkeäksi kokemiaan asioita. Työn itsenäisyys mahdollisti sen, että hoitajat

voivat vapaasti kokeilla neuvontatyössä erilaisia toimintatapoja. Työn itsenäisyys tarkoitti myös sitä, että hoitajat järjestelivät oman työaikansa parhaaksi katsomallaan tavalla.

Hoitajat arvostivat työnsä itsenäisyyttä ja laajoiksi koettuja toimintamahdollisuuksiaan. He kokivat itsenäisyyden sekä toimintaväljyyden palkitsevaksi. Tiukkaa ohjausta ei neuvontatyöhön kaivattu. Vaikka väljä työnkuva koettiin toisaalta hyväksi, oli asialla myös kääntöpuolensa. Väljyys merkitsi myös sitä, että työn rajat koettiin *”ameebamaisiksi”* ja epäselviksi. Hoitajille ei ollut täysin selvää, mitkä heidän valtuutensa ovat ja se aiheutti epävarmuutta.

*”Tää on ollu semmosta häälyvää tää aikuisten neuvonta.”*

Epäselvyyksiä aiheutti myös se, ettei vastaanotoilla toimivien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien välistä työnjakoa oltu organisaatiossa täsmennetty. Hoitajien mukaan selkeämmän työnjaon avulla vältettäisiin päällekkäisyyksiä sekä sitä, etteivät jotkut asiakasryhmät jäisi väliinpuotoajiksi.

Hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että aikuisten neuvontatyön asema oli organisaatiossa epäselvä. Neuvontatyössä oli ollut *”hiljaisempi vaihe”* muutaman viime vuoden aikana. Organisaatiossa oli ollut paljon muutoksia ja neuvonta oli jäänyt laitapuolen asemaan, kun organisaatiossa oli panostettu muihin terveydenhuollon osa-alueisiin. Neuvontatyön aseman epäselvyys heijastui hoitajien työhön heidän oman asemansa epäselvyytenä.

*”Onhan tää hakusessa tää munikin rooli tässä, että miten tää aikuisneuvonnan rooli jatkossa täällä kehittyy.”*

Hoitajat arvostivat väljän työnkuvan ja itsenäisen työn tuomia mahdollisuuksia. Oman aseman ja oman roolin epäselvyys sekä liialliseksi koettu itsenäisyys aiheuttivat kuitenkin epävarmuutta. Osa hoitajista koki jäävänsä ilman työyhteisön tukea.

*”Kyllä tää on semmosta yksityisyrittä ollu varmaan monella.”*

Organisaatiossa oli kuitenkin uudelleen tiedostettu neuvontatyön merkitys ja tutkimusajan kohtana aikuisten neuvontatyö nähtiin hoitajien käsityksen mukaan yhdeksi tärkeäksi kehittämiskohteeksi.

### ***Resurssit ja työnjako vaikuttavat toimintatapaan***

Tämän tutkimuksen mukaan käytettävissä olevat resurssit sekä työnjakotapa vaikuttavat omalta osaltaan siihen, millaiseksi neuvontatyö käytännössä muodostuu. Hoitajien tehtävä oli vastata oman alueensa asiakkaiden terveysneuvonnasta, mutta hoitajien mahdollisuutta pit-

käjänteiseen, asiakaskeskeiseen työhön rajoittivat käytännössä organisaation tehtäväkeskeiset työnjakojärjestelyt. Aikuistyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyyn keskittyvien hoitajien yhtenä tärkeänä tehtävänä oli aloittaa aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyinterventio niille oman alueensa asukkaille, joilla on sairastumisriski. Intervention aloitus tarkoitti käytännössä paria yksilöllistä neuvontakäyntiä, joiden jälkeen asiakkaat ohjattiin ryhmätoimintaan tai oman alueensa terveydenhoitajalle. Vaikka osalla asiakkaista yhteys hoitajaan säilyi mahdollisen ryhmätoiminnan myötä, oli aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyyn keskittyvien hoitajien työ käytännössä ensisijaisesti tietyn tehtävän, intervention aloituksen hoitamista. Laajempaa neuvontatyötä tekevilla hoitajilla työtehtävien sisällöt olivat väljempää, joten heillä oli mahdollisuus rakentaa pidempiaikaisia asiakassuhteita.

Hoitajien mukaan työn resurssointi on yksi neuvontatyötä ohjaava tekijä. Neuvontatyön vähäinen osuus hoitajan kokonaistyöajasta sekä työhön varatut niukat ajalliset resurssit johtavat hoitajien mukaan tehtäväkeskeiseen ja vakiintuneeseen toimintatapaan. Neuvontatyön osuutta hoitajien työajasta oli lisätty muutamia kuukausia ennen tutkimuksen aineistonkeruuaikajakohtaa. Aiemmin hoitajat olivat tehneet neuvontatyötä vain osapäiväisesti, nyt he tekivät sitä kokopäiväisesti. Hoitajat kokivat ajallisten resurssien lisäämisen vaikuttaneen neuvontatyön laatuun hyvin myönteisesti. Aiemmin neuvontatyön olleessa vain osa työtä, muut kiireisemmät tehtävät häiritsivät neuvontatyötä monin tavoin. Käytännössä neuvontatilanteet saattoivat olla rauhattomia puhelimen soidessa ja kiireisempien asioiden keskeyttäessä vastaanottotilanteita. Myös odottamassa olevat tärkeät tehtävät ja työn paljous häiritsivät hoitajan antautumista neuvontatyöhön. Kokopäiväinen neuvontatyö paransi hoitajien mukaan oleellisesti mahdollisuutta keskittyä neuvontaan ja yhteen asiakkaaseen kerrallaan. Muiden töiden jäätyä pois myös työn kehittämiseksi koettiin olevan uudenlaiset mahdollisuudet.

Alueen väestömäärä vaikuttaa siihen, kuinka paljon yhtä asiakasta kohden voi aikaa käyttää. Käytettävissä oleva aika puolestaan vaikuttaa hoitajien mukaan toimintatapaan. Ennen uusia työjärjestelyitä asiakasmäärä oli valtava neuvontatyöhön varattuun työaikaan nähden. Hoitajien oli tällöin rajoitettava asiakaskäyntien kestot mahdollisimman lyhyeksi. Periaatteessa he olisivat voineet pidentää viidentoista minuutin mittaisia vastaanottoaikojaan, mutta käytännössä se olisi tarkoittanut sitä, että asiakkaat olisivat joutuneet jonottamaan hoitajan vastaanotolle pääsyä kuukausia. Lyhyen vastaanottoajan kerrottiin kuluneen nopeasti verenpaineen tai verensokerin mittaamiseen ja tosiasioiden kertomiseen. Kun aika kului rutiininomaisten tehtävien suorittamiseen, hoitajalla ei ollut käytännössä mahdollisuutta kohdentaa neuvontaa

yksilöllisesti. Neuvonnasta tuli yleispätevää ja homogeenista. Lyhyet vastaanottoajat tekivät hoitajien mukaan asiakkaasta passiivisen osapuolen, sillä asiakkaalla ei juuri ollut mahdollisuutta osallistua neuvontatapahtumaan.

Hoitajat olivat kokeneet epäsuhdan työn määrän ja käytettävissä olevien ajallisten resurssien välillä hyvin kuluttavana. Neuvontatyö muuttui vähitellen suorittamiseksi, usein pelkäksi verenpaineen mittaamiseksi. Hoitajat ahdistuivat ja turhautuivat, sillä he kokivat, etteivät he kyenneet tekemään työtään niin hyvin kuin olisivat osanneet tai halunneet. Työstä katosi vähitellen mielekkyys, hoitajat väsyivät ja ylikuormittuivat ja he ajautuivat tekemään työtä vanhan kaavan mukaan. Työn tavoitteita tai kehittämistä ei ollut aikaa miettiä. Uusien työjärjestelyjen myötä hoitajat kokivat työnsä edellytysten huomattavasti kohentuneen, vaikka resurssit olivat edelleen niukat. Erityisen tärkeäksi parannukseksi koettiin uusi mahdollisuus keskittyä pelkästään neuvontatyöhön. Työmotivaatio oli nyt aiempaa parempi ja työtä haluttiin kehittää edelleen asiakaskeskeisemmäksi ja suunnitelmallisemmaksi. Suunnitelmallisemman terveysneuvonnan uskottiin hyödyttävän sekä yksittäistä asiakasta että koko yhteiskuntaa.

*”Kyllä sen eron huomaa, kun tekee tätä täyspäiväisesti, et oma työskentelytapa on erilainen, mut myöskin se motivaatio on erilainen... Et jokaisen asiakkaan kohdalla pysähtyy nyt miettimään muutakin kun sen lukeman, minkä on saanu. Et ennen kun oli niin kiire, niin se ei ollu kokonaisvaltaista ajattelua ja työskentelyä.”*

## **Normit ja ohjeet**

Erilaisilla yhteiskunnallisilla sekä organisaation sisäisillä normeilla ja ohjeilla on vaikutusta siihen, millaiseksi neuvontatyö muodostuu. Tämän tutkimuksen mukaan neuvontatyötä ohjaavat **lait, suositukset ja kansanterveysohjelmat, hoitopolut** sekä **organisaation omat sisäiset ohjeet**.

### ***Lait, hoitosuositukset ja kansanterveysohjelmat***

Hoitajien mukaan kansanterveyslaki sekä laki potilaan oikeuksista luovat perustan neuvontatyölle. Kunnan velvollisuus antaa terveysneuvontaa perustuu kansanterveyslakiin. Hoitajilla oli pitkä työkokemus ja osa heistä oli kokenut kansanterveyslain voimaantulon merkittävän tärkeänä terveysneuvonnan kehittymisen kannalta. Nykyään lain merkityksen todettiin väljähtyneen valtakunnallinen ohjauksen höllennyttyä ja kuntien itsehallinnon lisääntyttyä. Yh-

teiskunnan ohjaavien tekijöiden todettiin käyneen aiempaa epäselvemmiksi. Lakia potilaan oikeuksista hoitajat pitivät tärkeänä ohjenuoranaan neuvontatyössä.

*”Se laki potilaan oikeuksista, kun sitä käyttää maalaisjärkee soveltaen, niin sillä pärjää kyllä hyvin pitkälle.”*

Hoitajat tiedostivat lain velvoittavan heitä neuvontatyössä, sillä lain mukaan asiakkailla on oikeus saada tietoa sairaudesta ja myös terveydestä. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden katsottiin myös perustuvan potilaslakiin, sillä lain mukaan asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta.

Lakien ohella neuvontatyötä ohjasivat hoitosuositukset sekä valtakunnalliset kansanterveysohjelmat ja hankkeet. Siitä, miten valtakunnalliset kansanterveysohjelmat tai Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin antamat ohjeet neuvontatyöhön vaikuttivat, hoitajat eivät esittäneet konkreettisia esimerkkejä. Kansanterveysohjelmien tavoitteiden koettiin kuitenkin tukevan omaa työtä. Hoitajat toivoivat, että työyhteisössä käytäisiin keskustelua valtakunnallisten ohjelmien sisällöistä ja tavoitteista. He uskoivat, että valtakunnallisten kansanterveysohjelmien paikallinen soveltaminen jäsentäisi neuvontatyötä ja kehittäisi sen sisältöjä.

Hoitajien mukaan neuvontatyössä toimittiin sairauskohtaisten käypä hoito -suositusten mukaisesti, vaikka organisaation taholta niitä ei oltu ohjattu käyttämään. Käypä hoito -suositusten nähtiin selkeyttävän hoitokäytäntöjä. Hoitajat toivoivatkin, että käypä hoito -suositukset otettaisiin organisaatiossa virallisesti käyttöön, jotta asiakkaiden saama hoito olisi yhdenmukaista. Käypä hoito -suositukset koettiin hoitoa selkiyttäväksi, mutta eri sairauksiin liittyvät nopeassa tahdissa vaihtuvat epävirallisemmat dieetti- ja hoitosuositukset koettiin neuvontatyössä ongelmallisiksi. Nopean tiedonvälityksen seurauksena eritasoisten tutkimusten tulokset ovat välittömästi kaiken kansan saatavilla. Hoitajat kokivat tutkimustulosten luotettavan arvioinnin ongelmalliseksi ja he kertoivat olevansa aika ajoin epävarmoja uusien ristiriitaisien hoitosuositusten pätevydestä. Tärkeäksi koettiin se, että asiakkaille annetut hoito-ohjeet kyettäisiin perustelemaan luotettavasti.

Tämän tutkimuksen kohdeorganisaation sairaanhoitopiirissä oli sitouduttu aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyohjelman (DEHKO, Diabetesliitto, 2000) toteuttamiseen. Tutkimuksen kohdeorganisaatioon oli perustettu hoitajan toimia diabeteksen ennaltaehkäisyä silmällä pitäen, lisäksi kaikki aikuisten parissa työskentelevät hoitajat olivat saaneet koulutusta diabeteksen ehkäisyohjelmaan liittyen. Hoitajat kertoivat organisaationsa edellyttävän hoitajien paneutu-

van asiaan. Diabeteksen ehkäisyohjelman todettiin sisältävän tarkkoja tavoitteita ja toimintamalleja hoitajien toiminnalle. Sen todettiin ohjaavan asiakkaaksi pääsyä riskipisterajoin. Hoitajat olivat myös laatineet itselleen selkeän apuvälineen, oman sapluunan, ohjaamaan diabeteksen ehkäisyyn liittyviä neuvontakäyntejä. Neuvontakäyntien aikana oli tarkoitus kartoittaa kaikki sairastumisriskin kannalta merkittävät elämäntavat, kuten ravitsemus, liikunta, tupakointi, alkoholin käyttö sekä myös asiakkaan valmius elämäntapamuutoksiin.

*”Perusasioita pitäisi pystyä käymään tietyn asian tiimoilta läpi. Et tule esimerkiksi ravitsemuksen osalta käytyä kaikki osa-alueet lävitse... Kyl sitä yritetään ainakin jollain tavalla sivuta kaikkea.”*

Tarkoitus oli käydä läpi kartoitus- ja tietopaketti ja saada elämäntapojen muutosprosessi alkuun. Hoitajat kertoivat etenevänsä työssään diabeteksen ehkäisyohjelman sapluunan mukaan, mutta asiakkaan lähtökohdista. Hoitajien mukaan DEHKO:n selkeät tavoitteet ja toimintamallit tuntuivat hyvältä. Ne selkeyttivät työtä ja tekivät työstä mielekästä. Selkeän tehtävän koettiin vahvistavan hoitajan identiteettiä.

### ***Organisaation omat ohjeet ja hoitopolut***

Organisaation omat sisäiset ohjeet vaikuttavat luonnollisesti neuvontatyöhön. Hoitajien mukaan organisaation sisäisissä laboratorio- ja materiaali-ohjeissa painottuivat taloudelliset seikat. Asiakkaille jaettavan maksullisen materiaalin käyttöä oli harkittava tarkoin ja myös laboratoriokokeita määrätessään oli pidettävä mielessä taloudellisuus. Hoitajilla oli rajoitettu oikeus lähettää asiakkaita laboratoriokokeisiin. Tällaista järjestelyä hoitajat pitivät hyvänä, sillä se toi positiivisia rajoja heidän työhönsä: kaikkeen ei tarvinnut ottaa itse kantaa. Hoitajat olivat sisäistäneet säästävällisen toimintatavan. He ennakoivat laboratoriokustannusten lisääntyvän diabeteksen ehkäisyohjelman myötä ja pohtivat tuleeko laboratoriokäytäntöihin lisää rajoituksia, sillä sosiaali- ja terveystoimen budjetin tiedettiin olevan tiukka.

Vastaanottokäynteihin liittyvät organisaation sisäiset ohjeet liittyivät ikäkausiterveystarkastuksiin. Terveystarkastuksia varten annetut ohjeet selkeyttivät hoitajien mukaan työtä, vaikka terveystarkastusten tavoitteettomuuden suhteen esitettiin kritiikkiä. Myös organisaation sisäisten eri potilasryhmiä koskevien hoitopolkujen todettiin selkeyttävän ja yhtenäistävän hoitokäytäntöjä neuvontatyössä. Hoitajat kokivat hoitopolkujen tukevan työtä.

*”Kyllä ne (hoitopolut) tukee. Mä koen ne sillä tavalla, että ne niinku tuo semmosta turvaa, kun on ohjeet, miten toimia. Ja kyllähän se tavallaan yhtenäistääkin tätä hommaa täällä.”*



Tässä tutkimuksessa hoitajat toivoivat selkeämpiä ohjeita ja yhtenäisempiä toimintamalleja oman työnsä jäsentämiseksi. Hoitajat olivat huolissaan neuvontatyön tason säilymisestä, koska työtä ohjaavia organisaation omia toimintamalleja ei käytännössä juuri ollut eikä yhteisistä ”pelisäännöistä” oltu sovittu. Hoitajat uskoivat, että väljät ja sovellusmahdollisuuksia tarjoavat yhteiset ”pelisäännöt” riittäisivät yhdenmukaistamaan käytäntöjä. Tiukkoja ja toimintaa jäykistäviä ohjeita ei kaivattu. Hoitajien mukaan yhdessä sovitut organisaation sisäiset toimintamallit tekisivät työstä johdonmukaisempaa, yhdenmukaisempaa ja tehokkaampaa. Esimerkiksi verenpainetautia sairastavien asiakkaiden kohdalla seurantakäyntien tiheyttä olisi mahdollista yhdenmukaistaa yhdessä sovittujen toimintamallien avulla. Näin hoitajien turhiksi kokemia käyntejä olisi mahdollista karsia ja asiakkaillekin voisi perustella käyntien tarpeellisuutta yhdenmukaisin kriteerein. Hoitajien mukaan yhdessä sovitut organisaation sisäiset toimintamallit auttaisivat jäsentämään työtä. Ne myös tukisivat hoitajia neuvontatyössä. Käytännön toiminnan jäntevöittämiseksi hoitajat toivoivat potilastietojärjestelmään sivustoa, johon voisi lyhyesti kirjata neuvontakäynneillä läpikäytyjä asioita. Tällainen sivusto toimisi parhaimmillaan hoitajien muistin tukena. Sivusto myös helpottaisi yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa.

## **Organisaation sosiaalinen rakenne**

Organisaation sosiaalinen rakenne ohjaa neuvontatyötä välillisesti luomalla tai mahdollisesti kuluttamalla neuvontatyötä tekevien hoitajien voimavaroja. Tässä tutkimuksessa organisaation sosiaalisella rakenteeksi on nimetty esimiehiltä ja kollegoilta saatu **sosiaalinen tuki** sekä **yhteistyö**.

Hoitajien mukaan esimieheltä saatu tuki olisi tärkeää itsenäisessä neuvontatyössä ja työn kehittämässä. Hoitajien kokemus kuitenkin oli se, että esimiehet ovat täystyöllistettyjä hallinnollisten asioiden kanssa niin, etteivät he ehdi paneutua käytännön neuvontatyön kehittämiseen vaikka sitä haluaisivatkin. Hoitajien mukaan ylihoitajien mahdollisuutta paneutua esimerkiksi aikuisten neuvontatyön haasteisiin vaikeutti myös se, että ylihoitajien toiminta oli alueellista, jolloin heidän vastuullaan oli liikaa erilaisia työmuotoja. Esimiehiltä saatu tuki jäi hoitajien mukaan hyvin vähäiseksi.

Kollegoilta saamaansa tukeen hoitajat olivat melko tyytyväisiä. He totesivat työyhteisönsä kannustaviksi. Kahvipöytäkeskusteluissa voitiin konsultoida kollegoita ja saada tukea vai-

keissa tilanteissa. Hoitajat kutsuivat työtovereilta saamaansa tukea kollegiaaliseksi työnohjaukseksi. Työtovereilta saatu kannustava palaute koettiin palkitsevaksi. Hoitajat kokivat saavansa työyhteisöissään sosiaalista tukea kollegoiden keskeisen epävirallisen yhteistyön kautta. Virallisemmalle yhteistyölle ei sen sijaan ollut aina foorumia. Vaikka osa hoitajista piti viikoittaisia kokouksia toiminnan koordinoimiseksi kollegoiden kesken, kaikilla ei tällaista mahdollisuutta ollut. Yhteisten kokousten todettiin olevan vain ilmoitusluontoisia asioita varten ja aiemmin toimineen terveyskasvatustyöryhmänkin kerrottiin kuihtuneen pois. Myös yhteistyön lääkäreiden kanssa todettiin olevan vähäistä.

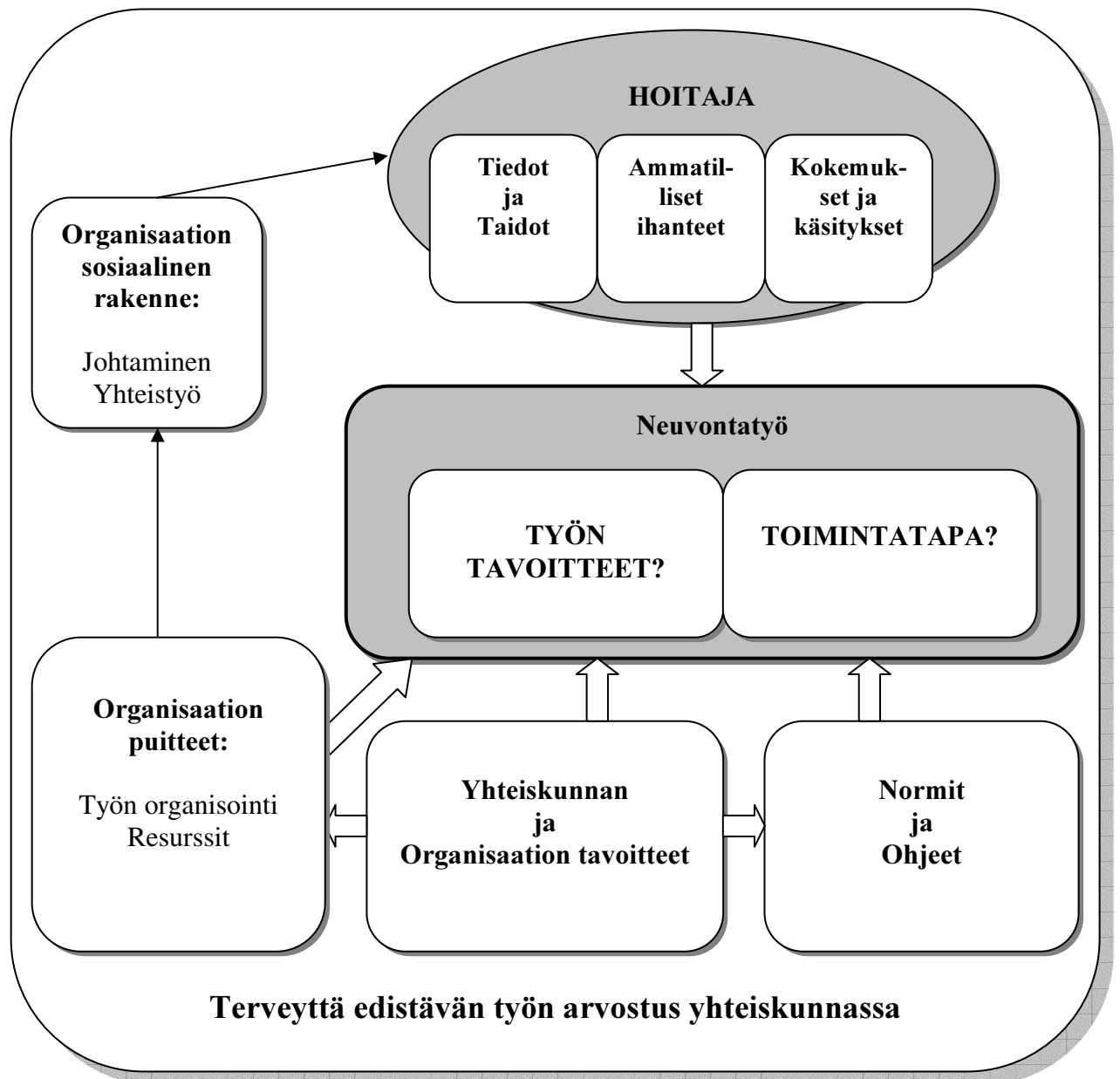
Hoitajat toivoivat, että yhteistyötä sekä omien kollegoiden että muiden ammattiryhmien kesken voitaisiin parantaa. Yhteistyön esteiksi mainittiin ajanpuute sekä eri ammattiryhmien erilaiset näkemykset työn luonteesta ja tavoitteista. Hoitajien mukaan lääkärit käsittävät terveyden mekanistisesti sairauden puuttumiseksi kun taas heille itselleen oli tärkeää myös asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen. Hoitajien mukaan yhteistyön lisääminen mahdollistaisi neuvontatyön kehittämisen ja yhteisistä tavoitteista sopimisen. Uusien asioiden ja käytäntöjen toteuttamisen todettiin vaativan koko työryhmän yhteistä keskustelua, jolloin asioita voitaisiin yhdessä pohtia ja niistä voitaisiin sopia. Aika ajoin olisi myös tärkeää yhdessä arvioida, kuinka sovitut asiat toimivat käytännössä.

## **Yhteenveto neuvontatyötä ohjaavista tekijöistä**

Hoitajan ammatillinen tietotaito, hänen ammatilliset ihanteensa sekä henkilökohtaiset kokemuksensa ja käsityksensä ohjasivat tämän tutkimuksen mukaan neuvontatyötä. Lääketieteellinen epidemiologinen tieto sairauksien riskitekijöistä jäsensi hoitajien neuvontatyötä, muun terveystieteellisen tiedon käyttö oli jäsentymätöntä. Hoitajien pyrkimyksenä oli toimia asiakaskeskeisesti niin, että he huomioivat asiakkaan yksilölliset tarpeet ja kunnioittavat asiakkaan itsemääräämisoikeutta.

Henkilökohtaisten ja ammatillisten tekijöiden ohella neuvontatyön tekemisen tapaan ja tavoitteisiin vaikuttivat yhteiskunnalliset ja organisatoriset tekijät, joita tämän tutkimuksen mukaan olivat neuvontatyön arvostus, yhteiskunnan ja organisaation tavoitteet, organisaation puitteet, normit ja ohjeet sekä organisaation sosiaalinen rakenne. Neuvontatyön arvostus sekä lainsäädäntö luovat neuvontatyölle perustan. Hoitajien käsityksen mukaan yhteiskunnan tavoitteena on kohentaa kansanterveyttä siten, että neuvontatyön avulla pyritään vaikuttamaan

sairauksien riskitekijöihin väestössä. Yhteiskunta tavoittelee sairauksien ehkäisyä myötä myös taloudellisia säästöjä. Organisaation neuvontatyötä ohjaavat tekijät olivat tässä tutkimuksessa jäsentymättömiä ja hoitajat kaipasivat niiden selkeyttämistä. Selkeitä tavoitteita ja toimintaohjeita neuvontatyölle tarjosi lähes ainoastaan diabeteksen ehkäisyohjelma. Organisaation tehtäväkeskeinen työnjako sekä riittämättömäksi koetut resurssit ehkäisivät asiakaskeskeistä toimintatapaa. Selkeät yhdessä sovitut tavoitteet sekä yhdessä sovitut toimintatavat jäsentäisivät ja selkeyttäisivät hoitajien mukaan neuvontatyötä. Yhteenveto neuvontatyötä ohjaavista tekijöistä esitetään kuviossa 10.



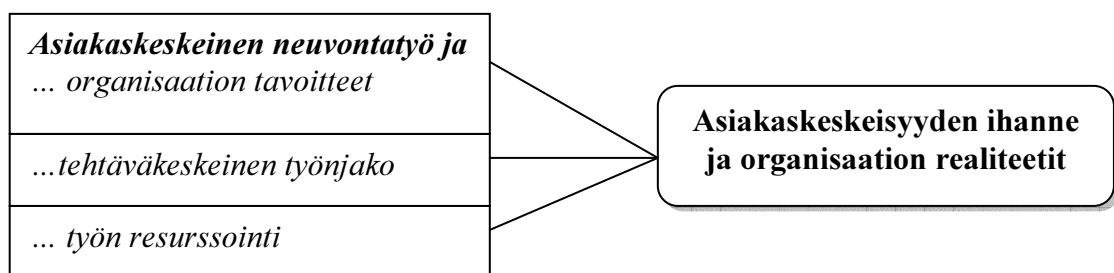
Kuvio 10. Neuvontatyötä ohjaavat tekijät.

## 7.4. Neuvontatyöhön liittyviä eettisiä näkökulmia

Tässä tutkimuksessa terveysneuvontaa tarkastellaan toimintana, jossa hoitajien eettiset valinnat toteutuvat hoitotyön arjessa. Haastateltujen hoitajien mukaan neuvontatyötä ohjaavat tekijät olivat suurelta osin yhdenmukaisia heidän omien käsitysten kanssa. Hoitajat kuvasivat kuitenkin joitain ristiriitoja omien ihanteidensa sekä organisaation ohjaavien tekijöiden välillä. Näitä eettisiä ristiriitoja hoitajien **ihanteiden ja organisaation realiteettien suhteesta** kuvataan luvussa 7.4.1. Hoitajien käsitys **neuvontatyötä oikeuttavista tekijöistä** on myös tärkeä osa neuvonnan etiikkaa. Neuvontatyötä oikeuttavat tekijät kuvataan luvussa 7.4.2. Tutkimusaineistosta esille nousseita kysymyksiä **terveyden arvosta** kuvataan luvussa 7.4.3. Yhteenvetotaulukko neuvontatyöhön liittyvistä eettisistä näkökulmista esitetään liitteessä 7.

### 7.4.1 Asiakaskeskeisyyden ihanne ja organisaation realiteetit

Tähän tutkimukseen osallistuneiden hoitajien pyrkimyksenä oli tehdä työnsä mahdollisimman hyvin. He ilmaisivat pitävänsä ihanteenaan asiakaskeskeistä neuvontatyötä. Hoitajien pyrkimystä asiakaskeskeisyyteen rajoittivat kuitenkin tämän tutkimuksen mukaan **organisaation tavoitteet, tehtäväkeskeinen työnjako** sekä **työn resurssointi** (kuvio 11). Hoitajan neuvontatyötä ohjaavia ihanteita on kuvattu tulososion luvussa 7.3.1. ja organisaation neuvontatyötä ohjaavia realiteetteja luvussa 7.3.2. Tässä luvussa kootaan yhteen niitä eettisiä ristiriitoja, joita organisaation neuvontatyötä ohjaavat tekijät neuvontatyöhön tuottivat.



Kuvio 11. Asiakaskeskeisyyden ihanne ja organisaation realiteetit.

#### *Asiakaskeskeinen neuvontatyö ja organisaation tavoitteet*

Hoitajien käsitystä organisaation tavoitteista on kuvattu luvussa ”Organisaation asettamat tavoitteet ja niiden seuranta”. Hoitajat kokivat ongelmalliseksi sen, etteivät organisaation neuvontatyölle asettamat määrälliset tavoitteet tukeneet heitä heidän pyrkimyksessään asiakaskeskeiseen työtapaan. Hoitajien kokemuksen mukaan organisaatiossa kiinnitettiin huomiota

lähinnä asiakkaiden hoitoon pääsyn riipeyteen sekä asiakasmääriin. Asiakasmääriä ja terveystarkastusten määriä tarkkailtiin, mutta hoidon laatuun ja sisältöön ei hoitajien mukaan huomiota juuri kiinnitetty. Kun neuvontatyön sisältöä koskevia yhteisiä tavoitteita ei organisaatiossa juuri ollut eikä hoitotyön laatua koskevia harvoja tavoitteita koettu riittävän konkreettisiksi, korostuivat organisaation ohjaavissa tekijöissä määrälliset elementit. Tämän hoitajat kokivat ongelmalliseksi, sillä asiakkaiden määrän lisääntyessä asiakaskeskeisen työn mahdollisuuksien koettiin vähenevän. Asiakkaita huomioiva neuvontatyö vaatii aikaa ja rauhaa, tätä ei organisaatiossa hoitajien mukaan aina riittävästi huomioitu. Hoitajat ymmärsivät kyllä organisaation taloudellisuuteen perustuvat tehokkuusvaateet, mutta olivat jossain määrin turhautuneita sen suhteen, että muunlaisia tavoitteita ei ollut. Hoitajat kokivat omien ihanteidensa olevan ristiriidassa organisaation tehokkuustavoitteiden kanssa.

*”Kyllä tää (neuvontaan tarvittava) aika ja (vastaanottojen) määrä tässä riitelee, en mä voi hoitaa kun yhden asiakkaan kerrallaan.”*

Organisaation määrällisten tavoitteiden ohella hoitajien pyrkimystä asiakaskeskeiseen neuvontatyöhön näyttivät tämän tutkimuksen mukaan rajoittavan DEHKO-ohjelman mukaiset jäykät tavoitteet ja toimintamallit. Organisaation tavoitteisiin kuului diabeteksenehkäisyohjelman onnistuminen. Hoitajat olivat sitoutuneita ohjelman toteuttamiseen, mutta ohjelman tavoitteiden todettiin olevan usein ristiriidassa asiakkaiden ajatusten ja tavoitteiden kanssa. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä lähtemään työssään asiakkaiden tarpeista. Työtä ohjasivat kuitenkin vahvasti myös diabeteksen ehkäisyohjelman mukaiset tavoitteet elämäntapamuutoksista. Jos asiakas ei ollut kiinnostunut muutoksista, hoitajat saattoivat todeta, että ne eivät olleet ajankohtaisia asiakkaan elämässä. Ohjelman tavoitteista ei silti kokonaan luovuttu. Asiakaskeskeisyyttä voidaan siten sanoa toteutetun diabeteksen ehkäisyohjelman ehdoin.

*”Mä pyrin niinku luovimaan... Sen dehkon suuntaisesti, mut potilaan ehdoilla.”*

### ***Asiakaskeskeinen neuvontatyö ja tehtäväkeskeinen työnjako***

Hoitajat huolehtivat oman alueensa asiakkaiden terveysneuvonnasta, mutta käytännössä mahdollisuutta pitkäjänteiseen ja asiakaskeskeiseen työhön rajoittivat organisaation tehtäväkeskeiset työnjakojärjestelyt. Aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyyn erikoistuneiden hoitajien asiakaskeskeistä työtä ehkäisi heidän työnkuvansa. Hoitajien tehtävänä oli aloittaa diabeteksen ehkäisyinterventio kartoittamalla asiakkaan elämäntavat ja käymällä läpi informaatiopaketti parin neuvontakerran aikana. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä asiakaskeskeiseen toiminta-

tapaan. Asiakaskeskinen toimintatapa näytti käytännössä kuitenkin tarkoittavan sitä, että diabeteksen riskitekijöitä pyrittiin vastaanotoilla tarkastelemaan asiakkaan näkökulmasta.

Riskitiedon saatuaan asiakkaat pääsivät joustavasti neuvontaan diabeteksen ehkäisyyn erikoistuneiden hoitajien luokse, mutta saatuaan alkuinformaation asiakkaat ohjattiin jatkohoittoon ryhmään tai oman alueen terveydenhoitajalle. Hoitajat pohtivat asiakassuhteiden pirstoutumista. Vaikka heillä oli vasta lyhyt kokemus uudesta työnkuvastaan, he pohtivat lyhyiden asiakassuhteiden ongelmallisuutta. Tuloksellisen terveystiedon tiedettiin vaativan jatkuvuutta, jota uusi järjestelmä ei suonut. Hoitosuhteiden pirstaleisuus huoletti hoitajia erityisesti mielenterveydellisiä ongelmia omaavien asiakkaiden kohdalla, sillä riskitiedon saaminen lisää usein ahdistuneisuutta. Hoitajat kokivat riittämättömyyttä, koska asiakkaat eivät voineet jäädä heidän hoidettavakseen. He olivat huolissaan myös jatkohoidon resursseista, sillä alueiden terveydenhoitajien mahdollisuudet ottaa vastaan uusia asiakkaita tiedettiin hyvin rajallisiksi.

Laajempaa neuvontatyötä tekevilla hoitajilla oli mahdollisuus rakentaa pidempiaikaisia asiakassuhteita, mutta hekin kokivat työnkuvansa rajoittavan asiakaskeskeistä työtapa. Hoitajien tehtävänä oli tarjota alueensa asukkaille terveystiedon neuvontaa. He kokivat velvollisuudekseen ottaa asiakkaidensa kanssa puheeksi elämäntapoihin liittyvät terveysriskit, mutta asiakkaiden elämäntilanteet olivat hoitajien mukaan usein sellaisia, että he joutuivat pohtimaan, onko elämäntapoihin liittyvä terveystiedon neuvonta ajankohtaista. Hoitajat kokivat tämän toisinaan hyvin vaikeaksi. Toisaalta hoitajat näkivät asiakkaan vaikean elämäntilanteen ja ymmärsivät hänen vähäiset voimavaransa, toisaalta taas hoitajilla oli myös huoli elämäntapoihin liittyvistä terveysriskeistä. Hoitajat tiesivät elämäntapamuutosten vaativan otollista elämäntilannetta ja runsaasti voimavaroja. He tiesivät myös, että vaikeassa elämäntilanteessa tieto terveysriskeistä todennäköisesti lisää asiakkaan painolastia. Kaikesta huolimatta hoitajat kuitenkin kokivat velvollisuudekseen terveystiedon välittämisen. Hoitajat pohtivat, mikä on asiakkaan etu kyseisessä tilanteessa. He pohtivat myös, miten omaan velvollisuuteen kertoa terveysriskeistä tulisi tällaisessa tilanteessa suhtautua.

Hoitajat olivat sopeutuneet rooliinsa tarjota asiakkaille elämäntapoihin liittyvää terveystiedon neuvontaa. Osa haastatelluista hoitajista kuitenkin pohti kriittisesti omaa työnkuvaansa ja oman työnsä mahdollisuuksia. Kriittisesti suhtautuvien hoitajien kokemuksena oli, että he voivat

tarjota vain suppeaan elämänalaan liittyvää neuvontaa ja tukea, vaikka asiakkaiden tarpeet todellisessa elämässä ovat hyvin monenlaisia.

*”Me tarjotaan vaan tätä osioo, että se on meidän tehtävä... Että mä en voi sitten tarjota semmosta, mitä ne asiakkaat tarviis, että siihen lähtöön ei sitten ookkaan niitä avaimia.”*

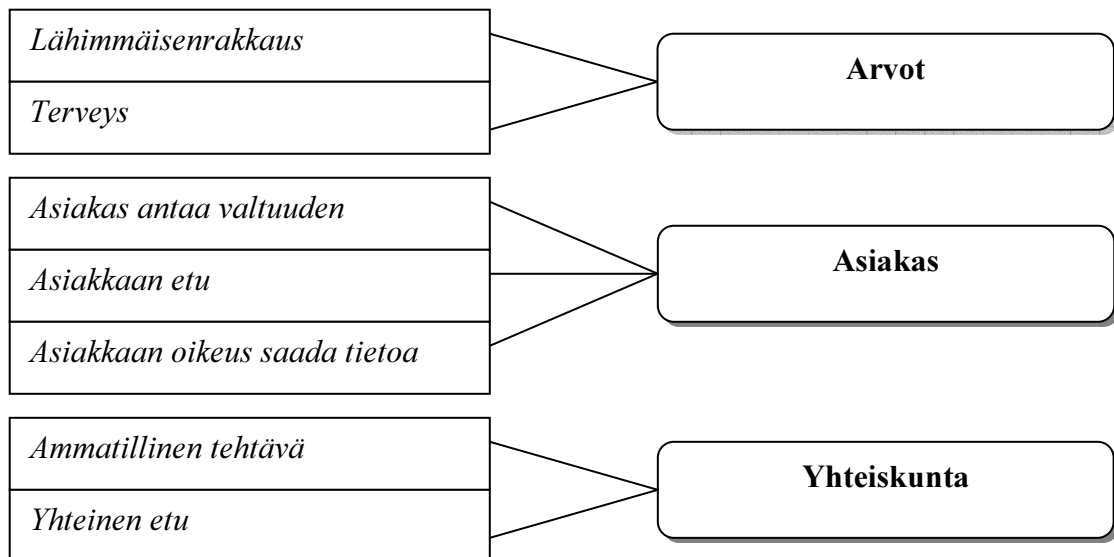
Osa hoitajista koki, ettei heillä ollut todellisia mahdollisuuksia vastata asiakkaiden tarpeisiin, sillä vastaanottotyössä ajalliset resurssit ovat niukat, eikä oman tietotaidonkaan koettu riittävän asiakkaiden elämäntilanteisiin liittyvien vaikeiden tilanteiden selvittelyyn. Hoitajat kokivat riittämättömyyttä voidessaan ainoastaan ohjata asiakkaita eteenpäin. Nämä hoitajat olivatkin sitä mieltä, ettei heidän vastaanottotyössään voida puhua todellisesta asiakaslähtöisyydestä ja asiakkaiden kokonaisvaltaisesta huomioimisesta.

### *Asiakaskeskeinen neuvontatyö ja työn resurssointi*

Organisaatiossa muutamaa kuukautta ennen tutkimuksen aineistonkeruun ajankohtaa tehtyjen työjärjestelyjen johdosta aikuisten neuvontatyöhön käytettävissä olevat resurssit olivat lisääntyneet. Hoitajat olivat ennen kyseisiä muutoksia kokeneet ristiriitaa riittämättömiksi koettujen resurssien ja asiakaskeskeisen työtavan ihanteen välillä. Huolimatta siitä, että resurssit olivat edelleen niukat, kuvasivat hoitajat uusien työjärjestelyjen kohentaneen huomattavasti heidän mahdollisuuttaan toteuttaa asiakaskeskeisempää neuvontatyötä. Erityisen tärkeäksi parannukseksi koettiin uusi mahdollisuus keskittyä neuvontaan kokopäiväisesti. Myös asiakkaiden vastaanottoaikojen pidentäminen mahdollisti hoitajien mukaan asiakaskeskeisemmän työotteen. Tarkempi kuvaus hoitajien käsityksestä neuvontatyötä ohjaavista resursseista löytyy luvusta ”Resurssit ja työnjako vaikuttavat toimintatapaan”.

### **7.4.2. Neuvontatyötä oikeuttavat tekijät**

Hoitajien suhtautuminen terveysneuvonnan oikeutusta koskevaan haastattelukysymykseen vaihteli. Osa hoitajista oli pohtinut asiaa aiemmin, mutta osalle hoitajista kysymys näytti tuntuvan oudolta ja hiukan hämmäntävältä. Tässä tutkimuksessa esille nousseet terveysneuvontatyölle oikeutuksen antavat tekijät ryhmiteltiin **arvoihin**, **asiakkaalta** tulevaan oikeutukseen sekä **yhteiskunnan** suomaan valtuuteen puuttua jäsentensä terveyteen liittyviin kysymyksiin (kuvio 12).



Kuvio 12. Neuvontatyötä oikeuttavat tekijät.

## Arvot

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan neuvontatyötä perustelevia ja sille oikeutuksen antavia arvoja olivat **lähimmäisenrakkaus** sekä **terveys**. Hoitajien mukaan neuvontatyön oikeutus nousee puhtaasta ja pyyteettömästä auttamisenhalusta. Halu auttaa kertoo välittämisestä ja se perustuu viime kädessä kristilliseen lähimmäisenrakkauteen.

*”...kyllähän siin ihan tämmönen kristillinen näkökulma on, et kyllähän se tavallaan kertoo semmosesta välittämisestä.”*

Lähimmäisenrakkauden takia hoitajat eivät voineet suhtautua välinpitämättömästi ihmisten kohtaloihin, vaan he halusivat kertoa asiakkailleen millaisia terveysriskejä asiakkailta on. Tärkeää oli myös kertoa, kuinka terveysriskeihin voidaan hoitajien tietämyksen mukaan vaikuttaa. Lähimmäisenrakkautta kuvasi myös hoitajien pyrkimys toimia ns. kultaisen säännön mukaan. Pyrkimyksenä oli tällöin tehdä toiselle niin kuin toivoisi itselleen tehtävän. Hoitajat eivät halunneet ajatella, että yhteiskunnassa näkyvästi esille nouseva taloudellisen edun tavoittelu olisi terveyden edistämistyön ainoa vaikutin. He uskoivat, että terveyttä edistävä hoitotyö perustuu viime kädessä lähimmäisestä välittämiseen, vaikka julkisuudessa asiaa saatetaankin perustella taloudellisten hyötyjen avulla.

Lähimmäisenrakkauden ohella neuvontatyötä oikeutti terveys tärkeänä arvona. Terveys on hoitajien mukaan niin tärkeä asia, että asiakkaiden on saatava tietoa, jotta he voivat suojella terveyttään ja säästyä vaivoilta ja sairauksilta. Riski terveyden menettämisestä antoi hoitajien mukaan heille oikeuden ja myös velvollisuuden puuttua asiakkaan elämäntapoihin liittyviin



kysymyksiin. Terveiden menettämisen ymmärrettiin pahimmassa tapauksessa pilaavan elämän. Koska terveys ymmärrettiin tärkeäksi päämääräksi, koettiin sen edistämiseksi tehtävä työkin arvokkaaksi ja tärkeäksi. Terveiden suuri arvostus innoitti hoitajia työskentelemään asiakkaiden terveyden eteen. Hoitajien mukaan terveys on yksi tärkeimmistä arvoista ihmisten elämässä ja osa hoitajista nimesi sen kaikkein arvokkaimmaksi asiaksi omassa elämässään. Oman terveyden arvostaminen auttoi hoitajia arvostamaan myös asiakkaiden terveyttä.

## **Asiakas**

Arvojen ohella terveysneuvontatyön oikeutusta voidaan etsiä myös asiakkaan suunnalta. Hoitajien mukaan **asiakas voi itse antaa oikeuden** puuttua omaan terveyteensä liittyviin valintoihin, mutta neuvontatyötä voidaan perustella myös **asiakkaan edulla** sekä sillä, että **asiakkaalla on oikeus saada tietoa**.

Hoitajien mukaan asiakas antaa oikeuden puuttua terveyteensä liittyviin kysymyksiin tullessaan hoitajan vastaanotolle ja osoittamalla kiinnostusta asiaan. Neuvontatyössä pyritään etenemään asiakkaan osoittaman kiinnostuksen mukaan ja asiakkaan ilmaisemia rajoja pyritään kunnioittamaan. Asiakkailla on oikeus myös kieltäytyä ottamasta vastaan tarjottua tietoa. Asiakkaan antamaa valtuutusta puuttua omiin terveystottumuksiinsa ilmaisi varmimmin asiakkaan osoittama kiinnostus, mutta joidenkin hoitajien mukaan jo asiakkaan palveluiden tarve ja vastaanotolle tulo riittää oikeuttamaan terveysneuvonnan. Tätä hoitajat perustelivat sillä, että vastaanotolle saapuminen on vapaaehtoista. Toisaalta hoitajat kuitenkin mainitsivat, että kaikki eivät välttämättä tule vastaanotolle omasta vapaasta tahdostaan vaan lääkärin ”*käskystä*” tai sairauden pakottamana.

Asiakkaan antaman valtuutuksen ohella terveysneuvonnan oikeutusta voidaan perustella sillä, että on asiakkaan etu saada tietoa ja välttyä sairauksilta. Hoitajien mukaan ihmisten itsensä kannalta on parasta, että he säilyvät terveisinä, työkykyisinä ja voivat kokea itsensä tarpeelliseksi. Terveysneuvonnan oikeutus perustuu hoitajien mukaan myös siihen, että ihmisillä on oikeus saada terveyteensä liittyvää tietoa. Oikeus saada tietoa sairaudesta ja terveydestä perustuu potilaslakiin. Asiakkailla on siten oikeus saada ymmärrettävällä tavalla tietoa siitä, kuinka he voivat suojautua terveyttään uhkaavilta vaaroilta ja riskeiltä.

## **Yhteiskunta**

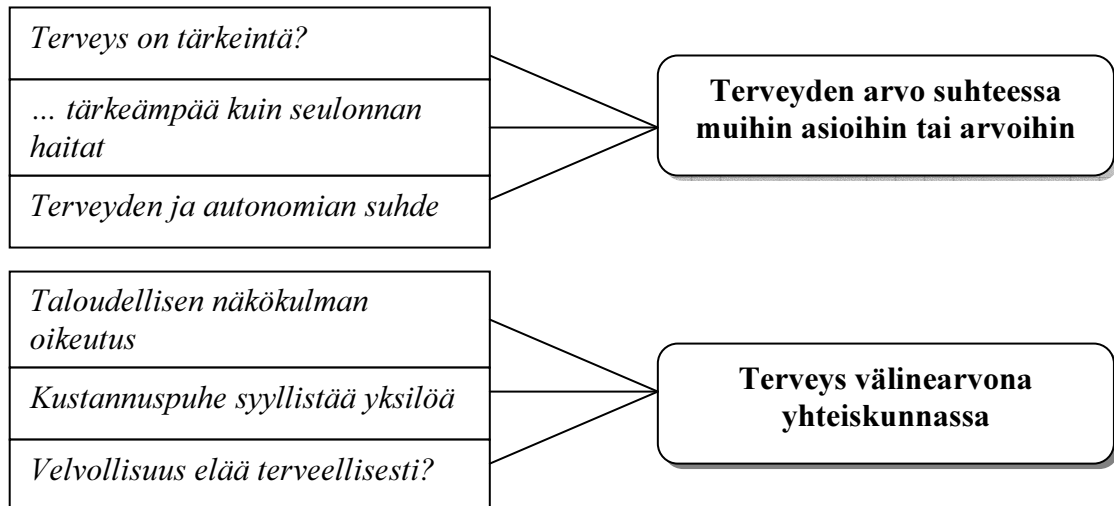
Hoitajien mukaan terveysneuvonnan oikeutus on peräisin myös yhteisöstä. **Hoitajan ammatillinen tehtävä** perustuu yhteiskunnan antamaan valtuutukseen ja tätä valtuutusta voidaan perustella **yhteiskunnan edulla**. Hoitajan oikeus puuttua asiakkaan terveyteen liittyviin kysymyksiin perustuu haastateltujen hoitajien mukaan heidän ammatillisiin tehtäviinsä, jotka ovat lakisääteisiä. Kansanterveyslaki velvoittaa kunnat järjestämään terveysneuvontaa. Kuntatyönantaja on puolestaan valinnut hoitajat toimiin, jotka on perustettu alueen väestön terveysneuvontaa varten. Hoitajilla on siten ammatillinen velvollisuus kertoa alueensa väestölle terveyteen liittyvistä riskeistä ja ohjata asiakkaitaan terveyttä edistävään elämäntapaan. Terveystieteiden ammattilaisina heillä on oikeus ja velvollisuus puuttua terveysriskeihin oman ammatillisen asiantuntemuksensa mukaisesti. Velvollisuus kertoa terveysriskeistä perustuu tällöin vastuulliseen työtehtävän hoitamiseen. Työtehtävään perustuvan velvollisuuden ohella hoitajia oikeuttaa toimimaan ammattiin liittyvä ammattikoulutus.

Haastateltujen hoitajien mukaan terveydenhoitajan työtehtävillä eli oikeudella ja velvollisuudella puuttua oman alueensa väestön terveyteen liittyviin kysymyksiin, on oma historiallinen perustansa. Terveystieteiden ammattilaisena juuret ja samalla myös terveyttä edistävän työn oikeutus nousee Suomessa sodanjälkeisestä ajasta. Terveystieteiden työllä oli tuolloin merkittävä vaikutus kansakunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitajien mukaan terveydenhoitotyön pitkä perinne on yksi tekijä, joka suo oikeuden puuttua väestön terveyteen liittyviin asioihin.

Hoitajat toimivat yhteiskunnan antamin valtuuksin terveysneuvontatyössään. Työhön kohdistettujen voimavarojen uskottiin hyödyttävän yhteiskuntaa kohenevan kansanterveyden sekä taloudellisten säästöjen muodossa. Hoitajien mukaan yhteiskunnallinen etu väestön kohenevana terveydentilana oikeuttaa heidät puuttumaan asiakkaidensa kansansairauksiin liittyviin terveystottumuksiin. Sairastavuuden vähenemiseen liittyvä yhteinen etu ilmenee väestön hyvinvoinnin lisääntymisen ohella myös taloudellisina säästöinä. Myös sairauksien hoidosta säästyvät kustannukset oikeuttavat siten hoitajat puuttumaan asiakkaidensa terveystottumuksiin. Sairauksien ehkäisyyn myötä saavutettavien terveydenhuollon kustannussäästöjen ymmärrettiin olevan jokaisen veronmaksajan yhteinen etu.

### 7.4.3. Terveyden arvo

Kun terveysneuvontaa tarkasteltiin eettisestä näkökulmasta, keskeiseksi nousivat terveyden arvoon liittyvät kysymykset. Hoitajat pohtivat **terveyden arvoa** ja sen merkitystä. Terveyden arvoa voitiin tutkimusaineistossa myös verrata **muihin asioihin tai arvoihin**. Lisäksi terveyden arvoa voitiin tarkastella **välinearvona yhteiskunnassa** (kuvio 13).



Kuvio 13. Terveyden arvo.

### Terveyden arvo suhteessa muihin asioihin tai arvoihin

Hoitajat kokivat terveyden yhdeksi kaikkein tärkeimmistä asioista ihmisten elämässä. Omassa elämässään hoitajat pitivät arvokkaimpana asiana omaa terveyttään ja pyrkivät pitämään siitä huolta kykyjensä ja parhaan tietämyksensä mukaan. Terveyden arvostus oli vaikuttanut jo hoitajien erikoistumisalan valintaan. Terveyden arvostusta olivat hoitajien mukaan edelleen lisänneet elämäkokemus sekä omat tai läheisten sairaudet. Oman terveyden arvostaminen auttoi hoitajien mukaan heitä arvostamaan myös asiakkaiden terveyttä. Se myös motivoi työskentelyä terveyden edistämiseksi. Tutkimusaineiston perusteella vaikutti kuitenkin siltä, että hoitajilla oli vaikeuksia erottaa omia arvostuksiaan asiakkaiden arvostuksista. Toisaalta hoitajat totesivat, etteivät heidän omat arvonsa ole asiakkaan arvoja, mutta toisaalta näytti siltä, että hoitajat olettavat asiakkaiden kokevan terveyden ja sen edellytykset samalla tavalla kuin he itsekin.

*”Yleensä ihmisillä kuitenkin terveys on arvostuksessa aika korkeella... niin sit tavallaan on hänen arvoissaan, et hän siinä kokee, et tää on niinku hänen oma etunsa.”*

Hoitajat olivat toisinaan turhautuneita ja heidän oli vaikea hyväksyä sitä, etteivät asiakkaat ole valmiita muuttamaan elämäntapojansa terveysriskejä vähentääkseen. He tuntuivat ajattelevan, että terveys ei ole asiakkaille tärkeä asia, jolleivät he ymmärrä sitä samalla tavoin lääketieteellisten riskien kannalta kuin hoitajat.

Terveyden tärkeyttä hoitajien omassa arvomaailmassa kuvasi myös hoitajien pohdinta seulonnan etiikan suhteen. Hoitajat pohtivat, onko oikein seuloa terveitä ihmisiä ja aiheuttaa heille huolta ja ahdistusta mahdollisesta tulevasta sairaudesta ennen aikojaan. Hoitajat miettivät, mitä ennenaikainen huoli sairaudesta aiheuttaa ihmisten henkisellet hyvinvoinnille. He olivat nähneet työssään, että suuri osa riskitiedon saaneista ihmisistä säikähtää. Joillekin tieto sairausriskistä myös aiheuttaa ahdistusta. Erityisen huolissaan hoitajat olivat sellaisista asiakkaista, joilla ei ole riittävästi henkisiä voimavaroja muuttaa elämäntapojaan. Tällöin ihmisellä on tieto sairauden uhkasta, mutta ei välineitä vaikuttaa omaan tilanteeseensa. Riskitiedon saaminen voi tällaisissa tapauksissa johtaa psyykkisten ongelmien lisääntymiseen. Puntaroidessaan seulonnan hyötyjä ja haittoja hoitajat tulivat kuitenkin siihen tulokseen, että seulonnan avulla saatava terveyshyöty on kaikesta huolimatta arvokkaampi ja tärkeämpi asia kuin sen mahdolliset haitat.

*”Pienempänä pahana mä pidän sitä ennenaikaisen niinku ajatusta, että olenko mä sairas. Se ei mun mittapuussa paina niin paljon kun se, että hän kykenee niinku elämään pitempään terveenä.”*

Itsemääräämisoikeuden rajat nousivat esille hoitajien pohdinnoissa, kun he pohtivat oikeuttaan ja velvollisuuttaan puuttua asiakkaan elämään. Velvollisuus toimia asiakkaan puolesta ja hänen itsemääräämisoikeudestaankin välittämättä liittyi hoitajien mukaan yleensä ainoastaan itsetuhoisten asiakkaiden kohtaamiin. Muissa tapauksissa hoitaja on velvollinen kunnioittamaan asiakkaan autonomiaa. Asiakkaan autonomian kunnioittaminen tarkoitti hoitajien mukaan heidän työssään sitä, että asiakkaalla on oikeus elää lääketieteellisten kriteerien mukaan epäterveellistäkin elämää niin halutessaan. Asiakkaalla on myös oikeus olla välittämättä terveysriskeistään. Hoitajan velvollisuus on kuitenkin varmistaa, että asiakkaat ovat riskeistä tietoisia.

Kysymys itsemääräämisoikeuden rajoista voidaan ymmärtää kysymykseksi itsemääräämisoikeuden ja terveyden suhteesta. Joidenkin hoitajien ajattelussa käsitys asiakkaan täydestä itsemääräämisoikeudesta ja hoitajien käyttämien toimintatapojen oikeutuksesta näytti liittyvän

asiakkaan terveydentilaan. Joidenkin hoitajien käsitysten mukaan hoitajan oikeus käyttää suostuttelevaa toimintatapaa, joissain tapauksissa jopa asiakkaan painostamista, oli riippuvainen asiakkaan terveystilasta. Vaikka ylipaino on terveystilasta, sen suhteen asiakkailla oli hoitajien mukaan täysi vapaus toimia parhaiten katsomallaan tavalla. Jos asiakkaan verenpaine- ja kolesterolitasot olivat korkeat, hoitajat kertoivat tarvittaessa käyttävänsä lievää suostuttelua saadakseen asiakkaan taipumaan lääkityksen aloittamiseen. Jotkut hoitajat ymmärsivät korkeiden verensokerien ja huonon sokeritasapainon kuitenkin olevan jo niin suuren terveystilasta, että heidän velvollisuutensa oli ”ottaa auktoriteetti” ja ”jyrätä lempeästi”, jotta sokeriasiat saataisiin hallintaan. Asiakkaan autonomian kunnioittaminen ja asiakkaan tasavertainen kohtelu, asiakaskeskeisyyden tärkeät elementit, jäivät taka-alalle, kun hoitaja koki tärkeimmäksi päämääräkseen asiakkaan terveyden edistämisen.

*Hoitaja kertoi esimerkin tilanteesta, jossa asiakkaan sokeritasapaino oli huono ja keskusteltiin lääkityksestä: ”Se on vähän niinkun sen lapsenkin kanssa neuvottelu siitä, että laite taanko tumput käteen vai ei, kun on kova pakkanen. Et kyllä siihen täytyy vaan ottaa semmonen tietty auktoriteetti.”*

## **Terveys välinearvona yhteiskunnassa**

Terveydellä on oma arvonsa yhteiskunnassa. Sen avulla voidaan tavoitella muita päämääriä, kuten tuottavuutta ja taloudellisia säästöjä. Hoitajien käsityksen mukaan yhteiskunnan taloudellisten säästöjen tavoittelu terveyttä edistävän työn avulla on oikeutettua, sillä yksilön ja yhteiskunnan edut ovat yhdenmukaiset. Yksilön terveyden säilyminen edesauttaa hänen omaa hyvinvointiaan ja säästävät sairauksien hoitokustannukset hyödyttävät yksittäisen veronmaksajan ohella koko yhteiskuntaa.

*”Jos ihmiset hoitamalla itteensä voi paremmin ja säästyy rahaa, niin mikäs sen parempi yhteistö?”*

Hoitajat hyväksyivät taloudellisten säästöjen tavoittelun terveyttä edistävän työn avulla. Myös ihmisten työkyvyn edistäminen sekä työn tuottavuuden tavoittelu oli hoitajien mukaan oikeutettua. Sitä hoitajat eivät kuitenkaan hyväksyneet, että kohentuneen työkyvyn turvin nostettaisiin ihmisten eläkeikää. Hoitajien mukaan ihmiset eivät ole olemassa yhteiskuntaa ja työelämää varten, vaan päinvastoin.

Vaikka yhteiskunnan terveyteen liittyvä taloudellisuusajattelu on hoitajien mukaan oikeutettua, puhe sairauksien kustannuksista aiheuttaa usein yksilöille ahdistusta ja syyllisyyttä.

Syyllystymistä edesauttavat myös käsitykset siitä, että jotkut sairaudet olisivat itseaiheutettuja. Ajatuksena on tällöin se, että yksilö kykenee vaikuttamaan omaan terveyteensä ja hän on myös yksin siitä vastuussa. Hoitajat pyrkivät työssään rohkaisemaan ja tukemaan sairauksiensa vuoksi syyllystyneitä asiakkaita. Osa hoitajista kritisoikin itseaiheutetun sairauden käsitteen käyttöä. Koska sairauksien syyt ovat moninaisia ja itseaiheutetun sairauden rajojakin arveltiin olevan vaikea määritellä, pitivät hoitajat koko käsitteen käyttöä tarpeettomana ja vahingollisena. Itseaiheutetun sairauden käsitteen käyttöön liittyy läheisesti kysymys siitä, onko yksilöllä velvollisuus elää terveellisesti, koska hänen terveyteen liittyvät valintansa vaikuttavat yhteisiin kustannuksiin. Vaikka yhteiskunnan terveyteen liittyviä taloudellisia tavoitteita, kustannussäästöjen tavoittelua, pidettiin oikeutettuina, ei ihmisillä hoitajien mukaan kuitenkaan ole velvollisuutta elää terveellisesti yhteiskunnan varoja säästääkseen.

Vaikka taloudelliset seikat saavat nykyään suurta huomiota terveydenhuollon organisaatioissa ja yhteiskunnassa, ei säästöjen tavoittelu saisi kuitenkaan olla hoitajien mukaan hoitotyön ja neuvontatyön ainoa tavoite. Raha on helposti mitattava suure ja toimintaa voidaan perustella kustannussäästöillä, sillä sellainen puhe vetoaa parhaiten päättäjiin. Hoitajat korostivat kuitenkin, että he itse toimivat yksittäisten asiakkaiden parissa, jolloin huomio kiinnittyy aina yksilön hyvinvointiin. Taloudellisten realiteettien tiedostaminen on hoitajien mukaan tärkeää, mutta hoitotyössä tärkeintä on kuitenkin aina yksilön etu, huolimatta siitä että sitä saattaa olla vaikea määritellä ja mitata.

## **8. POHDINTA**

### ***8.1 Tutkimukseen liittyviä eettisiä näkökohtia***

Tutkimuksen avulla tuotetaan tietoa ympäröivästä maailmasta. Tutkijan velvollisuus on tuottaa tietoa jolla on arvoa sekä tutkittaville, heidän yhteisölleen että tutkijayhteisölle. Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen tulisi palvella sekä tieteellisyyttä että inhimillisiä pyrkimyksiä (Kvale 1996, 110, 118). Haastattelututkimuksessa tutkimusetiikan vaatimukset läpäisevät koko tutkimusprosessin aina tutkimusaiheen valinnasta tutkimusraportin julkaisemiseen saakka (Kvale 1996, 111; Hirsjärvi & Hurme 2001, 20). Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli näkemys, jonka mukaan terveysneuvonta on perustaltaan eettisten valintojen läpäisemää toimintaa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa terveysneuvonnan tavoitteista ja neu-

vontatyötä ohjaavista tekijöistä. Tarkoituksena oli kuvata myös neuvontatyöhön liittyviä eettisiä kysymyksiä hoitajien näkökulmasta. Vaikka tutkimus on pienimuotoinen, tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla toivotaan voitavan kehittää neuvontatyötä.

Tutkimuksen tekemistä tulisi ohjata hyvän tekemisen periaate, jonka mukaan tutkimuksesta tulisi olla siihen osallistuville enemmän hyötyä kuin haittaa. Tutkija on siten velvollinen pohtimaan tutkimuksen aiheuttamia seurauksia sekä tutkimukseen osallistuville että myös sille ryhmälle, jota tutkittavat edustavat. (Kvale 1996, 116; Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.) Tutkimukseen osallistuvien autonomian ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen edellyttää, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkittava voi keskeyttää tutkimuksen milloin tahansa (Holloway & Wheeler 1996, 36, 43; Polit & Hungler 1997, 133; Vehviläinen-Julkunen 1997, 27). Jotta tutkimukseen mukaan pyydetävät henkilöt voivat antaa tietoisesti suostumuksen osallistumisestaan, he tarvitsevat riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta. Etukäteen annettavan tiedon tulisi kuitenkin olla sellaista, ettei se ohjaile haastateltavien ennakkokäsityksiä. (Kvale 1996, 113.)

Anoin tutkimusluvan tutkimukseni kohdeorganisaatiosta. Tutkimusluvan saatua sain organisaation ylihoitajalta tiedonantajien yhteystietoja. Otin ensin tiedonantajiin yhteyttä puhelimitse heidän suostumuksensa kysymiseksi. Puhelujen aikana kerroin tiedonantajille lyhyesti tutkimuksen tarkoituksen. Kerroin heille myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, keskeyttämismahdollisuudesta sekä toivomukseni haastattelujen nauhoittamisesta. Kaikki tiedonantajat suostuivat haastateltaviksi suoralta kädeltä, ilman suostuttelua (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 85). Puhelun yhteydessä sovittiin ensimmäisen haastattelun ajankohdasta. Ennen ensimmäisen haastattelun alkua kertosin vielä jokaisen haastateltavan kanssa tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden ja annoin jokaiselle lyhyen kirjallisen informaation tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä tutkimuksen käytännön järjestelyistä.

Organisaatioiden sisällä suoritetuissa tutkimuksissa on huomioitava, että organisaation esimiehen antama lupa ja suostumus haastattelututkimuksen suorittamiseksi saattaa aiheuttaa työntekijöille painetta osallistua tutkimukseen ja nostaa kynnystä kieltäytyä haastattelusta (Kvale 1996, 112). Tiedonantajien suostumuksen täydestä vilpittömyydestä en voi luonnollisestiikaan olla täysin varma. Jotkut tiedonantajat ilmaisivat kuitenkin haastattelujen aikana spontaanisti, kuinka ilahtuneita he olivat siitä, että neuvontatyötä tutkitaan. Lisäksi kaikki

tiedonantajat pitivät tutkimusaihetta sekä myös oman työnsä kehittämistä tärkeänä, joten voidaan olettaa, etteivät tiedonantajat kovin vastentahtoisesti tutkimukseen osallistuneet. Pyrin luomaan haastattelutilanteista mahdollisimman keskustelunomaisia ja luontevia. Lievää jännittyneisyyttä, jonka tulkitsin johtuvan haastavana pidetystä tutkimusaiheesta, pyrin parhaani mukaan lieventämään.

Tutkija on velvollinen suojaamaan tutkittavien identiteetin ja pitämään tutkimushaastattelussa ilmenevän tiedon luottamuksellisena. Tutkimusraportti on kirjoitettava niin, että tutkittavien anonymiteetti voidaan säilyttää. Tiedonantajien henkilöllisyyden suojaamiseksi voidaan tutkimusraportissa joutua joskus muuttamaan joitain tutkittavia koskevia tietoja. (Holloway & Wheeler 1996, 46,50; Kvale 1996, 114-115; Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-31; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39.) Tein kaikki haastattelut itse ja kirjoitin myös itse kaikki haastattelut puhtaaksi. Haastattelunauhoja käytetään ainoastaan tässä tutkimuksessa ja nauhat ovat olleet ainoastaan omassa käytössäni. Aineiston analyysivaiheessa koodasin haastattelut tiedonantajittain, mutta tutkimusraportista olen jättänyt koodit pois, jottei yksittäisten tiedonantajien antamaa tietoa voida tutkimusraportista tunnistaa. Koska tutkimuksen kohdeorganisaatiossa työskenteli tutkimuksen aineistonkeruun ajankohtana vain pieni määrä tutkimuskriteerit täyttäviä henkilöitä, tutkimusraportissa ei tiedonantajien henkilöllisyyden suojaamiseksi mainita kohdeorganisaation nimeä eikä muitakaan tietoja, joista ulkopuoliset voisivat organisaation tunnistaa.

Haastattelututkimus on aina moraalinen hanke, sillä haastattelutilanne vaikuttaa tiedonantajiin (Kvale 1996,109), parhaimmillaan laadulliseen tutkimukseen osallistuvien tietoisuus kyseessä olevasta asiasta lisääntyy (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39). Tutkimusetiikan kannalta on kuitenkin huolehdittava, ettei tiedonantajia jätetä huolineen, mikäli on syytä olettaa haastattelun aiheuttavan tiedonantajille haitallisia seurauksia (Holloway & Wheeler 1996, 49). Tämän tutkimuksen aiheen suhteen oli oletettavaa, että tutkimushaastattelut herättävät tiedonantajia reflektoimaan omaa työtään (vrt. May 1991, 199). Tiedonantajat ilmaisivatkin haastattelujen kuluessa, kuinka tärkeää oman työn jäsentäminen on ja kuinka haastattelut olivat saaneet heitä pohtimaan neuvonnan tavoitteita ja oman työnsä kontekstia aiempaa laajemmin. Jotkut haastateltavat kertoivat toisessa haastattelussa keskustelleensa tutkimuksen herättämistä pohdinnoistaan työtovereidensa kanssa haastattelujen välisenä aikana. Työn tavoitteiden ja työtä ohjaavien tekijöiden jäsentymättömyys sekä työhön liittyvien eettisten ongelmien näkyväksi tuleminen saattoi olla haastattelutilanteessa tiedonantajille



hämmentävää. Oman työn ja ammattitaidon kehittäminen on kuitenkin hoitotyössä työntekijöiden ammatillinen velvollisuus (SSL 1996), johon saattaa joissain tilanteissa liittyä myös hämmentäviä kokemuksia. Koska tutkimuksen tiedonantajat ovat pitkän työkokemuksen omaavia ammattilaisia, on oletettavaa, että he kykenevät käsittelemään mahdolliset tutkimuksen esille nostamat ristiriidat ammattiinsa liittyvinä kehityshaasteina.

Kiinnostukseni neuvontatyöhön sekä sen etiikkaan liittyy omiin henkilökohtaisiin sekä ammatillisiin kokemuksiini. Kiinnostus terveyden edistämisen etiikkaan heräsi kouluttautuessani terveydenhoitajaksi. Ammatillisista opinnoistani lähtien olen pyrkinyt etsimään vastauksia neuvontatyön eettisiin kysymyksiin. Käytännön kokemukseni neuvontatyöstä ei ole ajallisesti kovin pitkä, mutta se on innoittanut minua jatkamaan tätä tutkimusmatkaa läpi opintojeni. Tarkasteltuani neuvonnan etiikkaa erilaisista näkökulmista vastaukset kysymyksiin ovat näyttäneet aina erilaisessa valossa. Lähtiessäni tässä tutkimuksessa tarkastelemaan neuvontatyötä sen tavoitteenasettelun ja työtä ohjaavien tekijöiden kautta, olen ollut tietoinen siitä, että tarkasteltaessa asioita etiikan näkökulmasta ei ole mahdollista löytää yhtä ainoaa oikeaa näkemystä, joka ratkaisisi hoitotyön todellisuudessa ilmeneviä monitahoisia ongelmia (mm. Kalkas 1996, 82; Cribb & Duncan 2002a, 31). Lisäksi minulle on ollut selvää, että todellisuus on sosiaalisesti rakentunutta ja se näyttää jokaiselle ihmiselle erilaisena (mm. Holloway & Wheeler 1996, 1; Dey 1993, 11). Näiden ennakkokäsitysten mukaisesti minulla ei ole ollut tarvetta ”pakottaa” aineistoa tai löytämäni kirjallisuutta mihinkään muottiin, vaan olen pyrkinyt avoin mielin ja uteliaana löytämään asioista erilaisia näkökulmia sen mukaan kuin haastateltavat ovat asioita ilmaisseet, tai teoreetikot ovat asioita pohtineet. Tutkimusaineiston olen analysoinut parhaan kykyni mukaan ja tutkimustulokset raportoin avoimesti ja rehellisesti.

## **8.2. Tutkimuksen luotettavuudesta**

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole olemassa yhtä selkeitä ja yksiselitteisiä arviointikriteereitä kuin määrällisessä tutkimuksessa (Nieminen 1997, 215). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan keskeinen rooli tutkimuksen tutkimusvälineenä. Pääasiallisimmaksi luotettavuuden kriteeriksi onkin nimettävä tutkija itse. Tällöin tutkimusprosessin luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 2003, 210.)

Laadullisessa tutkimuksessa koko tutkimuksen laatuun vaikuttaa oleellisesti tutkimusaineiston sopivuus ja tarkoituksenmukaisuus tutkimustehtäviin nähden. Aineisto tulisi koota sieltä, missä ilmiö esiintyy, sellaisilta henkilöiltä, jotka kykenevät hyvin ilmaisemaan itseään. Aineiston keruumenetelmän tulisi myös olla tutkimuksen tarkoitukseen nähden perusteltu ja soveltuva. (Morse 1991, 129-135; Nieminen 1997, 216.) Tutkimukseni tarkoituksena oli tuottaa tietoa aikuisten parissa terveysneuvontatyötä tekevien hoitajien neuvontakäsityksistä, joten oli tarkoituksenmukaista etsiä tiedonantajiksi kyseistä työtä kokopäiväisesti tekeviä hoitajia. Tutkimuksen kohdeorganisaatioksi valikoitui organisaatio, johon oli suunnitteilla hanke neuvontatyön kehittämiseksi. Koska tutkimuksen kohdeorganisaatiossa työskenteli aineiston keruun ajankohtana vain muutamia tutkimukseni kriteerit täyttäviä hoitajia, ei ollut tarpeellista erikseen valikoida tiedonantajia, vaan oli luontevaa pyytää tutkimukseen mukaan kaikki organisaation tutkimuskriteerit täyttävät henkilöt. Kaikki tiedonantajat olivat halukkaita osallistumaan haastatteluihin ja he myös ilmaisivat itseään selkeästi. Koska jokaisella oli pitkä kokemus aikuisten parissa tehtävästä neuvontatyöstä, voidaan heidän arvioida olevan neuvontatyön arjen asiantuntijoita. Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin teemahaastattelun, koska hoitotyön tavoitteisiin ja työtä ohjaaviin tekijöihin liittyvät käsitykset ovat tutkimusaiheena monitahoisia, josta syystä aineistonkeruuvaiheessa oli tärkeää kyetä selventämään tiedonantajien ajatuksia ja käsityksiä monelta kannalta keskustelemalla tiedonantajien kanssa kasvotusten.

Haastattelumateriaali on raaka-ainetta, jonka perusteella tutkija tekee päätelmiä tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Haastattelututkimuksessa on siten syytä arvioida haastatteluaineiston laatua. Haastatteluaineiston voi sanoa olevan laadukasta, jos haastateltavat ovat kuvanneet tutkimuksen aiheena ollutta ilmiötä spontaanisti, rikkaasti ja tutkimuskysymysten kannalta relevantilla tavalla. (Kvale 1996, 145.) Tiedonantajat kokivat tutkimuksen aiheen vaikeaksi erityisesti neuvontatyön tavoitteiden sekä työn oikeutuksen osalta. Tiedonantajat ilmaisivat myös useasti, etteivät olleet tulleet ajatelleeksi työtään ohjaavia tekijöitä ja niiden vaikutusta omaan työhönsä. Haastateltavat kokivat kuitenkin työnsä jäsentämisen ja kehittämisen tärkeäksi ja näyttivät siksi mielellään lähtevän pohtimaan kansani tutkimuksen aihealueita. Haastattelujen kuluessa tapahtuneessa vuorovaikutuksessa luotiin siten myös uusia ja yhteisiä merkityksiä tiedonantajien ja haastattelijan kesken (Kvale 1996, 125; Hirsjärvi & Hurme 2001, 43, 49; Eskola & Suoranta 2003, 85). Tiedonantajat pitivät vaikeana erityisesti työn tavoitteiden nimeämistä. Ilmaisut olivatkin tältä osin useimmiten hyvin lyhyitä ja retorisia ja työn tavoitteiden osalta aineisto jäi melko ”ohueksi” huolimatta siitä, että pyrin tarvitta-

essa esittämään tarkentavia kysymyksiä. Työtä ohjaavia tekijöitä tiedonantajat kuvasivat rikkaasti ja monipuolisesti erityisesti organisaation työtä ohjaavien tekijöiden osalta. Osa tiedonantajista lähti myös avoimesti ja syvällisesti pohtimaan työtään ohjaavien tekijöiden aiheuttamia eettisiä ristiriitoja työssään. Aineiston voi siten todeta olevan eri tutkimustehtävien osalta erilaatuista.

Haastattelututkimuksessa teema-alueiden tulisi olla riittävän väljiä, jotta tutkittava ilmiö voisi haastatteluissa paljastua mahdollisimman monimuotoisena. Väljät teema-alueet ja laajat haastattelukysymykset haastattelujen alkuvaiheessa nostavat esiin haastateltavien omia tulkintoja ja käsityksiä ja antavat haastateltavalle mahdollisuuden käsitellä aihetta itseään kiinnostavasta näkökulmasta. (Kvale 1996, 129; Nieminen 1997, 217; Hirsjärvi & Hurme 2001, 66-67.) Tässä tutkimuksessa tutkimushaastattelujen rungon muodostivat tutkimustehtävien mukaiset väljät teemat (liite 3). Pyrin haastattelujen alkuvaiheessa lähestymään aihetta mahdollisimman laajoin ja neutraalein kysymyksin, jotta tiedonantajilla oli mahdollisuus vapaasti ilmaista mielipiteitään ja ajatuksiaan omasta näkökulmastaan. Osa tiedonantajista koki kuitenkin jotkut kysymykset vaikeiksi, jolloin tarpeen mukaan selvensin ja tarkensin kysymyksenasettelua. Pyrin pitämään haastattelut keskustelunomaisina niin, että niissä edettiin tiedonantajan näkemysten ja mielenkiinnon mukaan, mutta kuitenkin niin, että kaikki teema-alueet käytiin kaikkien tiedonantajien kanssa läpi. Tutkimushaastatteluissa en pyrkinyt millään tavalla ”kaivelemaan” esiin neuvontatyöhön liittyviä eettisiä ristiriitoja, vaan pyrin muotoilemaan tutkimuskysymykset mahdollisimman neutraalisti (Holloway & Wheeler 1996, 8), jotta en ohjailisi tiedonantajia. Esimerkiksi kysyin tiedonantajan käsitystä työtä ohjaavien tekijöiden ja oman ajattelun yhdenmukaisuudesta, jolloin tiedonantaja voi itse vapaasti ilmaista olivatko kyseiset asiat yhdenmukaisia vai sisältyikö niihin ehkä jonkinlaista ristiriitaa hänen omassa ajattelussaan.

Tutkimushaastatteluissa on toisaalta varottava ohjailemasta tiedonantajia (mm. Kvale 1996, 129; Nieminen 1997, 217) mutta toisaalta voidaan sanoa, että haastatteluaineisto on laadukasta, jos tutkija on jo haastattelun kuluessa pyrkinyt tulkitsemaan haastateltavien vastauksia, jolloin haastateltavat ovat voineet kieltää tai vahvistaa tutkijan tekemiä tulkintoja (Kvale 1996, 145). Pyrin haastattelujen kuluessa mahdollisuuksien mukaan haastateltavan omia sanoja käyttäen tiivistämään, kertaamaan ja jäsentämään tiedonantajien ilmaisemia ajatuksia, jotta heillä oli mahdollisuus vielä täydentää syntynyttä käsitystä, tai sitten vahvistaa tai kumota se. Joitain omia alustavia tulkintojani tiedonantajien sanomasta pyrin varovasti testaa-

maan toisen haastattelun loppupuolella. Useimmat haastateltavat ilmaisivat tällöin selkeästi ja johdonmukaisesti oman kantansa asiaan. Jo haastattelun kuluessa sekä myöhemmin aineistoon tarkemmin tutustuessani havaitsin kuitenkin, että yhden haastateltavan kohdalla oman tulkintani testaus oli selvästi ohjannut tiedonantajan vastausta. Jätin kyseisen tiedonantajan kohdalta analysoimatta sellaisen osan aineistoa, johon havaitsin oman tulkintani vaikuttaneen.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston riittävyttä arvioitaessa voidaan puhua aineiston kylläntymisestä eli saturaatiosta, jonka mukaan aineiston kerääminen voidaan lopettaa, kun lisääaineiston kerääminen ei enää näytä tuottavan lisää informaatiota (Morse 1991, 141; Eskola & Suoranta 2003, 62-63; Hirsjärvi & Hurme 2001, 60). Tässä tutkimuksessa haastatteluissa alkoi ilmetä jonkin verran samankaltaisia asioita, haastateltavien välillä oli kuitenkin luonnollisesti myös yksilöllisiä käsityseroja. Arvioitaessa kylläntymispisteen saavuttamista on huomioitava, että tutkimusaiheen alue oli laaja ja tiedonantajienkin määrä oli pieni. Kahden haastattelukerran avulla katsoin kuitenkin saavuttaneeni sellaisen määrän aiheen kannalta relevanttia aineistoa, jonka avulla oli mahdollista saada vastauksia tutkimustehtäviin. Aineiston keruun voidaan arvioida olleen asianmukaista, jos sen avulla on saatu tutkimustehtävien kannalta adekvaattia sekä laadukasta tietoa riittävässä määrin tutkimustehtävien ratkaisemiseksi (Morse 1991, 135; Holloway & Wheeler 1996, 71).

Tutkimusaineiston laatua olisi mahdollisesti voinut parantaa suorittamalla esihaastattelun, jonka avulla olisi ollut mahdollista arvioida ja testata haastattelurunkoa sekä kysymysten muotoilua (Kvale 1996, 147; Hirsjärvi & Hurme 2001, 72-73). Luovuin kuitenkin esihaastattelusta, koska haastatteluteemat olivat joka tapauksessa hyvin väljät, ja haastattelin kollegoita, jotka hoitotyön ammattilaisina oletettavasti puhuisivat kanssani ”samaa kieltä”. Lisäksi olin jo alun perin päätenyt aineiston luotettavuuden lisäämiseksi haastattelemaan jokaista tiedonantajaa kahdesti, joten tiesin, että ensimmäisten haastattelujen avulla saatua aineistoa on vielä mahdollista tarkentaa toisella haastattelukerralla. Pyrin lisäämään haastattelujen luotettavuutta myös pitämällä haastattelupäiväkirjaa, johon kirjasin omia käsityksiäni ja arvioitani haastatteluissa syntyneestä vuorovaikutuksesta sekä haastattelujen kulusta ja onnistumisesta heti tuoreeltaan haastattelujen jälkeen (Kvale 1996, 129; Nieminen 1997, 217; Hirsjärvi & Hurme 2001, 184).

Haastatteluaineistoa arvioitaessa on huomattava, että haastateltavat voivat muunnella totuutta, jättää oleellisia asioita kertomatta tai he voivat myös pyrkiä miellyttämään tutkijaa esittämällä vain sosiaalisesti hyväksyttävää tietoa (Nieminen 1997, 217; Hirsjärvi & Hurme 2001, 35). On mahdollista, että tiedonantajat ovat pyrkineet esiintymään haastatteluissa edukseen ja myös pyrkineet esittämään kollegalle, mutta myös hoitotieteen opiskelijalle omaan ammatillisuuteen liittyviä asioita ainoastaan myönteisessä valossa. Erityisesti organisaation ohjaavista tekijöistä keskusteltaessa tiedonantajat toivat kuitenkin avoimesti ja peittelemättä esille epäkohtana pitämiään seikkoja. Omasta neuvontatyöstä keskusteltaessa ilmeni kuitenkin pitäytymistä ihanteellisella tasolla, sillä osa haastateltavista pitäytyi neuvontatyön eettisiä ongelmia sivuttaessa toistamaan hoitotyön periaatteita ja vältti lähtemästä pohtimaan asioita useammasta näkökulmasta. Osa haastateltavista kuitenkin pohti avoimen ja hyvin rehellisen tuntuisesti omaa toimintaansa, oman toiminnan seurauksia sekä erilaisia toimintamahdollisuuksia eettisesti hankalissa tilanteissa. Antautuminen pohtimaan oman työn etiikkaa edellyttää luottamusta ja turvallista ilmapiiriä. On mahdotonta sanoa johtuiko ihanteiden tasolla pitäytyneiden hoitajien näkemys työnsä ”eettisestä ongelmattomuudesta” siitä, että he todellisuudessa näkivät työnsä ilmaisemallaan tavalla, vai siitä, etteivät he olleet tulleet asiaa aiemmin ajatelleeksi. On myös mahdollista, etteivät tiedonantajat perimmältään kokeneet oloaan riittävän turvalliseksi voidakseen ilmaista itseään avoimesti.

Laadullisen tutkimuksen analyysi tulisi aloittaa ja sen tulisi edetä samaan aikaan kun aineistoa kerätään (Sandelowski 1995; Holloway & Wheeler 1996, 29; Polit & Hungler 1997, 377). Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi aloitettiin käytännön syistä vasta muutama kuukausi aineiston keruun jälkeen. Ensimmäisten haastattelujen alustava analysointi ennen toisia haastatteluja olisi saattanut parantaa aineiston laatua, koska haastattelukysymyksiä olisi tällöin ollut mahdollista vielä tarkentaa. Haastattelujen välillä kuuntelin kuitenkin huolellisesti haastattelunauhakappaleita läpi ja merkitsin muistiin kunkin tiedonantajan toista haastattelua varten asioita, joihin kaipasin lisäselvyyttä tai joita ei oltu ensimmäisellä kerralla ehditty käydä läpi. Käytännössä aineiston tarkempi analysointi haastattelujen välissä olisi merkinnyt sitä, että haastattelujen väli olisi venynyt entisestään, jolloin tiedonantajat olisivat todennäköisesti joutuneet unohtaneet ensimmäisessä haastattelussa esiin nousseet asiat, eikä tiedonantajien mahdollisuus pohtia haastattelun aihepiiriä haastattelujen välisenä aikana olisi enää kohentanut haastatteluaineiston laatua.

Laadullisen aineiston analysointi edellyttää tutkijalta kykyä abstraktiin ajatteluun, luovuutta ja valmiutta tarkastella asioita useasta eri näkökulmasta. Tutkijan tulisi löytää tulkinnan mieli ja luokitus aineistosta. (Nieminen 1997, 219.) Analyysin luotettavuuden arvioimiseksi tutkijan on kyettävä dokumentoimaan luokitteluperusteensa ja esitettävä myös riittävä määrä alkuperäishavaintoja analyysin tueksi (Nieminen 1997, 219; Holloway & Wheeler 1996, 168). Pysin analysoimaan tutkimusaineistoni huolellisesti, systemaattisesti ja aineistolähtöisesti. Tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi olen pyrkinyt kuvaamaan analyysin etenemisen mahdollisimman huolellisesti esimerkein ja viittauksin alkuperäiseen aineistoon. Pysin esittämään tutkimustulokset tässä tutkimusraportissa mahdollisimman johdonmukaisesti ja selkeästi liittäen mukaan lainauksia alkuperäisestä aineistosta. Analyysin eteneminen ja tutkimustulokset esitetään tutkimusraportin ohessa yhteenvetona liitetaulukoin (liitteet 5,6 ja 7).

Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi voidaan pyytää tutkimuksen aihepiirin hyvin tuntevien henkilöiden, esimerkiksi tiedonantajien, arviota tutkimustuloksesta (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 37). Tässä tutkimuksessa en kuitenkaan nähnyt tarkoituksenmukaiseksi pyrkiä varmistamaan oman tulkintani yhdenmukaisuutta tiedonantajien kanssa, sillä laadullisen tutkimuksen avulla tuotettu tulkinta todellisuudesta on aina tutkijan teoreettisen tietämyksen sekä persoonallisen intuition värittämä, josta syystä tulkinta ei ole sellaisenaan toistettavissa (Nieminen 1997, 215), eivätkä tiedonantajat siten välttämättä hahmota tulosta samalla tavoin kuin tutkija (Kyngäs & Vanhanen 1999; Eskola & Suoranta 2003, 211). Analyysin luotettavuutta voidaan lisätä myös käyttämällä toista luokittelijaa (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tässä tutkimuksessa toisen luokittelijan käyttäminenkin ei kuitenkaan ollut käytännön syistä mahdollista. Laajahkon aineiston takia en ole voinut myöskään toistaa koko analyysiä luotettavuuden varmistamiseksi. Olen sen sijaan pyrkinyt varmistamaan aineiston ryhmittelyn ja luokittelun luotettavuutta tutustumalla huolellisesti aineistoon sekä palaamalla analyysin eri vaiheissa useaan kertaan alkuperäiseen aineistoon, pelkistykseen ja luokitusteni perusteisiin. Analysoidessani aineistoani olen käynyt jatkuvaa vuoropuhelua aineiston ja tutkimustuloksena muodostuvan luokituksen välillä.

Tämän tutkimuksen tutkimustehtävät ovat olleet laajat ja sitä voidaan kritisoida. Neuvonnan tavoitteenasettelusta, ohjaavista tekijöistä tai neuvonnan etiikasta olisi ollut mahdollista saada syvällisempi käsitys keskittymällä ainoastaan yhteen tutkimuksen osa-alueeseen. Koska tutkimuksen tavoitteena oli kuitenkin pyrkiä ymmärtämään neuvontakäsityksen rakentumista laajemmin, oli tarpeellista kuvata neuvontakäsitystä suhteellisen suppean ulottuvuuden kautta

ja pyrkiä sitten liittämään hoitajien käsitykset arkityön organisatoriseen, yhteiskunnalliseen ja eettiseen kontekstiin. Koska tutkimustehtävien avulla pyrittiin sekä kuvaamaan hoitajien neuvontakäsitystä että kartoittamaan neuvontakäsityksen rakentumista, voidaan laajoja tutkimustehtäviä pitää perusteltuina.

Vaikka laadullisessa tutkimuksessa ei etsitä yleistettävää tietoa, laadullisen tutkimuksen tulokset saattavat olla siirrettävissä toiseen kontekstiin. Jotta tutkimusraportin lukija voi arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä, tutkijan on kuvattava analyysin sekä tutkimustulosten lisäksi riittävässä määrin myös tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ja heidän tilannettaan. (Holloway & Wheeler 1996, 166-167; Kylmä ym 2004.) Tämä tutkimus on pienimuotoinen, joten tutkimustulokset eivät ole sellaisenaan siirrettävissä muihin hoitotyön konteksteihin. Tutkimuksen tuloksena kuvattuja neuvontatyön tavoitteita voidaan kuitenkin hyödyntää kehitettäessä preventiivisen neuvontatyön tavoitteenasettelua. Tutkimuksen tulokset nostavat myös näkyviin hoitajien neuvontakäsityksiä ja neuvontakäsitysten taustatekijöitä. Neuvontakäsitykset sekä neuvontatyötä ohjaavat tekijät ovat luonnollisesti yksilö- ja organisaatiokohtaisia, mutta tämän tutkimuksen avulla voidaan saada viitteitä siitä, millaiset tekijät neuvontatyön arkikäytäntöihin voivat vaikuttaa. Tutkimustulokset antavat viitteitä myös neuvontatyöhön liittyvistä eettisistä ristiriidoista.

### **8.3. Tulosten tarkastelua**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitajien neuvontakäsitystä. Tarkoituksena oli myös liittää hoitajien neuvontakäsitys organisatoriseen, yhteiskunnalliseen ja eettiseen kontekstiin. Hoitajien neuvontakäsitystä tarkasteltiin työn tavoitteiden avulla. Neuvontatyön tavoitteiden asettelu vaikutti tässä tutkimuksessa jäsentymättömältä. Hoitajat ilmaisivat haastatteluissa yksittäisiä tavoitteita, mutta järjestelmällisyyttä tavoitteenasettelussa ei voinut havaita. Osa hoitajista ilmaisikin tavoitteiden asettamisen olevan vaikeaa. Myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, ettei terveysneuvonnassa ole ollut prosessinomaista järjestelmällistä toimintatapaa (Laitakari ym 1989, 163-164; Rantanen 1993, 55; Rantanen 1994; Rapo-Tenilä 2001, 61; Peränen & Tonteri 2003 59-64).

Preventiivisen terveysneuvonnan välittömiksi vaikutuksiksi nimettiin tässä tutkimuksessa elämäntapamuutoksen edellytysten syntyminen. Elämäntapamuutoksen edellytykset olivat

luonteeltaan tiedollisia, asenteellisia ja psyykkisiä. Hoitajat korostivat terveyteen liittyvän tiedon merkitystä elämäntapamuutoksen edellytyksenä. Myös aiemmissa tutkimuksissa hoitajat ovat pitäneet tiedon välittämistä yhtenä neuvonnan ja vastaanottokäyntien tärkeimmistä asioista (mm. Kukkola 1997, 134; Poskiparta 1997, 38; Kettunen 2001, 56-58). Eurooppalaisen terveystapatutkimuksen mukaan suomalaiset osaavat kuitenkin hyvin määritellä esimerkiksi terveellisen, suositusten mukaisen ruokavalion. Kyseisessä tutkimuksessa vain viisi prosenttia vastanneista ilmoitti tiedon puutteen ruokailutottumusten muutosten esteeksi. (Lappalainen & Koikkalainen 1998.) Hoitajat olivat hyvin tietoisia siitä, että pelkkä tiedon välittäminen ei riitä. He pitivätkin tärkeänä tavoitteenaan myös sitä, että asiakkaat kykenisivät liittämään tiedon omaan kokemusmaailmaansa. Neuvonnan välittöminä vaikutuksina pidettiin myös asenteellisten ja psyykkisten elämäntapamuutoksen edellytysten syntymistä. Hoitajat korostivat positiivisen asenteen syntymisen merkitystä samoin kuin Rantasen (1993 55, 90; 1994) tutkimuksissa. Asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistamisen koettiin lisäksi olevan tärkeää onnistuneen elämäntapamuutoksen kannalta.

Kuten myös aiemmissa tutkimuksissa (mm. Rantanen 1993 55, 90; Rantanen 1994; Peränen & Tonteri 2003, 27), myös tässä neuvonnan tärkeiksi tavoitteiksi nimettiin konkreettiset muutokset asiakkaiden elämäntavoissa. Elämäntapamuutosten avulla tavoiteltiin muutoksia myös asiakkaan biologisessa tilassa, kuten painossa tai verenpaineessa. Hoitajien mukaan tavoiteltavat elämäntapamuutokset ovat luonteeltaan maltillisia Sydänliiton ja Diabetesliiton Pieni päätös päivässä –projektin tavoitteiden mukaisesti (Diabetesliitto 2003). Koska asiakkaan biologisessa tilassa havaittujen muutosten arveltiin muodostuneen liiankin tärkeäksi neuvonnan onnistumisen mittariksi, halusivat hoitajat korostaa myös elämäntapamuutoksen mukanaan tuomien onnistumisen elämysten merkitystä. Kaikkein tärkeimpinä näyttäytyivät kuitenkin asiakkaan tekemät konkreettiset arkiset muutokset.

Terveysneuvonnan päämääräksi hoitajat mielsivät terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kohenemisen. Hoitajat nimesivät siten terveysneuvonnan päämääräksi kaikkien terveystyömallien (Ryynänen & Myllykangas 2000, 30-33; Cribb & Duncan 2002a, 12-15) olennaisimmat elementit. Hoitajien sitoutuminen biolääketieteelliseen terveystyömalliin oli kuitenkin vahva, sillä heidän ilmaisemansa neuvontatyön tavoitteet liittyvät tässä tutkimuksessa lähes yksinomaan sairauksien ehkäisyyn ja fyysisen terveyden tavoitteluun elämäntapamuutoksiin. Myös Heikkinen (1988; 1991) on raportoinut terveystyömallissa keskittyvän pääasiassa somaattisten sairauksien ehkäisyyn. Tarkasteltaessa hoitajien ilmaisemia neuvonta-



työn tavoitteita vaikuttikin siltä, että terveys merkitsee hoitajille biolääketieteellisen ajattelun mukaan sairaudettomuutta, vaikka hoitajat nimesivät neuvontatyön päämääräksi myös positiivisen ja funktionaalisen terveystieteen olennaisimpia elementtejä.

Joidenkin hoitajien ajatteluun vaikutti vahvasti funktionaalinen terveystieteen, sillä he korostivat asiakkaiden toimintakyvyn olevan tärkeämpää kuin fyysisen terveyden. Osa hoitajista ilmaisi, että neuvonnan päämääränä on asiakkaan kokonaisvaltainen hyvinvointi positiivisen terveystieteen mukaan. Tärkeimpänä hyvinvoinnin osatekijänä pidettiin kuitenkin fyysistä sairaudettomuutta ja fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen elämänlaadun ymmärrettiin kohenevan terveellisten elämäntapojen avulla. Hoitajien sitoutuminen biolääketieteelliseen terveystieteen ja preventiiviseen työhön olikin niin vahva, että myös asiakkaan hyvinvointia ja toimintakykyä tarkasteltiin biolääketieteellisen ajattelun kautta. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi kietoutuvat käytännön elämässä kiinteästi toisiinsa. Tarkasteltaessa asiaa eri terveystieteenmallien näkökulmasta voitiin havaita, että funktionaalinen ja positiivinen terveystieteen toivat lähinnä lisämausteita hoitajien preventiiviseen ajatteluun, itsenäistä sisältöä tai erillisiä tavoitteita ne eivät neuvontatyöhön juuri tarjonneet.

Hoitajien ilmaiset preventiivisen neuvontatyön tavoitteet voitiin tässä tutkimuksessa järjestää Nutbeam (1998) yleisen terveyden edistämisen tavoitehierarkian mukaisesti neuvonnan välittömiin vaikutuksiin, neuvonnan välillisiin vaikutuksiin ja neuvonnan terveystieteen vaikutuksiin. Terveystieteen edistämisen tavoitteiden hierarkisuuden ymmärtäminen olisikin yksi väline, jonka avulla neuvontatyöhön olisi mahdollista jäsentää realistisia tavoitteita. Preventiivisiä tavoitteita asetettaessa ja arvioitaessa olisi tärkeä ymmärtää, että terveystieteen muutokset ja terveydentilan tai elämänlaadun koheneminen ovat neuvonnan epäsuoria vaikutuksia, joiden ilmenemistä joudutaan odottamaan. Lisäksi niiden yhteys neuvontaan on usein epäselvä. Jatkossa olisikin tärkeää pyrkiä nimeämään neuvontatyön tavoitteiksi myös neuvonnan välittömiä vaikutuksia, joiden yhteys neuvontatyöhön on selkeämpi. Välittömien vaikutusten toteutumista voidaan myös arvioida pikemmin ja luotettavammin kuin neuvonnan perinteisinä pidettyjä terveystieteen vaikutuksia. (Nutbeam 1998; Nutbeam & Harris 1999, 14.)

Terveystieteen tavoitteenasettelu ei ole vain tekninen kysymys, sillä terveystieteen edistämisen tavoitteet heijastavat terveydenhuoltohenkilöstön arvoja ja prioriteetteja (Cribb & Duncan 2002a, 17). Tonesin (1988, 33-34) ja Nupposen tutkimusryhmän (1991, 17) mukaan terveystieteenkasvatus voidaan nähdä prevention välineenä, vapaan valinnan markkinoina, elämän-

hallinnan edistäjänä tai yhteiskunnallisen muutoksen herättelijänä. Kun hoitajien ilmaisia neuvontatyön tavoitteita peilattiin Tonesin ja Nupposen tutkimusryhmän jaotteluun, voitiin havaita, että hoitajat ymmärsivät neuvonnan lähes ainoastaan prevention välineeksi. Heidän tavoitteenaan oli vähentää yleisten kansansairauksien riskitekijöitä pyrkimällä vaikuttamaan asiakkaiden elämäntapoihin. Hoitajien ajattelussa ei esiintynyt vapaata valintaa edustavaa liberalistista näkemystä, sillä hoitajat eivät tyytyneet pitämään neuvonnan päämääränä sitä, että asiakas tekee tietoisin valinnan hänelle tarjotun objektiivisen tiedon perustella (Tones 1988, 34; Nupponen ym 1991, 18-19). Hoitajilla oli selkeä lääketieteelliseen tietoon perustuva käsitys siitä, millaisia muutoksia asiakkaiden tulisi elämäntapoihinsa tehdä. He myös pyrkivät vaikuttamaan asiakkaiden valintoihin toisinaan jopa manipuloivoin toimin. Yhteiskunnallista muutosta herättelevä terveystieteellinen suuntaus kohdistuu pääasiassa yhteisön sosioekonomisiin ja rakenteellisiin tekijöihin (Tones 1988, 33), joten tämän suuntauksen mukaista ajattelua harvemmin esiintyykään yksilöllisessä terveysneuvonnassa.

Kun neuvonnan tavoitteita tarkastellaan erilaisten terveystieteellisten suuntausten ilmentyminä, on huomattava, että terveyteen liittyvät teoreettiset ideaalimallit eivät ole yksiselitteisiä eivätkä edes toisiaan täysin poissulkevia. Lisäksi on huomattava, että useimmiten hoitajan ajatteluun käytännössä vaikuttavat useamman suuntauksen elementit. (Tones 1988, 34; Nupponen ym 1991, 17.) Tässäkin tutkimuksessa hoitajat liittivät osan tavoitteista sekä preventiiviseen että voimavaroja vahvistavaan ajatteluun. Terveystieteellisiä suuntauksia kuvaavia käsitteitä voidaan myös kritisoida epäselvyydestä ja tulkinnanvaraisuudesta. Tones (1988) ja Nupposen tutkimusryhmä (1991) ovat nimenneet voimavarojen vahvistamista tavoittelevan humanistisen suuntauksen elämäntapojen hallinnan käsitteellä. Illuusiota elämäntapojen hallinnasta ei kuitenkaan voitane pitää realistisena terveydenhuollon toiminnan päämääränä. Suuntauksen nimeä suurempi pulma liittyy kuitenkin suuntauksen ydinkäsitteeseen, voimavarojen vahvistamiseen.

Voimavarojen vahvistaminen (empowerment) on filosofinen käsite, jolla on monenlaisia määritelmiä. Käsitteenä se on epäselvä ja tulkinnanvarainen. (mm. Kendall 1998, 2-3; Tones 1998, 71.) Tässä tutkimuksessa voimavarojen vahvistamiskäsitteen tulkinnanvaraisuus ilmeni tarkasteltaessa elämäntapojen hallintaa tavoittelevan neuvontasuuntauksen yhteyteen liitettyjä tavoitteita. Hoitajat itse liittivät voimavarojen vahvistamisen useimmiten preventiiviseen neuvontatyöhön, sillä heidän käsityksensä mukaan voimavarojen vahvistaminen oli asiakkaan pystyvyyden tunteen sekä elämäntapamuutosta mahdollistavien tekijöiden tukemista. Tulkit-

sin tässä tutkimuksessa elämänhallinnan vahvistamiseen liittyviksi kuitenkin sellaiset hoitajien ilmaiset tavoitteet, jotka kohdistuivat asiakkaan voimavarojen vahvistamiseen ilman preventioon tähtäävää pyrkimystä (Tones 1988, 33-34; Nupponen ym 1991, 17-20). Elämänhallintasuuntaukseen liittyvät tavoitteet kohdistuivat asiakkaiden psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseen. Asiakkaiden voimavarojen vahvistamiseen tähtääviä tavoitteita oli tutkimusaineistossa kuitenkin hyvin vähän ja ne liittyivät sellaisten asiakkaiden kohtaamiseen, joiden resurssit eivät olleet riittävät elämäntapamuutoksiin

Hoitajat pyrkivät edistämään asiakkaidensa psyykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä, mutta heidän työnteonsa ei kuitenkaan voi sanoa olleen kaikilta osin voimavaroja vahvistavaan ajattelutapaan perustuva. Voimavaroja vahvistava työote edellyttää hoitajalta vallasta luopumista (mm. Kettunen 2001, 89; Cooper ym 2003). Hoitajat olivat kuitenkin omaksuneet asiiantuntijan roolin, josta käsin he saattoivat määritellä joitain elämäntapoja ”vääriksi”. Neuvonnan tavoitteet olivat myös useimmiten hoitajien omaksuman lääketieteellisen näkemyksen värittämiä. Hoitajat eivät siten olleet omaksuneet voimavaroja vahvistavan humanistisen ideologian mukaista osallistavaa työtapaa. Samansuuntaisia tutkimustuloksia löytyy ainakin Poskiparran (1997), Kettusen (2001) sekä Cooperin tutkimusryhmän (2003) tutkimuksista. Cooperin ryhmä toteaa, että voimavarakeskeisyyteen perustuva humanistinen ajattelu on tuotu terveydenhuoltoon pohtimatta ja ymmärtämättä syvällisesti sen tavoitteita ja periaatteita. Hoitohenkilökunta ei siksi osaa antaa asiakkaille uudenlaista yhteistyön roolia eikä ottaa tosissaan potilaiden autonomian ja voimavarojen tukemista. (Cooper ym 2003.) Erilaisten neuvontasuuntausten taustalla vaikuttavista ideologioista ja perusajatuksista olisikin tärkeää tulla tietoiseksi. Neuvontatyön tavoitteista olisi myös tärkeää käydä keskustelua sekä käytännön hoitotyössä että myös hoitotieteen piirissä.

Neuvonnan tavoitteiden ohella tässä tutkimuksessa kartoitettiin hoitajien neuvontatyötä ohjaavia tekijöitä. Työtä ohjaavien tekijöiden avulla oli tarkoitus liittää hoitajien neuvontakäsitys arkityön kontekstiin. Tähän tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli pitkä työkokemus ja ammattikoulutuksesta oli kulunut aikaa. Hoitajien olikin vaikea ilmaista sanallisesti työn tavoitteita ja työtä ohjaavia tekijöitä. Myös Rantasen (1993, 101; 1994) ja Lohinivan (1999, 131) tutkimuksissa hoitajien oli vaikea tarkastella omaa työtään. Hoitajien hoitotieteellinen teoreettinen tietämys oli hataraa, sillä heiltä puuttui ammattikoulutuksen kautta hankittu teoreettinen perusta. Terveystieteellisistä teorioista hoitajat käyttivät muutosvaihemallia. Muista terveystieteellisistä teorioista hoitajat poimivat joitain omaan ajatteluunsa sopivia elementtejä.

tejä, mutta työtä näytti jäsentävän organisaation käytäntöjen ohella hoitajien lääketieteellinen tietämys. Myös Heikkisen (1988, 109; 1991), Laitakarin tutkimusryhmän (1989, 170-172) sekä Rantasen (1993, 55-56) tutkimuksissa hoitajat toteuttivat neuvontatyötä lääketieteellisen tiedon ohjaamina, jolloin neuvonnan sisältö muodostui sairaus- ja ongelmakeskeiseksi.

Hoitajat olivat omaksuneet muutosvaihemallin yhdeksi työvälineekseen. Muutosvaihemallin eli transteoreettisen mallin mukaan terveystottumusten muutosprosessi etenee muutoksen esiharkinnasta toteutuneen muutoksen ylläpitämiseen vaiheittain. Neuvonnan kannalta on oleellista tunnistaa eri vaiheet, sillä mallin mukaan asiakas hyötyy erilaisista toimintatavoista muutosprosessin eri vaiheissa. (Prochaska ym 1997.) Muutosvaihemalli jäseni tämän tutkimuksen mukaan neuvonnan sisältöjä. Sen avulla saatiin eväitä neuvonnan ajoitukseen, tavoitteisiin ja jopa sanojen asetteluun. Oli ilmeistä, että malli suuntasi hoitajien huomiota elämäntapamuutokseen. Whitehead (2001b) huomauttaa, että kritiikitön terveystieteellisten mallien soveltamien objektivoi asiakasta. Mallien taustafilosofia perustuu preventiiviseen ajatteluun ja niiden kritiikitön käyttö kiinnittää huomion asiakkaan sijasta elämäntapamuutokseen. Muutosvaihemalli on vain yksi kymmenistä erilaisista elämäntapamuutoksia jäsentävistä terveystieteellisistä malleista (Glanz ym 1997, 26). Siitä on kuitenkin tullut suosittu ja suomalaistenkin terveyden edistämisen asiantuntijoiden suosima apuväline terveysneuvonnan kohdentamiseen ja terveystottumusten muutosten kuvaamiseen (mm. Mustajoki 1998; Poskiparta 2002b; Ketola 2003). Whitelaw'n tutkimusryhmän (2000) mukaan empiirisissä tutkimuksissa on kuitenkin saatu verrattain vähän näyttöä mallin tehokkuudesta. Heidän mukaansa malliin olisikin syytä suhtautua toistaiseksi kriittisesti. (Whitelaw ym. 2000.)

Tutkimustietoa hoitajilla oli käytössään vähän. Kuten myös Orannan tutkimusryhmän (2002) tutkimuksessa, hoitajat olivat epävarmoja tutkimustiedon pätevyydestä ja he kaipasivat tutkimustiedon arviointiin ja hyödyntämiseen tukea. Tässä tutkimuksessa hoitajat kaipasivat myös koulutusmahdollisuuksien lisäämistä sekä neuvonnan käytäntöihin että sen sisältöihin liittyen. Koulutusta on toivottu myös useissa aiemmissä tutkimuksissa (Laitakari ym 1989, 161; McBride 1994; Laitakari ym 1997; Poskiparta 1997, 125; Cantrell 1998; Hakkarinen 2000, 39; Laitinen & Toikkanen 2003, 76).

Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat innostuneita työstään, ja he kokivat tekevänsä tärkeää työtä. Myös Antikaisen (1993, 40), McBriden (1994), Steptoen tutkimusryhmän (1999), Hakkaraisen (2000, 40, 57) sekä Laitisen ja Toikkasen (2003, 74) tutkimuksissa

hoitajat asennoituvat terveysneuvontaan positiivisesti ja kokivat neuvonnan tärkeäksi. Hoitajat kokivat terveydenedistämistyön yhteiskunnallisen arvostuksen tärkeäksi työtään motivoivaksi seikaksi. Heitä motivoi myös lähimmäisenrakkaus ja aito huoli asiakkaiden terveydestä. Hoitajilla oli vilpittömän halu auttaa asiakkaita löytämään terveellisiä elämäntapoja. Toisaalta hoitajat olivat myös turhautuneita siihen, että työn vaikutukset koettiin vähäisiksi. Samansuuntaisista tutkimustuloksista ovat raportoineet myös Heikkinen (1988, 73-76), Hakkarainen (2000, 41) sekä Laitinen ja Toikkanen (2003, 75). Hoitajien turhautumisen välttämiseksi olisi tärkeää, että neuvontatyön tavoitteenasettelu olisi selkeämpää. Selkeiden tavoitteiden avulla neuvontatyön arviointia voidaan kehittää, jolloin myös työstä saatava palaute lisääntyy. Työstä saatava palaute on tärkeää työmotivaation kannalta (mm. Etzione 1970, 12; Scott 1992, 285).

Asiakaskeskeisyys oli yksi hoitajien tärkeimmistä ihanteista neuvontatyössä. Myös Nupposen (1998) mukaan asiakaskeskeisyys on neuvontatyön peruselementti. Hoitajien ilmaisemia asiakaskeskeisyyden elementtejä olivat asiakkaiden yksilöllisten lähtökohtien huomioiminen, tasa-arvoinen yhteistyö asiakkaiden kanssa, kunnioittava suhtautuminen ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Hoitajien vilpittömänä pyrkimyksenä oli toimia asiakkaan lähtökohdista käsin. Käytännön tilanteissa ihanteet eivät kuitenkaan aina ohjanneet hoitajien toimintaa. Vastaavasta ilmiöstä ovat raportoineet myös Antikainen (1993) ja McBride (1994). Tässä tutkimuksessa tasa-arvoista yhteistyötä rajoitti hoitajan omaksuma ammatillinen auktoriteettiasema, jonka mukaan terveydenhuollon ammattilainen tietää, millaiset elämäntavat ovat oikeita ja tavoiteltavia. Asiakkaan terveysriski taas oikeutti hoitajan toisinaan toimimaan manipuloivallakin tavalla.

Asiakaskeskeisyys ei ole käsitteenä yksiselitteinen (vrt Sorsa 2002). Tässäkin tutkimuksessa hoitajat näyttivät ymmärtävän asiakaskeskeisyyden hyvin eritavoin. Osa hoitajista ymmärsi asiakaskeskeisyydellä tarkoitettavan sitä, että neuvontatyössä lähdetään aidosti asiakkaan näkökulmasta ja pyritään vastaamaan asiakkaan todellisiin tarpeisiin. Nämä hoitajat pohtivat kriittisesti omaa kykyään ja käytännön mahdollisuuttaan vastata asiakkaiden omiin tarpeisiin kiireisessä vastaanottotyössä. Osa hoitajista puolestaan toimi mielestään asiakaskeskeisesti, vaikka työn lähtökohdista näytti olevan diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttaminen. Hoitajat olivat laatineet toimintaohjeet, joiden mukaisesti neuvontakäynnit jäsentyivät ”asiakkaan lähtökohdista käsin”. Käytännössä diabeteksen ehkäisyohjelman mukaiset tavoitteet eivät kuitenkaan välttämättä olleet asiakkaan tarpeiden tai voimavarojen mukaisia. Osalle hoitajista

asiakaskeskeisyys näyttikin tarkoittavan sitä, että asiakas saa itse valita, mitä muutoksia hän on valmis elämäntapoihinsa tekemään diabetekseen sairastumisriskin vähenemiseksi. Kun hoitaja rajaa käsiteltävät asiat omien ennakko-odotustensa mukaisesti, saattaa asiakkaan terveyden kannalta tärkeitäkin asioita jäädä käsittelemättä (Laitakari ym 1989, 170-172).

Tässä tutkimuksessa organisaation neuvontatyötä ohjaavat tekijät vaikuttivat jäsentymättömyytiltä. Organisaatiossa oli ollut runsaasti muutoksia ja hoitajien kokemuksen mukaan aikuisen neuvontatyön asema oli organisaatiossa epäselvä. Tämä heijastui hoitajiin heidän oman työnkuvansa jäsentymättömyytenä, työnjaon epäselvyytenä, julkilausuttujen yhteisten tavoitteiden ja toimintalinjojen puutteena. Lisäksi yhteistyö eri ammattiryhmien kesken oli vähäistä. Epäselvän työnjaon, yhteisten tavoitteiden ja yhteistyön puutteesta neuvontatyön käytännössä ovat raportoineet myös Laitakarin tutkimusryhmä (1989, 102), Heikkinen (1991), Miilunpalo (1995) ja Hakkarainen (2000, 44). Hoitajat arvostivat työnsä itsenäisyyttä ja vapaita toimintamahdollisuuksiaan, mutta toisaalta he kuitenkin kaipasivat myös tukea. He kokivat toimivansa yksin, samoin kuin Heikkisenkin (1991) tutkimuksen hoitajat. Jonkin verran tukea hoitajat saivat kollegoiltaan, mutta esimiehiltä saatu tuki koettiin riittämättömäksi. Terveystieteiden organisaatiot ovat professionaalisia organisaatioita, joissa ammatillinen toimintatapa on tärkeää. Henkilöstön on kuitenkin todettu odottavan esimiehiltään tukea, vaikutusmahdollisuuksia ja huolenpitoa (Pahkala ym 2000; Suonsivu 2003).

Organisaation yhteisten toimintalinjojen vähäisyys ja epäselvyys aiheutti hoitajille epävarmuutta. Yhteisten toimintaohjeiden puute häiritsi neuvontatyötä myös Laitakarin (1989, 190-192) ja Miilunpalon (1995) tutkimusryhmien tutkimuksissa. Hoitajat kokivat organisaation omien hoitopolkujen, laboratorio- ja terveystarkastuskäytäntöjen kuitenkin tukevan työtä. Myös kansanterveysohjelmien ja käypä hoito -suositusten koettiin selkeyttävän työtä, vaikka niiden käytöstä työn ohjenuorana ei oltu organisaatiossa yhteisesti sovittu. Ohjelmien ja suositusten paikallisesta soveltamisesta sopiminen olisikin hoitajien mukaan tärkeää. Se jäsentäisi työtä ja toisi työhön yhteisiä tavoitteita, jotka ovat linjassa yhteiskunnallistenkin tavoitteiden kanssa. Yhtenäiset toimintalinjat tekisivät neuvonnasta johdonmukaisempaa, tukisivat hoitajia ja auttaisivat perustelemaan asioita myös asiakkaille. Organisaation yhteisistä toimintalinjoista sopiminen ja yhteisten tavoitteiden suunnittelu on nähty tärkeäksi neuvontatyön kehittämiskohteeksi myös Miilunpalon (1995) ja Laitakarin tutkimusryhmien (1997) sekä Hakkaraisen (2000, 45) tutkimuksissa. Tutkimuksen kohdeorganisaatioon oli asetettu työryhmä pohtimaan muun muassa aikuisneuvontatyön strategiaa. Hoitajat olivat tyytyväisiä

työryhmän olemassaoloon. He odottivat työn jäsentymistä ja yhteisten pelisääntöjen täsmen-  
tymistä työryhmän työn tuloksena.

Hyvin toimivassa organisaatiossa organisaation jäsenillä on yhteinen näkemys organisaation  
perustehtävästä ja tavoitteista (Etzione 1970, 12; Scott 1992, 286; Työministeriö 1995). Hoi-  
tajien tehtävänä oli huolehtia oman alueensa aikuisväestön terveysneuvonnasta, osa hoitajista  
ainoastaan aikuistyyppin diabeteksen osalta. Tutkimuksen aineistonkeruun ajankohtana  
selkeitä julkilausuttuja tavoitteita ja toimintalinjoja neuvontatyöhön näytti tarjoavan kuiten-  
kin ainoastaan diabeteksen ehkäisyohjelma (Diabetesliitto 2000). Hoitajat olivat sitoutuneet  
ohjelman toteuttamiseen ja sen tavoitteet jäsensivätkin vahvasti neuvontakäyntien sisältöä.  
Hoitajien mukaan organisaation tavoitteet näyttivät muilta osin liittyvän ainoastaan työn mää-  
rällisiin indikaattoreihin, kuten vastaanotettujen asiakkaiden määrien seurantaan. Määrällis-  
ten tavoitteiden koettiin kuitenkin lyövän korvalle hoitajien neuvontatyölle asettamia  
laadullisia ihanteita. Myös Pakkalan tutkimusryhmän (1999) tutkimuksessa hoitotyön organi-  
saatioiden työn tuloksellisuuden arviointitapa, perusteet sekä arvioinnin oikeutus koettiin  
epäoikeudenmukaiseksi. Suonsivun (2003) tutkimuksessa hoitajien kokemuksena oli, että  
johdolla ja työntekijöillä oli erilaiset tavoitteet. Hoitotyön laatutavoitteita on vaikea sovittaa  
yhteen hallinnollisten mittareiden ja suoriteajattelun kanssa, neuvontatyön laatua ja sisältöä  
kuvaavien tavoitteiden kehittäminen olisi kuitenkin ilmeisen tärkeää.

Hoitajien käsityksen mukaan yhteiskunta odottaa terveyttä edistävältä työltä preventiota ja  
säästöjä sairauskustannusten laskun myötä. Hoitajat olivat tiedostaneet erityisesti aikuistyy-  
ppin diabetekseen lisääntymisen ja liitännäissairauksien kohoavien hoitokustannusten aiheut-  
tavan kansantaloudellisestikin merkittäväksi mainitun uhkan (vrt. Diabetesliitto 2000, 7).  
Tässä tutkimuksessa diabeteksen ehkäisyohjelma näytti dominoivan kaikkien tutkimukseen  
osallistuneiden hoitajien työtä. Hoitajien pyrkimystä keskittyä tutkimushaastatteluis-  
sa diabe-  
teksen ehkäisyasioihin saattoi lisätä se, että he olivat saaneet asiaan liittyvää koulutusta hil-  
jattain. Lisäksi osalla hoitajista uudet työtehtävät keskittyivät ainoastaan diabeteksen ehkäi-  
syyn. Tutkimuksessa kaikkien hoitajien keskittyminen diabeteksen ehkäisyyn liittyviin asioi-  
hin oli kuitenkin silmiinpistävää. Diabeteksen kansanterveydellinen merkitys on merkittävä  
ja diabeteksen ehkäisyohjelma on hyvin perusteltu (mm. Salminen ym 2000; Diabetesliitto  
2000; Tuomilehto ym 2001). Vuonna 2002 sairaslomia aiheuttivat kuitenkin eniten tuki- ja  
liikuntaelinten sairaudet (34%) sekä mielenterveyden häiriöt (15%) (Kansaneläkelaitos  
2003). Vuonna 2003 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä puolestaan 33% jäi työelämästä

mielenterveysongelmien takia, 30% tuki- ja liikuntaelinsairauksien takia ja vain 1% diabeteksen takia (Eläketurvakeskus & Kansaneläkelaitos 2005, 128). Erityyppisten sairauksien ehkäisemisen mahdollisuudet ovat luonnollisesti erilaisia. Tämä tutkimus on myös pienimuotoinen, joten neuvontatyön kohdistumisesta tarvitaan laajempia selvityksiä. Yhden preventiivisen ohjelman näyttäytymistä hyvin vahvana arkipäivän neuvontatyössä ei voitane kuitenkaan pitää kovin tarkoituksenmukaisena eikä myöskään oikeudenmukaisena.

Hoitajien ihanteena oli toimia asiakaskeskeisellä tavalla. Työn asiakaskeskeisyyttä rajoittivat kuitenkin työn organisointi ja resurssointi. Diabeteksen ehkäisyyn keskittyvien hoitajien yksilöneuvonta tarkoitti käytännössä paria kartoituskäyntiä, joiden aikana asiakkaat saivat informaatiopaketin. Myös Heikkinen (1988, 91, 109; 1991), Poskiparta (1997, 38, 123) ja Kettunen (2001, 56-58) ovat luonnehtineet neuvontaa tehtäväkeskeiseksi ”tietotankkaukseksi”, jossa huomio kiinnittyi neuvontapakettien läpikäymiseen. Hoitajien toimintatapaa tarkasteltaessa on huomioitava, että he toteuttavat niitä tehtäviä ja päämääriä, joita työnantaja heiltä odottaa. Ammatillaisen on mukauduttava työnantajan tavoitteisiin, mutta mielessä on myös pidettävä oma ammatillinen näkemys (Airaksinen 1993, 24). Itsenäisen ammatillisen toiminnan edellytyksenä on kuitenkin se, että ammatillisella on konkreettinen mahdollisuus tehdä todellisia valintoja (Tadd 1994, 89-93). Onkin kysyttävä, millaisia mahdollisuuksia asiakaskeskeiseen hoitotyöhön tarjoaa terveydenhuolto-organisaatio, johon rakennetaan hoitajille yhden ainoan sairauden ehkäisyyn rajoittuvia tehtävänkuvia? Kun terveydenhuollon organisaatiossa erotetaan diabetekseen sairastumisen riski muusta hoitotyöstä, objektivoidaan samalla asiakas. Yksilö nähdään potentiaalisena sairastujana ja hänestä tulee intervention kohde. Työnjaon välinein saadaan tällöin aikaiseksi tilanne, jossa asiakassuhteet pirstoutuvat eikä mahdollisuutta kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön käytännössä ole. Jos ihmisen persoonan kunnioitus ei ole organisaation johtava periaate, joutuvat yksilöt aina epäedulliseen asemaan (Henry 1994, 146).

Hoitajat halusivat haastatteluissa kertoa aiemmasta työtilanteestaan, jonka he olivat kokeneet vaikeaksi. Kun neuvontatyöhön varatut ajalliset resurssit olivat olleet hyvin niukat, kiire, liiallinen työmäärä ja myös levoton työympäristö olivat häirinneet neuvontatyöhön antautumista. Työn riittämättömän resurssoinnin on myös muissa tutkimuksissa todettu vaikeuttaneen neuvontatyötä (Heikkinen 1988, 75; Laitakari ym 1989, 102, 160; Antikainen 1993, 63; McBride 1994; Poskiparta 1997, 38; Cantrell 1998; Hakkarainen 2000, 44; Laitinen & Toikkanen 2003, 53). Hoitajien mukaan lyhyet vastaanottoajat estivät asiakkaiden osallistumisen



neuvontatapahtumaan, vastaavasta ovat raportoineet myös Heikkinen (1988, 92) ja Kettunen (2001, 75). Hoitajat kuormittuivat ja turhautuivat, kun eivät voineet hoitaa neuvontatyötä niin hyvin kuin olisivat halunneet. Leino-Kilven (2002) ja Hautalan tutkimusryhmien (2002) tutkimuksissa terveydenhuollon organisaatioiden työntekijät kokivat yleisimmäksi eettiseksi ongelmaksi työssään sen, etteivät he voineet saavuttaa toivomansa kaltaista hoitotyön laatua niukan henkilöstömitoituksen takia. Uupumus ja tunne työn hallinnan menetyksestä nousevat usein siitä, ettei työtä ole mahdollisuutta tehdä niin hyvin kuin haluaisi. Työssä jaksamisen kannalta olisikin tärkeää, että resurssit olisivat tasapainossa työn vaatimusten kanssa. (esim. Suonsivu 2003.) Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat hyvin myönteiseksi uuden mahdollisuutensa keskittyä ainoastaan neuvontatyöhön niin, etteivät muut työt häiritse neuvontatilanteisiin antautumista. Hoitajat uskoivat työn asiakaskeskeisyyden kohenevan. On kuitenkin huomattava, ettei pelkkä resurssien lisäys takaa asiakaskeskeisemmän hoitotyön toteutumista, jos työssä keskitytään diabeteksen ehkäisyohjelman kaltaisten ohjelmien toteuttamiseen asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja hänen todellisia tarpeitaan pohtimatta.

Kun hoitajien neuvontakäsitystä peilaa neuvontatyötä ohjaaviin tekijöihin, hoitajien preventiivinen biolääketieteelliseen tietoon perustuva ajattelutapa näyttää hyvin ymmärrettävältä. Hoitajia ohjasi koulutuksessa omaksuttu biolääketieteellinen ajattelutapa sekä organisaation ja yhteiskunnan utilitaristiset toimintaohjelmat, erityisesti sitoutuminen diabeteksen ehkäisyohjelmaan. Hoitajien ihanteena ollut pyrkimys asiakaskeskeisyyteen toimi kuitenkin hoitajien ”ammattillisena omanatuntona”. Heidän pyrkimyksensä asiakaskeskeisyyteen oli vilpiton, mutta asiakkaiden todellisten tarpeiden sovittaminen vahvaan preventiiviseen työotteeseen oli vaikeaa. Käytännössä asiakaskeskeisyys näytti toisinaan typistyvän asiakkaan mahdollisuudeksi valita, haluaisiko hän vaihtaa viinerin leipään vai makkaran salaattiin. Pyrkimys elämäntaparemonttiin oli joka tapauksessa hoitajien toiminnan tavoite. Näytti siltä, että pyrkimys asiakaskeskeisyyteen vain pehmensi suostuttelevaa toimintatapaa, sillä hoitajilla ei ollut aikaa, työyhteisön tukea eikä myös tarpeeksi teoreettisia välineitä tarkastella kriittisesti työtään ohjaavaa neuvontafilosofiaa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella myös neuvontatyöhön liittyviä eettisiä näkökulmia. Heikkisen (1988, 73, 79, 91-92; 1991) tutkimuksessa osa hoitajista oli turhautunut terveyskasvatustyöhön siksi, etteivät he kokeneet ihmisten elämänvalintoihin puuttumista oikeutetuna. Tässä tutkimuksessa hoitajat eivät sen sijaan kyseenalaistaneet neuvonnan oikeutusta. Osa hoitajista koki oikeutensa ja velvollisuutensa puuttua ihmisten elämänvalintoihin niin it-

sestään selväksi, että kysymyksenasettelu herätti hiukan hämmennystä. Neuvontatyön oikeutusta hoitajat perustelivat velvollisuus-, päämäärä- ja hyve-eettisin argumentein.

Yleisimmin ihmisten elämäntapoihin puuttumista perusteltiin velvollisuuteen vetoamalla. Hoitajien mukaan velvollisuus kertoa asiakkaille terveysriskeistä perustuu ammatilliseen tehtävään, jolla on oma historiallinen hyötyetiikkaan perustuva oikeutuksensa. Hoitajien koulutuksessa omaksuma ammatillinen tietämys ja ammattirooliin liittyvä vastuu oman alueensa asiakkaiden terveyteen liittyvistä seikoista velvoittivat hoitajat puuttumaan asiakkaan terveystottumuksiin. Velvollisuus perustui myös potilaslakiin (785/1992), jonka mukaan asiakkaalla on oikeus saada tietoa terveyteensä liittyvistä asioista. Myös Laitisen ja Toikkasen (2003, 48) tutkimuksessa hoitajat pitivät neuvontaa ammatillisena velvollisuutenaan todeten, että asiakkailla on oikeus saada terveyteen liittyvää tietoa. Tämän tutkimuksen mukaan hoitajat joutuvat kuitenkin punnitsemaan velvollisuuttaan kertoa terveysriskeistä, kun vastaanotoille saapuu vaikeissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä, joille tieto sairauksista aiheuttaa vain lisää paineita. Hoitajat totesivat, että asiakkaan etua on tällöin vaikea arvioida. Asiakkaan edun sekä oman velvollisuuden välistä ristiriitaa oli myös vaikea ratkaista.

Hoitajat perustelivat neuvontatyön oikeutusta myös hyve-eettisin argumentein. Heidän mukaansa lähimmäisenrakkaus oli tärkein neuvontatyön peruste. Asiakkaista ja heidän terveydestään välittäminen oikeutti huolehtimaan siitä, että asiakkaalla on käytössään riittävästi tietoa ja tukea, jotta hän voi tehdä valintoja terveyteensä liittyen. Hoitajien mukaan ns. kultainen sääntö, tehdä toiselle niin kuin itselleen toivoisi tehtävän (Lindqvist 1986, 52), velvoitti heitä toiminaan asiakkaan hyväksi. Myös Pihlainen (2000, 122-123) raportoi tutkimuksessaan hoitajan henkilökohtaisiin tunteisiin liittyvistä välittämistä ja lähimmäisenrakkautta kuvaavista ilmaisuista. Tässä tutkimuksessa hoitajilla oli vilpittömän huoli asiakkaiden terveydestä. Joidenkin hoitajien kohdalla huoli näytti toisinaan kuitenkin kasvavan niin suureksi, että tasavertainen yhteistyö ja asiakkaan autonomian kunnioittaminen unohtui.

Hoitajat olivat omaksuneet organisaation ja yhteiskunnan utilitaristisen preventiivisen ajattelutavan. Neuvontatyötä voitiin hoitajien mukaan pitää oikeutettuna sekä yhteiskunnan että yksityisen asiakkaan saavuttaman terveyshyödyn takia. Hoitajat perustelivat terveyden edistämisen oikeutusta kansanterveyden kohenemisella sekä siitä seuraavalla yhteisellä taloudellisella hyödyllä. Useissa aiemmissa tutkimuksissa hoitajat ovat kritisoineet hoitotyön organisaatioissa ajautuneen liiaksi talouden ohjailtavaksi (Hautala ym 2002; Leino-Kilpi ym 2002;

Suonsivu 2003). Terveystenhoitajien näkökulma oli tässä tutkimuksessa kuitenkin toisenlainen. He olivat tietoisia diabeteksen lisääntymiseen liittyvästä taloudellisesta uhkasta ja kokemus osallisuudesta tärkeään preventiiviseen hankkeeseen motivoi hoitajia heidän työssään.

Neuvontatyön oikeutusta hoitajat perustelivat myös asiakkaiden terveyshyötyyn vedoten. Hoitajien mukaan asiakkaiden elämäntapoihin puuttuminen on perusteltua, koska on asiakkaiden edun mukaista säilyä terveenä. Terveys olikin hoitajille hyvin tärkeä arvo. Vaikka hoitajat toisaalta pohtivat terveystieteiden yksilöllisyyttä, näytti kuitenkin siltä, että he pyrkivät siihen, että asiakkaat ymmärtäisivät terveyden samalla lailla lääketieteellisestä näkökulmasta kuin he itsekin. Tässä tutkimuksessa hoitajien ajattelutapa näyttäytyikin jonkin verran paternalistisena. Paternalistisessa ajattelussa asiantuntija arvelee tietävänsä asiakasta paremmin, mikä tämän edun mukaista on (Louhiala 1995, 58; Kylmä ym 2002, 68). Heikkinen (1988, 83, 92) kuvaa tutkimuksessaan hoitajien paternalistista asennetta ”hyväntahtoiseksi autoritatiivisyydeksi”. Terveystieteiden edistäjän olisi kuitenkin tärkeää huomioida, etteivät asiakkaiden terveystieteiden peruste samalla tavoin lääketieteelliseen tietoon kuin terveydenhuoltohenkilökunnalla (Häggman-Laitila 1999, 40-44; Whitehead 2001a). Ihmiset eivät myöskään perustelee terveystieteiden käyttämistä kansanterveydellisten tai henkilökohtaisten terveystieteiden välttämiseksi, vaan pyrkivät selviytymään erilaisista tilanteista parhaansa mukaan (Vertio 2003a, 55-56, 72-73). Selviytyäkseen parhaalla mahdollisella tavalla he tarvitsevat sekä totuudellista tietoa, että rinnalla kulkijan tukea.

Terveystieteiden tärkeys ilmeni hoitajien ajattelussa monin tavoin. Pohtiessaan seulonnan etiikkaa terveys näyttäytyi hoitajille niin tärkeänä, että he päättelivät terveyden säilyttämisen olevan tärkeämpää kuin seulonnan mahdollisesti seuraavat ongelmat. Terveystieteiden tärkeyttä ilmaisi myös se, että hoitajat nimesivät terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin hyvän elämän elementeiksi. On kuitenkin huomattava, että terveys on vain yksi arvo muiden arvojen joukossa. Asiakkaan autonomian kunnioittaminen on terveyden edistämisen keskeinen periaate, ja itsemääräämisen edistämisen tulisi olla myös terveyden edistämisen keskeinen päämäärä (ETENE 2001; Kylmä ym 2002, 65-67). Autonomiansa pohjalta ihmisellä on oikeus valita myös muita prioriteetteja kuin terveys (Norton 1998). Terveystieteiden henkilöstöllä on asiantuntemusta terveyteen liittyvissä asioissa. Jotta asiakas voi säilyttää itsemääräämisoikeutensa ja asiantuntemuksensa omissa asioissaan, olisi terveydenhuoltohenkilöstön kuitenkin rajoitettava roolinsa oman erityisasiantuntemuksensa alueelle. (Karjalainen ym 1991, 55-57.) Jos asiakkaat arvostavat enemmän muita arvoja kuin terveyttä, ovat hoitajan mahdollisuudet

vaikuttaa asiakkaan valintoihin hyvin vähäiset (Dines 1994, 225). Useiden terveyden edistämisen etiikan asiantuntijoiden mielestä prevention tavoitteeksi riittääkin se, että asiakkaille välitetään parhaaseen tieteelliseen tietämykseen perustuvaa terveystietoa, niin että he voivat tehdä tietoisia valintoja (Karjalainen ym 1991, 63; Häyry & Häyry 1997, 236; Ryynänen & Myllykangas 2000, 143).

Hoitotyön juuret ovat lääketieteelliseen ajatteluun perustuvassa sairauskeskeisessä hoidossa. Terveysneuvonnassa puututaan kuitenkin ihmisten elämänvalintoihin. Hoitajien toimintatavan ja tavoitteiden selkeyttäminen terveydenedistämistyössä olisikin hyvin tärkeää. (King 1994; Cribb & Duncan 2002a, 20-22.) Tämän tutkimuksen mukaan näytti siltä, että hoitajat olivat sopeutuneet koulutuksessa oppimaansa ja organisaation sekä yhteiskunnan vahvistamaan preventiiviseen rooliin niin, ettei prevention ongelmakohtia yhteiskunnan utilitaristisen päämäärien ja yksilöiden itsemääräämisoikeuden välillä aina tunnistettu. Olisi kuitenkin tärkeää, että hoitajat tekisivät arkiseen työhönsä liittyviä eettisiä valintoja tietoisesti.

#### **8.4. Neuvontatyön kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteita**

Tämän tutkimuksen avulla tuotettiin tietoa neuvontatyön tavoitteista, neuvontatyötä ohjaavista tekijöistä sekä neuvontatyöhön liittyvistä eettisistä näkökulmista. Tutkimuksen tuloksena syntynyt preventiivisen neuvontatyön tavoitehierarkia on vain suuntaa-antava. Preventiivisen neuvontatyön tavoitteenasettelua olisi kuitenkin mahdollista kehittää edelleen tämän tutkimuksen tuloksena syntyneen tavoitehierarkian pohjalta. Tavoitehierarkian täydentäminen jatkotutkimuksin, sekä vastaavien hierarkioiden kehittäminen myös muiden neuvontasuuntausten pohjalta, olisi neuvontatyön kehittämisen kannalta tärkeää. Näin olisi mahdollista luoda hoitajille apuvälineitä työn jäsentämiseksi ja palautteen saamisen mahdollistamiseksi. Neuvontatyön tavoitteenasettelun tueksi olisi tärkeää kehittää erityisesti neuvonnan välittömien vaikutusten arviointiin sopivia mittareita. Välittömien vaikutusten arviointi auttaisi kehittämään neuvontatyötä, sillä toiminnan onnistuneisuudesta saadaan palautetta nopeammin ja varmemmin kuin välillisistä tavoitteista tai terveystavoitteista arvioitaessa (mm. Nutbeam 1998; Nutbeam & Harris 1999, 14).

Organisaation työtä ohjaavat tekijät vaikuttivat tässä tutkimuksessa jäsentymättömiltä. Neuvontatyötä mahdollisimman hyvin tukevien olosuhteiden luomiseksi organisaatioissa tarvitaan lisää tutkimusta sekä kehittämistyötä. Tämän tutkimus antaa vain viitteitä siitä, että neu-

vontatyötä tukevien olosuhteiden luomiseksi huomiota olisi syytä kiinnittää useisiin seikkoihin. Asiakaskeskeisen hoitotyön mahdollistamiseksi työnjako ja tehtäväkuvat tulisi luoda sellaisiksi, että hoitajilla on mahdollisuus vastata asiakkaan todellisiin tarpeisiin. Jotta hoitajalla on mahdollisuus antautua neuvontatilanteeseen, työ vaatii myös riittävästi ajallisia resursseja, rauhallisen työympäristön ja mahdollisuuden keskittyä neuvontatyöhön. Olisi myös tärkeää, että hoitajilla olisi mahdollisuus saada neuvontatyön laatuun liittyvää palautetta työstään. Organisaation yhteisten julkilausuttujen tavoitteiden merkitys näyttäisi olevan myös tärkeä kehitettäessä neuvontatyötä tukevaa työympäristöä. Organisaation yhteisten toimintalinjojen luominen näyttäisi sekin jäsentävän neuvontatyötä. Yhteisiä toimintalinjoja on mahdollista luoda yhteistyössä henkilöstön kanssa esimerkiksi organisaation omaan strategiaan perustuen sekä myös luomalla paikallisia sovelluksia kansanterveysohjelmien tai hoitosuosituksen pohjalta. Neuvonnan parissa työskentelevät hoitajat tekevät itsenäistä työtä. Yhteistyömuotojen kehittäminen tutkitun tiedon hyödyntämiseksi, työn tavoitteiden ja yhteisten toimintalinjojen kehittämiseksi loisivat positiivisia työtä tukevia ”raameja” neuvontatyölle. Hoitajat kaipaavat työhönsä myös hoitotyön johtajien tukea.

Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat kokeneita hoitajia, joilla oli halu kehittyä ja kehittää työtään. Koulutusmahdollisuudet olivat kuitenkin vähäiset. Asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003) velvoittaa terveydenhuollon organisaatiot järjestämään henkilöstölle täydennyskoulutusta työntekijän ammattitaidon sekä terveydenhuollon toimintayksiköiden tukemiseksi. Pitkän työkokemuksen omaavien hoitajien teoreettisten valmiuksien kehittäminen suunnitelmallisen täydennyskoulutuksen keinoin olisi tärkeää, sillä hoitajien kykyä kyseenalaistaa ja arvioida kriittisesti vallitsevia hoitokäytäntöjä sekä niiden perusteita olisi syytä vahvistaa. Pitkän työkokemuksen yhdistäminen teoreettiseen tietämykseen antaisi hedelmällisen lähtökohdan neuvontatyön käytäntöjen kehittämiseksi.

Terveysneuvonnan tavoitteidenasettelu heijastaa terveydenedistäjän käsitystä hyvinä ja tavoiteltavina pidettävistä asioista. Preventiivisellä työllä on terveydenhuollossa oma oikeutettu utilitaristiseen ajatteluun perustuva asemansa. Preventiivisessä työssä olisi kuitenkin kiinnitettävä erityishuomiota yksilön autonomian kunnioittamiseen. (mm. Karjalainen ym 1991; Haapajarvi ym 1995; Norton 1998; Cribb & Duncan 2002b, 274-275.) Terveydenhuollon eetikoiden mukaan terveysneuvonnan tavoitteeksi riittäisikin se, että asiakas tekee tietoisin valinnan (Karjalainen ym 1991, 63; Häyry & Häyry 1997, 236; Rynänen & Myllykangas 2000, 143). Tällöin olisi kuitenkin huomioitava, että asiakas saa myös riittävästi tukea ja

huolenpitoa (ETENE 2001, 5; Lindqvist 2001, 22). Asiakkaan voimavarojen vahvistamiseen pyrkivä humanistinen suuntaus on saanut paljon kannattajia terveydenhuollon ja terveystieteiden piirissä. Näyttää kuitenkin siltä, että hoitajat eivät ole sisäistäneet voimavaroja vahvistavan työotteen uudenlaisia vaatimuksia (Kettunen 2001; Cooper ym 2003). Voimavaroja vahvistavan humanistisen ideologian perusteista, käytäntöön soveltamisesta sekä myös sen oikeutuksesta olisikin käytävä keskustelua sekä hoitotyön käytännössä että hoitotieteen piirissä. Ennen kaikkea olisi huomioitava, että terveysneuvonnan tavoitteenasettelu on syvästi eettinen kysymys, johon ei löydy yhtä oikeaa näkökulmaa. Olisikin tärkeää, että neuvontatyötä tekeville hoitajilla olisi mahdollisuus pohtia työnsä päämääriä avoimin mielin työyhteisössään sekä myös laajemmin ammattikunnan keskuudessa.

Terveysneuvontaa on toistaiseksi tutkittu hyvin vähän (Vertio 2003b, 576). Tässä tutkimuksessa tuotettiin tietoa neuvontatyön tavoitteista, työtä ohjaavista tekijöistä sekä eettisistä näkökulmista. Tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä näkyväksi hoitajan toimintaa ohjaavia tekijöitä. Jotta neuvontakäytäntöjä olisi jatkossa mahdollista kehittää asiakkaiden todellisia tarpeita vastaaviksi, terveysneuvonnan tutkimus asiakkaiden näkökulmasta olisi ensiarvoisen tärkeää. Jatkossa olisi perusteltua myös selvittää hoitotyön johtajien käsityksiä terveydenedistämistyön tavoitteista ja työtä ohjaavista tekijöistä, sillä hoitotyön johtajat ovat merkittävässä asemassa hoitotyön organisaatioita kehitettäessä. Neuvonnan etiikkaan liittyvää tutkimusta tulisi myös jatkossa lisätä, sillä hoitajat tekevät päivittäisessä työssään jatkuvasti arvovalintoja, mitä he pitävät hyvänä ja tavoiteltavana ihmisten elämässä.

## LÄHTEET

Aadland E. 1993. *Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan etiikka*. Otava. Helsinki.

Aarø LE. 1988. Research on health promotion and lifestyles. Teoksessa *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988*. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Tutkimukset 8/1988. Jyväskylä. 19-32.

Airaksinen T. 1993. Ammattien etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa *Ammattien ja ansaitsemisen etiikka*. Airaksinen T (toim.) 3. painos. Yliopistopaino. Helsinki. 19-60.

Antikainen I. 1993. *Terveyskasvatusnäkemys ja sen perusteet väestövastuista työtä tekevien terveydenhoitajien kuvaamana*. Pro Gradu. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Anttolainen M. 1996. *Sairaanhoitajien asennoituminen tupakointia koskevaan neuvontaan. Tutkimus sairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien tupakointitottumusten, tupakoinnin terveyshaittoja koskevien tietojen sekä tupakointia koskevan neuvonnan yhteydestä asennoitumiseen*. Kansanterveystieteen julkaisuja M 124:1996. Pro Gradu. Kansanterveystieteen laitos. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003. Verkkosoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194>. 2.9.2005.

Burnard P. 1996. *Counselling skills for Health Professionals*. 2<sup>nd</sup> ed. Chapman & Hall, London.

Campbell A. 1991. Education or indoctrination? The issue of autonomy in health education. In Doxiadis S (ed.) *Ethics in health education*. John Wiley & Sons. Chicester. 15-28.

Cantrell J. 1998. District nurses' perceptions of health education. *Journal of clinical nursing* 7 (1): 89-96.

Cooper HC, Booth K & Gill G. 2003. Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health education research* 18 (2): 191-206.

Cribb A & Duncan P. 2002a. *Health promotion and professional ethics*. Blackwell Science. Oxford.

Cribb A & Duncan P. 2002b. Introducing ethics to health promotion. In: Bunton R & MacDonald G (editors) *Health promotion – disciplines, diversity and developments*. 2<sup>nd</sup> ed. Routledge. London. 271-283.

Delaney F. 1994. Nursing and health promotion – conceptual concerns. *Journal of advanced nursing* 20: 828-835.

Dey I. 1993. *Qualitative data analysis – A user-friendly guide to social scientists*. Routledge. London.

- Diabetesliitto. 2000. *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000-2010*. Diabetesliitto. Tampere.
- Diabetesliitto. 2003. Pieni päätös päivässä –projekti. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003-2010. Verkko-osoitteessa: "[http://www.diabetes.fi/dehko/ehkaisy/julkaisut/ohjelmakirja/luku13\\_4.html](http://www.diabetes.fi/dehko/ehkaisy/julkaisut/ohjelmakirja/luku13_4.html)". 28.4.2005.
- Dines. 1994. What changes in health behavior might nurses logically expect from their health education work? *Journal of advanced nursing*. 20: 219-226.
- Downie RS, Tannahill C & Tannahill A. 1999. *Health Promotion – Models and Values*. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford University Press. Oxford.
- Eläketurvakeskus & Kansaneläkelaitos. 2005. Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2003. Suomen virallinen tilasto, sosiaaliturva. Helsinki.
- Eskola J & Suoranta J. 2003. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 6. painos. Vastapaino. Tampere.
- ETENE = Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2000. *Yhteiset eettiset ohjeet terveydenhuollossa*. Verkko-osoitteessa: "[http://www.etene.org/dokumentit/yhteiset\\_eettiset\\_ohjeet.html](http://www.etene.org/dokumentit/yhteiset_eettiset_ohjeet.html)". 8.10.2002.
- ETENE = Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2001. *Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa*. STM. Selvityksiä 2001:1. Helsinki. Verkkojulkaisu osoitteessa "<http://www.etene.org/dokumentit/julkaisutyhtfin.pdf>". 8.10.2002.
- Etzion A. 1970. *Nykyajan organisaatiot*. 2. painos. Tammi. Helsinki.
- Ewles L & Simmet I. 1995. *Terveyden edistämisen opas*. 2. painos. SHKS, Otava. Helsinki.
- Fawcett J. 1989. *Hoitotyön käsitteellisten mallien analyysi ja arviointi*. SHKS. WSOY. Helsinki.
- Field P. 1991. Doing fieldwork in your own culture. In Morse JM (ed.) *Qualitative nursing research – A contemporary dialogue*. Sage Publications. Newbury Park, California. 91-105.
- Frankena W.K. 1973. *Ethics*. 2<sup>nd</sup> ed. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.
- Glanz K, Lewis, FM & Rimer BK. 1997. *Health Behavior and Health Education – Theory, Research and Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Jossey-Bass, San Francisco.
- Haapajärvi T, Kiuru M, Kivinen L, Paavola P & Louhiala P. 1995. Ehkäisevän terveydenhuollon etiikka. *Suomen lääkäri* 50 (24): 2464-2469.
- Hakkarainen A. 2000. *Terveyskasvatus työterveyshuollossa. Terveydenhoitajien ja lääkärin mielipiteitä työterveyshuollon terveyskasvatustoiminnasta ja terveysneuvonnan toteutuminen asiakaskontakteissa Keski-Suomen, Kuopion ja Pohjois-Karjalan lääneissä*. Pro Gradu. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. Verkko-osoitteessa: "<http://docuweb.jyu.fi/scripts.webmain.dell>". 23.5.2003.



- Hakulinen T & Savela A. 2001. *Terveyden edistämisen tulevaisuudennäkymiä – Argumentoiva Delfoi-tutkimus*. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja A: Tutkimuksia 8. Joensuu.
- Hallamaa J. 2004. Yhteisön arvot ja yksilön terveys. *Duodecim* 120: 1439-1444.
- Hautala L, Leino-Kilpi H & Suominen T. 2002. Eettisyys kotisairaanhoidon organisaatiossa. *Hallinnon tutkimus* 21 (4): 17- 27.
- Heikka H & Koskenkorva J. 2004. *Metabolisen oireyhtymän elintapaneuvonta Jyväskylän perusterveydenhuollon hoitajien kuvaamana*. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Heikkinen R-L. 1988. *Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveyskasvatusanalyysi*. Väitöskirja. Tampereen yliopiston kasvatustieteen laitos. Julkaisusarja A: Tutkimusraportti 42. Tampere.
- Heikkinen R-L. 1991. Ymmärtävän tutkimusotteen tuottamia kriittisiä huomioita terveyskasvatuksesta. Teoksessa *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1991*. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 2/1991. Tampere. 35-41.
- Heiskanen H. 1993. Johtamisen ammattietiikasta. Teoksessa Airaksinen T. (toim.) *Ammattien ja ansaitsemisen etiikka*. 3. painos. Yliopistopaino. Helsinki. 227-264..
- Henry C. 1994. Professional behaviour and the organization. In Chadwick R. (ed.) *Ethics and the professions*. Avebury. Aldershot. 145-155.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2001. *Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Yliopistopaino. Helsinki.
- 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 (toim.) *Terveyden edistäminen – Uudistuvat työmenetelmät*. WSOY. Helsinki. 35-61.
- Holloway I & Wheeler S. 1996. *Qualitative research for nurses*. Blackwell Science. Oxford.
- Häggman-Laitila A. 1999. *Terveys ja omatoiminen terveydenhoito*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 648. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Häyry H & Häyry M. 1993. Oikeuksien ja velvollisuuksien rajapintoja lääkintä- ja hoitotyössä. Teoksessa *Ammattien ja ansaitsemisen etiikka*. Airaksinen T (toim.) 3. painos. Yliopistopaino. Helsinki. 130-174.
- Häyry H & Häyry M. 1994. The nature and role of professional codes in modern society. In Chadwick R (ed.) *Ethics and the professions*. Avebury. Aldershot. 136-144.
- Häyry H & Häyry M. 1997. *Elämän ehdot – bioetiikan, vapauden ja vastuun filosofiaa*. Yliopistopaino. Helsinki.

- Jakonen S, Ruoronen M & Heljälä L. 2003. Terveydenhoitajan käytännön rooli terveyden edistämässä. Teoksessa Koskenvuo K. (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. 2. uud. painos. Duodecim. Helsinki. 854-859.
- Kalkas H. 1996. Hoitotyön etiikan käytännölliset perusteet. Teoksessa Kalkas H & Sarvimäki A. *Hoitotyön etiikan perusteet*. 5. uud. painos. WSOY. Helsinki. 76-187.
- Kansaneläkelaitos. 2003. Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutus- ja perhe-etuustilastot 2002. Helsinki.
- Karjalainen J-M, Lindqvist M, Saares K & Voutilainen P. 1991. *Terveyden portinvartijat – Preventio ja asiantuntijavalta terveydenhuollon eettisenä ongelmana*. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 39/1991. Helsinki.
- Kendall S. 1998. *Health end empowerment – Research and practise*. Arnold publishers. London.
- Ketola E. 2003. Elämäntapamuutosten edistäminen terveydenhuollossa – potilaskeskeisempi ote preventioon. *Duodecim* 119: 1501-1502.
- Kettunen T. 2001. *Neuvontakeskustelu – Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa*. Väitöskirja. Studies in sport, physical education and health 75. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Kettunen T, Poskiparta M & Liimatainen L. 2001. Communicator styles in hospital patients during nurse-patient counseling. *Patient education and counseling*. 41: 161-188.
- Kettunen T, Poskiparta M & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14: 213-222.
- King P. 1994. Health promotion: The emerging frontier in nursing. *Journal of advanced nursing* 20: 209-218.
- Koskenvuo M & Mattila K. 2003. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Teoksessa Koskenvuo K. (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. 2. uud. painos. Duodecim. Helsinki. 16-21.
- Kovero C. 1999. Den upplevda yrkesrollen och dess relation till bemötande av klienten. *Vård i Norden*. 19 (2) 17-25.
- Kukkola S. 1997. *Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhde. Tutkimus halutun ja saadun kommunikation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa*. Väitöskirjat 2:1997. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Kvale S. 1996. *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications. Thousand Oaks, California.
- Kylmä J, Pietilä A-M & Vehviläinen-Julkunen K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M & Sirola K (toim.) *Terveyden edistäminen – Uudistuvat työmenetelmät*. WSOY. Helsinki. 62-76.

- Kylmä J, Pelkonen M & Hakulinen T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16 (6): 250-257.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1): 3-12.
- Laitakari J, Miilunpalo S, Pasanen M & Vuori I. 1989. *Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Health education in the Finnish health centers.* Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveiden edistäminen. Tutkimukset 6/1989. Helsinki.
- Laitakari J, Miilunpalo S & Vuori I. 1997. The process and methods of health counseling by primary health care personnel in Finland. *Patient education and counseling.* 30: 61-70.
- Laitinen M & Toikkanen M. 2003. *Neuvonta tupakoinnista luopumiseksi äitiysneuvolassa: terveydenhoitajan ja asiakkaan näkökulma.* Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista* 17.8.1992/785. Verkko-osoitteessa <http://www.finlex.fi/lains/index>. 14.3.2003.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä* 28.6.1994/559. Verkko-osoitteessa <http://www.finlex.fi/lains/index>. 14.3.2003.
- Lappalainen R & Koikkalainen M. 1998. Terveysneuvonta – mistä se on kiinni? *Suomen lääkäri* 53: 2851-2853.
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen M (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä.* WSOY. Helsinki. 21-43.
- Leino-Kilpi H. 1996. Ihmisen elämäkääri – eettisten kysymysten kirjo hoitotyössä. Teoksessa Salo S & Tähtinen H. (toim.) *Etiikan puutarhassa – Eettisyys ja arki terveydenhuollossa.* Suomen kuntaliitto. Helsinki. 110-126.
- Leino-Kilpi H. 2002. Organizational ethics in Finnish intensive care units: staff perceptions. *Nursing ethics* 9 (2): 126-136.
- Leino-Kilpi H. 2004. Guest editorial: We need more nursing ethics research. *Journal of advanced nursing* 45 (4): 345-346.
- Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2003. *Etiikka hoitotyössä.* WSOY. Porvoo.
- Lindqvist M. 1986. *Ammattina ihminen – Hoidon etiikasta ja arvoista.* Otava. Helsinki.
- Lindqvist M. 1988. Prevention etiikka. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 25: 39-46.
- Lindqvist M. 2001. Terveidenhuollon eettisiä ydinkysymyksiä. Verkojulkaisussa ETENE. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. *Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa.* STM. Selvityksiä 2001:1. Helsinki. Verko-osoitteessa <http://www.etene.org/dokumentit/julkaisutyhtfin.pdf>. 8.10.2002.

- Lohiniva V. 1999. *Terveydenhoitajan työ ja kvalifikaatiot pohjoisessa toimintaympäristössä*. Väitöskirja. Acta Universitatis Oulensis. D Medica 509. Oulun yliopisto. Oulu.
- Louhiala P. 1995. *Terveys, arvot ja oikeudet*. Yliopistopaino. Helsinki,
- Marquis B & Huston C. 2003. *Leadership roles and management functions in nursing – Theory and application*. 4<sup>th</sup> ed. Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia.
- May KA. 1991. Interview techniques in qualitative research: concerns and challenges. In Morse JM. (ed.) *Qualitative nursing research – A contemporary dialogue*. Sage Publications. Newbury park. California. 188-201.
- McBride A. 1994. Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of advanced nursing* 20: 92-100.
- Miilunpalo S. 1995. Terveyskasvatuksen vaikuttavuus. *Suomen lääkirilehti* 50: 2009-2015.
- Miilunpalo S, Laitakari J & Vuori I. 1995. Strengths and weaknesses in health counseling in Finnish primary health care. *Patient education and counseling* 25: 317-328.
- Morse JM. 1991. *Qualitative nursing research – A contemporary dialogue*. Sage Publications. Newbury park. California.
- Mustajoki P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi – miten autan potilasta? *Duodecim* 114: 531-538.
- Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Helsinki. 215-222.
- Norton L. 1998. Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice? *Journal of advanced nursing* 28 (6) 1269-1275.
- Nupponen R, Aarva P, Laitakari J, Miilunpalo S, Paronen O & Urponen H. 1991. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1991*. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 2/1991. Tampere. 11-26.
- Nupponen R. 1993. Terveyspsykologia – haastava ja monipuolinen tutkimusala. Teoksessa: Kuusinen (toim). *Terveyspsykologia*. WSOY, Jyväskylä.
- Nupponen R. 1998. What is counseling all about – Basics in the counseling of health-related physical activity. *Patient education and counseling* 33: S61-S67.
- Nutbeam D. 1998. Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health promotion international* 13: 27-41.
- Nutbeam D & Harris E. 1999. *Theory in nutshell – A guide to Health to Promotion Theory*. McGraw-Hill Book Company. Roseville, Australia.
- Oranta O, Routasalo P & Hupli M. 2002. Sairaanhoidaja tutkimustiedon hyödyntäjänä – estävät ja edistävät tekijät. *Hoitotiede* 14, 26-37.

- Palmgren H. 2000. *Tukea, ohjausta vai tiedon jakamista? Työterveyshoitajien käsityksiä terveyskasvatuksesta: työterveyshoitajien terveyskasvatustietoisuuden tarkastelu*. Pro Gradu. Kasvatustieteen laitos. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Pahkala S, Pahkala K & Laippala P. 1999. Omaa työyksikköä ja koko organisaatiota kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. *Hallinnon tutkimus* 18 (3): 251-264.
- Pahkala S, Bragge A, Laippala P & Pahkala K. 2000. Esimiestoimintaa kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. *Hallinnon tutkimus* 19 (3): 263-277.
- Parker J. 1994. Moral philosophy – another 'disabling profession'? In Chadwick R (ed.) *Ethics and the professions*. Avebury. Aldershot. 27-41.
- Pattison S & Player D. 1991. Health education – The political tensions. In Doxiadis S. (ed.) *Ethics in health education*. John Wiley & Sons. Chicester. 63-80.
- Pelkonen M & Kankkunen P. 2001. Nurses' competence in advising and supporting clients to cease smoking: A survey among Finnish nurses. *Journal of Clinical Nursing* 10: 437-441.
- Peränen N & Tonteri S. 2003. *Tavoitteenasettelu tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonnassa. Tapaustudkimus kolmen potilaan neuvontaketjusta*. ProGradu. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Pietilä V. 1976. *Sisällön erittely*. 2. korjattu painos. Gaudeamus. Helsinki.
- Pietarinen J & Poutanen S. 1998. *Etiikan teorioita*. Gaudeamus. Tampere.
- Pihlainen A. 2000. *Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä koulutuksessa ja työelämässä*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 730. Tampere.
- Polit D & Hungler B. 1997. *Essentials of nursing research – Methods, appraisal and utilisation*. 4<sup>th</sup> ed. Lippincott. Philadelphia.
- Poskiparta M. 1997. *Terveysneuvonta, oppimaan oppimista – Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä*. Väitöskirja. Studies in sport, physical education and health 46. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Poskiparta M. 2002a. Terveystiedon ammattillisen orientoitumisen kehityskulut 1900- ja 2000-luvun Suomessa. Teoksessa Koivisto T, Muurinen S, Peiponen A & Rajalahti E. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2003 – Terveystiedon edistäminen*. Tammi, Helsinki. 159-170.
- Poskiparta M. 2002b. Neuvonnan keinoin kohti terveystietoisuuden muutosta. Teoksessa Torkkola S (toim.) *Terveystietoisuus*. Tammi, Helsinki, 24-35.
- Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T & Kiuru P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. *Suomen lääkäri* 59 (14): 1491-1495.

- Prochaska JO, Redding C & Evers K. 1997. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Lewis, FM & Rimer BK (editors). *Health Behavior and Health Education – Theory, Research and Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Jossey-Bass, San Francisco. 60-84.
- Pylkkänen K & Vaskilampi T. 1982. Terveyskasvatuksen eettiset ongelmat. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 5-6 / 1982: 261-263.
- Rantanen L. 1993. *Terveysneuvonta työterveyshoitajan kuvaamana*. Licensiaattityö. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku.
- Rantanen L. 1994. Asiakkaan motivointi ja tukeminen terveysneuvonnassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31: 99-104.
- Rapo-Tennilä M. 2001. *Aikuisiän diabetes-potilaille annettu liikuntaneuvonta terveyskeskuksissa*. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Elektroninen aineisto osoitteessa: <http://selene.lib.jyu.fi/gradu/h/mrapoten.pdf>. 23.5.2003.
- Repo A. 2003. Etiikan teoriaa. Teoksessa Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2003. *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. Porvoo. 30-57.
- Riis P. 1991. Ethics, health education and nutrition. In Doxiadis S. (ed.) *Ethics in health education*. John Wiley & Sons. Chichester. 181-190.
- Riska E & Wrede S. 2004. Kuka on kestävä sairaanhoitaja? Teoksessa Henriksson L & Wrede S (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Gaudeamus. Helsinki. 41-62.
- Ruontimo T. 1993. *Sairaanhoitaja varusmiesten terveyskasvattajana – Varuskuntasairaanhoitajien käsitys terveyskasvatustyöstään*. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku.
- Ryynänen O-P, Turunen K, Myllykangas M & Kinnunen J. 1999. Lääketieteen arvot ja päämäärät. *Suomen lääkirilehti* 54 (7): 810-814.
- Ryynänen O-P & Myllykangas M. 2000. *Terveystieteiden etiikka – Arvot monimutkaisuuksien maailmassa*. WSOY. Porvoo.
- Sajama S. 1995. *Arkipäivän filosofiaa. Kertomus ihmisestä tiedon hankkijana ja arvoratkaisujen tekijänä*. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Salminen V, Lindström J, Louheranta A & Rastas M. 2002. Ruokavalio- ja liikuntaneuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. Diabetes Prevention Study. *Suomen lääkirilehti* 57: 1379–1382.
- Sandelowski M. 1995. Focus on qualitative methods. Qualitative analysis: What it is and how to begin? *Research in nursing & health*. 1995 (18): 371-375.
- Sarvimäki A. 1996. Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa Kalkas H & Sarvimäki A. *Hoitotyön etiikan perusteet*. 5. uud. painos. WSOY. Helsinki. 11-74.
- Scott P. 1998. Professional ethics: are we on the wrong track? *Nursing Ethics* 5 (6): 477-485.

- Scott WR. 1992. *Organizations – Rational, natural and open systems*. 3<sup>rd</sup> ed. Prentice-Hall International. Englewood Cliffs. New Jersey.
- Seedhouse D. 1997. *Health promotion – Philosophy, prejudice and practise*. John Wiley & Sons. Chicester.
- Sorsa M. 2002. *Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystalveissa*. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Steptoe A, Doherty S, Kendrick T, Rink E & Hilton S. 1999. Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practise nurses. *Family practise*. 16 (2): 158-163.
- SSL = Suomen sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Teoksessa Kalkas H & Sarvimäki A. *Hoitotyön etiikan perusteet*. 5. uud. painos. WSOY. Helsinki. 205-206.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. *Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002: 6. Helsinki.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. *Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2003:6. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/1102/index.htm> 12.6.2004.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731 Verkko-osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. 20.1.2005.
- Suonsivu K. 2003. Kun mikään ei riitä. *Hallinnon tutkimus* 22 (4): 372-384.
- Tadd W. 1994. Accountability and nursing. In Chadwick R. (ed.) *Ethics and the professions*. Avebury. Aldershot. 88-103.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. 1986. *Terveyskasvatukseen liittyviä eettisiä näkökohtia*. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyskasvatus, Sarja Tilastot ja selvitykset 2/1986. Helsinki.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. 1995. Terveyskasvatustutkimuksen kehittäminen Suomessa 1990-luvulla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32: 143-158.
- Tones K. 1988. Selecting indicators of succes in health education: the importance of theory and philosophy. Teoksessa *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988*. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Tutkimukset 8/1988. Jyväskylä. 33-42.
- Tones K. 1998. Health education and the promotion of health: seeking wisely to empower. In Kendall S. (ed.) *Health and empowerment – Research and practise*. Arnold publishers. London. 57-88.
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi. Helsinki.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J, Valle T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V & Uusitupa M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The new England journal of medicine* 344 (18): 1343-1350.

Työministeriö. 1995. *Psykososiaalisen työympäristön arvioiminen*. Työministeriö, Tampere.

Urjanheimo E-L & Larjonmaa R. 2002. Hoitotyöntekijät perusterveydenhuollossa. Teoksessa Liukko M. (toim.) *Perusterveydenhuollon uudistuvat toimintatavat. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu nro 1*. Suomen kuntaliitto. Helsinki. 34-40.

Vaskilampi T. 1978. *Terveyskasvatuksen yhteiskunnallisista yhteyksistä*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 6/1978, 294-296.

Vedung E. 2000. *Public policy and program evaluation*. Transaction publishers. New Jersey.

Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Helsinki.

Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Helsinki. 14-25.

Vertio H. 2003a. *Terveystieteen edistäminen*. Tammi. Helsinki.

Vertio H. 2003b. Terveystieteen periaatteet. Teoksessa Koskenvuo K. (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. 2. uud. painos. Duodecim. Helsinki. 573-578.

Vohlonen I. 1998. *Suomalainen terveystieteen politiikka*. Kirjayhtymä. Helsinki.

Välimäki M, Leino-Kilpi H, Tepponen H, Lemonidou C, Dassen T, Gasull M, Scott A & Arndt M. 2000. Hoitamisen etiikan tutkimus: yleiskatsaus vuosina 1984-1997 Suomessa valmistuneisiin opinnäytetöihin. *Hoitotiede* 12 (5): 227-234.

Whitehead D. 2001a. Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion. *Journal of Advanced Nursing* 34: 822-832.

Whitehead D. 2001b. A social cognitive model for health education / health promotion practice. *Journal of advanced nursing* 36: 417-425.

Whitelaw S, Baldwin S, Bunton R & Flynn D. 2000. The status of evidence and outcomes in Stages of change research. *Health education research* 15: 707-718.

WHO. 1946. *Constitution of World Health Organization*. Verkko-osoitteessa: <http://w3who.org/aboutsearo/bdf/const.pdf>. 20.1.2005.

WHO. 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Verkko-osoitteessa <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>. 2.7.2003.

Witte K. 1994. The manipulative nature of health communication research. *American behavioral scientists* 38: 285-293.



## LIITE 1. Terveysneuvontaa kuvaavia tutkimuksia

Tutkija/t ja tutkimusvuosi	Tutkimuksen aihe ja tarkoitus	Aineiston keruu ja tutkimusmetodi	Keskeisimmät tulokset
Laitakari, Miilunpalo, Pasanen & Vuori, 1989	Kartoittaa terveystieteiden toteutumista terveyskeskusten vastaanotoilla. Selvittää missä määrin ja millaista terveystietoa hoitajien, lääkäreiden ja fysioterapeuttien vastaanotoilla annetaan. Selvittää terveystieteen ammatillisia, hallinnollisia ja muunlaisia edellytyksiä sekä terveystieteen työn kehittämismahdollisuuksia.	Asiakaskäyntien rekisteröinti (n=4600) sekä lomakekysely hoitajille (n=214), lääkäreille (n=211) ja fysioterapeuteille (n=156) 53 terveyskeskuksessa. Kvantitatiivinen tutkimus.	Useimpiin terveyskeskuksen asiakaskäynteihin sisältyy yksilökohtaista neuvontaa, kolme neljästä hoitajien käynneistä sisälsi neuvontaa. Neuvonnan menetelmävalikoima oli kapea ja neuvontaa toteutettiin kertaluonteisena keskusteluna, kehoituksena tai neuvona. Neuvonta oli työntekijäkeskeistä ja se liittyi useimmiten työntekijän havaitsemaan terveysongelmaan. Monet työntekijöiden tunnistamat ”elämäntapaongelmat” jäivät kuitenkin käsittelemättä. Elämäntapamuutoksiin kannustavia ohjelmia ei asiakkaille laadittu eikä prosessinomaista neuvontaa esiintynyt. Työntekijät kokivat asiakasneuvontaa koskevien yhteisten tavoitteiden, toimintaohjeiden ja työnohjauksen puutteen sekä erityisesti ajan puutteen haittaavan neuvontatyötä.
Anttolainen 1996	Selvittää sairaalan vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien antamaa tupakointineuvontaa sekä heidän asennoitumistaan tupakointia koskevaan neuvontaan.	Lomakekysely HYKS:in klinikoiden sairaanhoitajille (N=179). Kvantitatiivinen tutkimus.	Hoitajilla oli kohtalaiset tiedot tupakan terveyshaitoista ja hoitajat asennoituivat myönteisesti tupakointia koskevaan neuvontaan. Neljä viidestä hoitajasta ilmoitti neuvoneensa potilaita tupakoinnin terveyshaitoista. Kaikkien hoitajien mukaan potilaan terveyden elämäntapojen edistäminen kuuluu hoitajan työkuvaan, mutta vain 14% hoitajista piti oikeutettuna puuttua potilaiden tupakointitottumuksiin, jos potilaalla ei ole tupakoinnista johtuvia sairauksia. Vain joka viides hoitajista käytti terveystietämateriaalia, vaikka sitä oli saatavana.
Kukkola 1997	Kuvata potilaiden kommunikaatio-odotuksia ja niiden toteutumista terveyskeskuksen ajanvarausvastaanotoilla. Verrata potilaiden ja hoidonantajien arviota toteutuneesta kommunikaatiosta ja kartoittaa toteutuneen kommunikaation vaikutusta potilaiden tyytyväisyyteen.	Lomakekysely viiden terveyskeskuksen lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotoilla käyneille potilaille (N=922) sekä hoidonantajille ennen ja jälkeen vastaanottokäynnin. Kvantitatiivinen tutkimus.	Kommunikaatio terveyskeskuksen vastaanotoilla vastasi potilaiden odotuksia. Potilaat odottivat kuuntelua, kannustamista, hyvää kohtelua ja mahdollisuutta keskustella muustakin kuin sairaudestaan. Potilaiden tyytyväisyyttä vastaanottotapahtumaan enustivat hoitajan asiantuntijuus, tiedon saanti vaivasta sekä mahdollisuus esittää mielipiteensä ja keskustella peloista ja ahdistuksesta vastaanottokäynnillä. Neljä viidestä potilaasta oli hyvin tyytyväinen vastaanottokäyntiin. Hoitajien vastaanotoilla korostui tiedon antaminen terveyden ylläpitämisestä ja edistämisestä, mutta vastaanottotoiminta ei vaikuttanut suunnitelmalliselta, sillä vain 59% potilaista sai hoitajilta tietoa jatkohoidosta.
Poskiparta 1997	Kuvata sairaalan terveystieteen neuvontaan liittyvää vuorovaikutusta ja tutkia hoitajien vuorovaikutustaitojen kehittymistä itsearviointin sekä koulutuksen avulla	Sairaalassa videoidut neuvontakeskustelut (N=38) ja hoitajien sekä potilaiden haastattelu ja kirjallinen palaute. Deduktiivinen sisällönanalyysi ja etnometodologinen keskusteluanalyysi.	Terveystieteen neuvontatilanteet ovat vuorovaikutusprosesseja, joiden aikana erilaiset neuvontatyylit vaihtelevat. Neuvontatilanteissa hoitajat painottivat asian tiedollista hallintaa ja sanallista ilmaisua, mutta eivät selvittäneet potilaiden tietämystä. Potilaiden tietoja ja kokemuksia ei osattu neuvonnassa hyödyntää. Hoitajat tiedostivat potilaiden emotionaalisen tuen tarpeita, mutta eivät

			osanneet niihin vastata. Hoitajat eivät pitäneet omia vuorovaikutustaitojaan riittävinä vaan kokivat tarvitsevansa harjoittelua. Videointi todettiin hyväksi keinoksi kehittää hoitajien vuorovaikutustaitoja, mutta vuorovaikutustaitojen kehittyminen oli rajallista lyhyen koulutuksen avulla.
Hakkarainen, 2000	Selvittää työterveyshuollossa työskentelevien hoitajien ja lääkärien käsityksiä terveyskasvatuksesta sekä kartoittaa, millaista terveysneuvontaa asiakas-kontakteissa toteutettiin.	Lomakekysely kolmen läänin työterveyshoitajien ja lääkärien terveyskasvatuskäsityksistä (n= 231). Lomakekysely asiakaskontaktissa toteutuneesta terveysneuvonnasta lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotoilla (n=266). Kysymyslomake puoli-strukturoitu. Kvantitatiivinen aineisto määrällisin menetelmin, avointen kysymysten sisällönanalyysi.	Terveydenhoitajat olivat motivoituneita terveyskasvatustehtäviin ja neuvontaa annettiin lähes jokaisella vastaanottokäynnillä. Molemmat ammattiryhmät kokivat elämäntapoihin ja työn terveysvaaroihin liittyvän neuvonnan tärkeäksi. Neuvontatyötä arvioitiin haittaavan ajanpuutteen, asiakkaiden kiinnostuksen puutteen, työn vähäiset tulokset sekä omien terveyskasvatustaitojen puutteellisuuden. Neuvontaa arvioitiin myös haittaavan työyksikön yhteisten tavoitteiden sekä yhteistyön puutteen. Molemmissa ammattiryhmissä kaivattiin koulutusta terveyteen, viestintään, neuvontamenetelmiin ja neuvonnan vaikuttavuuden arviointiin liittyen.
Kettunen 2001	Kuvailla potilaiden osallistumista terveysneuvontakeskusteluun sairaalassa sekä hahmottaa voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun toimintatapoja	Sairaalassa videoidut neuvontakeskustelut (N=38). Laadullinen keskusteluanalyysi, case-tutkimus ja tyypittely.	Hoitajat dominoivat neuvontakeskustelua ja heidän kykynsä havaita potilaiden kielellisiä vihjeitä on puutteellinen, mutta potilaatkin vaikuttivat neuvonnan kulkuun kysymällä, kommentoimalla, kertomalla omista näkökannoistaan sekä kritisoimalla saamaansa hoitoa. Vastavuoroisessa keskustelussa hoitaja kutsuu potilaan osallistumaan keskusteluun osallistumistarjouksin tai tuntemuskysymyksin, potilaan reflektiota herätellään tunnustelemaan puheen ja reflektiivisten kysymysten avulla ja hänen kompetenssiaan kunnioitetaan antamalla kuuntelevaa palautetta, yksilöllisiä neuvoja sekä esittämällä erilaisia vaihtoehtoja neutraalilla tavalla. Ei-vastavuoroisen puhe-käytäntö ilmenee neuvonnassa toteavana aloituksena, vakiintuneena organisaatiolähtöisenä keskustelurakenteena, tietotankkauksena, ammattisanaston käyttämisena ja potilaan kompetenssin kieltämisenä. Voimavarakeskeinen neuvonta perustuu vastavuoroiseen puhekäytäntöön, jonka ydin on potilaan ja hoitajan välinen tasavertainen yhteistyösuhde.
Pelkonen & Kankkunen 2001	Selvittää suomalaisten sairaanhoitajien pätevyyttä antaa tupakointiin liittyvää terveysneuvontaa ja tukea asiakkaita tupakoinnin lopettamisessa	Kysely sairaanhoitajille (n=882). Kyselyaineiston tilastollinen analyysi.	Hoitajat arvioivat oman taitonsa neuvoa ja tukea asiakkaita tupakoinnin lopettamisessa melko hyväksi, vaikka heillä oli hyvin vähän tietoa nikotiinin vieroituksessa käytettävästä lääkähoidosta. Hoitajat eivät myöskään uskoneet pelkän neuvonnan auttavan tupakoinnin lopettamisessa. Kaikkein paras valmius ja tieto-taito tupakointineuvontaan ja asiakkaiden tukemiseen tupakoinnin lopettamisessa oli hoitajilla, joilla oli matalampi peruskoulutus, jotka olivat valmistuneet hiljattain ja jotka polttivat tai olivat polttaneet.

Rapo-Tennilä 2001	Kuvailla aikuisiän diabetespotilaille annetun liikuntaneuvonnan sisältöä ja neuvontakeskustelujen rakentumista terveyskeskuksissa.	2 potilaan nauhoitettut / videoidut käynnit (N=17) terveyskeskuksessa. Tapaustutkimus. Diskurssianalyysi.	Potilaiden saama liikuntaneuvonta oli vähäistä, rutiiniomaista ja liikkui yleisellä tasolla. Neuvontakeskustelut olivat harvoin asiakaskeskeisiä. Tutkittavien kokemuksia ei juuri hyödynnetty eikä tietoa sovellettu tutkittavien elämäntilanteeseen.
Laitinen & Toikkanen 2003	Kuvailla tupakoiville raskaana oleville naisille äitiysneuvolassa annettua tupakointineuvontaa terveydenhoitajien sekä asiakkaiden näkökulmasta	Terveydenhoitajien (n=8) sekä tupakoivien odottavien äitien (n=8) teemahaastattelu. Sisällönanalyysi.	Terveydenhoitajat selvittivät asiakkaiden tupakointitottumukset ja pyrkivät motivoimaan heitä vähentämään tupakointia raskauden aikana. Tupakointineuvonta koettiin tärkeäksi, mutta neuvonnan tuloksellisuuteen terveydenhoitajat suhtautuivat epäilevästi ja osa hoitajista piti neuvontaa turhauttavana. Hoitajat pelkäsivät toistuvan tupakoinnista keskustelun aiheuttavan asiakkaissa ahdistusta. Asiakkaat kokivat neuvolan tupakointineuvonnan myönteisenä, kun se oli asiakkaiden tarpeista lähtevää ja asiallista.
Peränen & Tonteri 2003	Kuvailla tavoitteenasettelua aikuistyypin diabetesta sairastavien potilaiden terveysneuvonnassa	Kolmen potilaan videoidut terveysneuvontatilanteet (n=27). Sisällönanalyysi.	Terveysneuvonnan tavoitteita asettivat useimmin terveydenhuollon ammattilaiset, joskin myös potilaat osallistuivat tavoitteenasetteluun ajoittain. Tavoitteenasettelu jäi useimmiten yleiselle tasolle.
Heikka & Koskenkorva 2004	Kuvailla metaboliseen oireyhtymään (MBO) liittyvän elintapaneuvonnan käytäntöjä perusterveydenhuollon hoitajien vastaanotoilla. Kuvailla hoitajien näkemyksiä metaboliseen oireyhtymään liittyvän kriteeristön käytöstä.	Kysely perusterveydenhuollon vastaanotoilla työskenteleville sairaanhoitajille (N=36) sekä teemahaastattelu (n=8). Kyselyaineiston tilastollinen analyysi, haastatteluaineiston sisällön analyysi.	Elintapaneuvonnan sisällöt muodostuivat pääasiassa lääketieteellisten mittaustulosten käsittelystä, asiakkaiden voimavarojen kartoittaminen oli vähäistä. Hoitajat jäsensivät neuvontaa muutosvaihemallin mukaisesti. Yleisimpiä neuvontamenetelmiä olivat lyhyet kehotukset ja neuvot sekä oheismateriaalin antaminen. Neuvonnan kirjaaminen oli puutteellista. MBO-kriteeristö selkeytti hoitajien ja lääkäreiden välistä työnjakoa, mutta kriteeristön sisältöä ja rakennetta olisi vielä kehitettävä.
Poskiparta, Kasila, Kettunen & Kiuru 2004	Kuvailla liikuntaneuvonnan toteutumista perusterveydenhuollon hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla tyypin 2 diabetesneuvonnassa.	17 potilaan videoidut terveysneuvontakäynnit (n=129) perusterveydenhuollon hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla.	Liikuntaneuvontaa olivat lyhyet maininnat liikuntaan liittyvistä asioista ja liikuntaneuvontaa oli hyvin vähän (3%) suhteessa neuvontakäyntien kokonaisuuteen. Liikuntapuheen aloittivat useimmiten hoitajat tai lääkärit, mutta potilaiden elämäntilanteeseen soveltuvien liikuntamuotojen pohtiminen, suunnittelu ja arviointi oli vähäistä.

## LIITE 2. Hoitajien terveysneuvontakäsityksiin liittyviä tutkimuksia

Tutkija ja tutkimusvuosi	Tutkimuksen aihe ja tarkoitus	Aineiston keruu ja tutkimusmetodi	Keskeisimmät tulokset
Heikkinen, 1988	Kuvata terveyskasvatuksen teoriaperusteita ja käytännön todellisuutta toimintaa kehittävien välineiden löytämiseksi. Selvittää millaisten sääntöjen ja normien mukaan hoitajat terveyskasvatustilanteissa toimivat ja mistä käsin heidän toimintansa ohjautuu.	Kymmenen hoitajan ja potilaan teemahaastattelu sekä kirjallinen kuvaus terveysneuvontapahtumasta. Laadullinen analyysi.	Hoitajat toteuttivat neuvontatyötä lääketieteellisen ihmiskäsityksen ja tiedon ohjaamina. Toiminta oli hoitajasta käsin tehtävää keskeisesti jäsentynyttä, vuorovaikutus asymmetristä ja neuvonnan aiheet lääketieteestä käsin rajautuneet. Neuvonnan ohjautuminen organisaatiosta käsin oli myös ilmeistä. Neuvontatilanteita jäsentävä terveyskäsitys oli negatiivinen ja sairauskeskeinen, neuvonta sairauksien riskitekijöihin keskittyvää. Hoitajien hyväntahtoisen autoritatiivinen rooli esti todellisen dialogin syntymistä. Dialogin syntymistä esti myös se, että asiakkaiden historiaa ja sosiaalista kontekstia ei tunnettu eikä huomioitu neuvonnassa.
Antikainen, 1993	Kuvailla väestövastuista työtä tekevien terveydenhoitajien terveyskasvatuskäsitelmistä sekä sen perusteita.	Terveydenhoitajien (n=19) teemahaastattelu. Induktiivinen sisällönanalyysi.	Terveydenhoitajat määrittivät terveyskasvatuksen tärkeäksi työmuodoksi, vuorovaikutussuhteeksi sekä ihmisten elintapoihin vaikuttamiseksi, jonka pyrkimyksenä on muuttaa ihmisten terveyskäyttäytymistä. Terveydenhoitajien ihmiskäsitys oli kokonaisvaltainen, mutta käytännön työssä terveydenhoitaja mielsi itsensä ”oikean” tiedon jakajaksi. Eettisenä periaatteenaan hoitajat korostivat asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, mutta käytännön toimintaa saatettiin kuvata manipuloivanakin toimintana. Ihmiskäsityksen kokonaisvaltaisuus ja eettiset periaatteet eivät siten ohjanneet käytännön hoitotyötä.
Rantanen, 1993	Kuvata työterveyshoitajien käsitystä onnistuneen terveysneuvonnan edellytyksistä, osaluista sekä prosessista.	Työterveyshoitajien (n=20) teemahaastattelussa esittämä kuvaus onnistuneesta terveysneuvontatapauksesta. Deduktiivinen sisällönanalyysi.	Työterveyshoitajat eivät suunnitelleet ja arvioineet neuvontatyötään systemaattisesti, eivätkä he kuvanneet terveysneuvontaa systemaattisesti etenevänä prosessina. Neuvonnan sisältö koostui pääosin epidemiologiasta lääketieteellisestä tiedosta ja yleisimmin käytetyt menetelmät, keskustelu ja kirjallisen materiaalin antaminen, palvelivat tiedonjakamistehtävää. Neuvonnan onnistumisen kriteereinä hoitajat pitivät asiakkaan biologisessa tilassa havaittuja muutoksia (kuten paino tai RR-taso), tiedon lisääntymistä tai asiakkaan asenteen tai käyttäytymisen muutoksia. Onnistumista kuvasi myös asiakkaan tyytyväisyys tai neuvontamyönteisyys. Useimpien mielestä asiakkaan neuvontamyönteisyys oli neuvonnan onnistumisen edellytys
Ruontimo, 1993	Kuvailla varuskuntasairaanhoidajien käsitystä terveyskasvatuksesta puolustusvoimien terveydenhuollossa.	Postikysely puolustusvoimien palveluksessa olleille sairaanhoidajille (n=110). Strukturoidut kysymykset tilastollisin menetelmin, avoimissa kysymyksissä deduktiivinen sisällönanalyysi.	Varuskuntasairaanhoidajien mukaan terveyskasvatuksen toiminta-alueita ovat opettaminen, käyttäytymiseen vaikuttaminen sekä yksilön tukeminen. Opettaminen koettiin merkittävimmäksi terveyskasvatuksen osaluueksi ja siihen sisällytettiin mm. terveys-tietojen antaminen. Terveyskasvatus ymmärrettiin terveyden yhteydessä olevien asioiden opettamisena ja tietojen jakami-

			sena, jonka tavoitteena oli käyttäytymisen muutos. Varuskuntasairaanhoitajat kokivat terveyskasvatuksen yhteiskunnallisesti merkittävänä. He myös kokivat omaavansa sekä kykyä että halua antaa terveyskasvatusta.
McBride, 1994	Selvittää sairaalan vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien käsitystä omasta terveyttä edistävästä neuvontatyöstään vuodeosastoilla.	Postikysely sairaalan vuodeosastoilla työskenteleville sairaanhoitajille (n=225). Kysymyslomake puolistrukturoitu. Kvantitatiivisen aineiston prosenttiosuuksien vertailu, avointen kysymysten sisällönanalyysi.	Hoitajat kokivat oman mahdollisuutensa antaa terveysneuvontaa hyväksi ja he suhtautuivat terveysneuvontaan positiivisesti. Ajan puute ja harjaantumisen puute kuitenkin vaikeuttivat neuvontatyön toteutumista. Terveysneuvonta oli sairaalassa suunnittelematonta eikä sitä kirjattu. Hoitajien käsitys neuvontatyön perustasta oli myös ristiriitainen. Toisaalta hoitajat korostivat omaa rooliaan potilaiden voimavarojen vahvistajana, toisaalta taas olisi haluttu rajoittaa potilaiden vapaata valinnan mahdollisuutta esim. tupakointikielloin sairaalan alueella.
Cantrell, 1998	Kuvailla kotisairaanhoidajien käsitystä terveysneuvonnasta omassa työssään ja yleisemmällä tasolla. Selvittää tekijöitä, jotka edesauttavat ja estävät terveysneuvonnan toteutumista kotisairaanhoidajan työssä.	Kaksi kotisairaanhoidajien ryhmähaastattelua ja kuusi yksilöllistä syventävää haastattelua yhden paikallisen alueen kotisairaanhoidajille. Induktiivinen sisällönanalyysi.	Terveysneuvonta määriteltiin toisaalta opettamiseksi ja tietojen jakamiseksi, toisaalta taas asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitajan toimiminen roolimallina terveyteen liittyvissä asioissa nähtiin myös yhdeksi terveysneuvonnan ulottuvuudeksi. Terveysneuvonnan koettiin olevan osa hoitajan roolia, jota ei kuitenkaan oltu tietoisesti pohdittu tai suunniteltu. Terveysneuvonnan arviointi koettiin erittäin vaikeaksi. Läheinen hoitosuhde ja potilaiden elinolojen tuntemisen edesauttoivat neuvontatyötä, kun taas ajan ja resurssien puute sekä myös hoitotyön perinteinen käsillä tekemisen traditio haittasivat neuvontaa.
Kovero, 1999	Selvittää työterveyshoitajien ja lääkärien käsityksiä terveysneuvonnasta sekä omassa työssä ja ammattiroolissa koetuista muutoksista viime vuosina.	Työterveyshuollossa työskentelevien terveydenhoitajien (n=9) ja lääkärien (n=4) teema-haastattelu. Sisällönanalyysi.	Hoitajat huomioivat lääkäreitä useammin asiakkaiden näkökulmia. Hoitajat kuvasivat neuvontatyön muutosta työterveyshuollossa eritavoin. Osa ristiriitaa oman ammattiroolinsa ja lääketieteellisesti suuntautuneen terveyskasvatuskäytännön välillä kokeneista hoitajista oli kyennyt muuttamaan ammattirooliaan asiakaskeskeisemmäksi, kun taas osa hoitajista kuvasi työn muutosta lähinnä työn sisällöissä tapahtuneena muutoksena.
Steptoe, Doherty, Kendrick, Rink & Hilton, 1999	Selvittää hoitajien ja lääkärien asenteita sekä taitoja sydäntauteihin liittyvään terveysneuvontaan. Selvittää hoitajien ja lääkärien käsitystä neuvonnan vaikuttavuudesta.	Lomakekysely lääkäreille (n=109) ja hoitajille (n=58). Kvantitatiivinen tutkimus	Sydäntauteihin liittyvästä terveysneuvonnasta vastasivat sairaanhoitajat. Hoitajat suhtautuivat terveysneuvontaan myönteisesti. Useimmat hoitajat kokivat kuitenkin neuvontataitonsa puutteelliseksi. He toivoivat saavansa ohjausta ja harjoitusta käytännön neuvontaan. Suurin osa hoitajista epäili terveysneuvonnan vaikuttavuutta elämäntapojen muutoksessa, erityisesti tupakoinnin ja liikuntatottumusten suhteen. Yhteyttä terveysneuvontaan asennoitumisen sekä hoitajien ja lääkärien omien terveystottumusten suhteen ei havaittu.

<p>Palmgren, 2000</p>	<p>Kuvailla työterveyshoitajien käsityksiä terveystieteiden tavoitteista ja arvopäämääristä, itsestään terveystieteen kehittäjänä sekä terveystieteen kehittämisestä.</p>	<p>Työterveyshoitajien (n=10) teemahaastattelu. Fenomenografinen deduktiivinen analyysi.</p>	<p>Työterveyshoitajat ymmärsivät terveystieteen tavoitteen olevan joko asiakkaan hyvinvoinnin saavuttamisen tai asiakkaan oman terveyttä edistävän prosessin syntymisen. Hoitajat kokivat aktiivisen tiedon antamisen asiakkaille vaikeana terveystieteen termiin liittyvän negatiivisen leiman takia. Työterveyshoitajien terveystieteen tietoisuus jakautui kahteen pääkategoriaan. Rationaalisen ihmiskäsityksen pääkategoriaan terveystieteen nähtiin tiedonantajaksi. Tämän käsitystyyppin mukaan terveystieteen kehittäjä kehittää hankkimalla lisää tietoa ja harjaantumalla terveystieteen työtä tehden. Holistisen ihmiskäsityksen pääkategoriaan terveystieteen nähtiin tiedon, tuen ja ohjauksen antajaksi, jonka tehtävänä on herätellä ihmisiä. Tällaisen terveystieteen kehittäjän nähtiin kehittyvän vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa.</p>
-----------------------	---	--	--

## LIITE 3.

### **Teemahaastattelun runko**

#### **Taustatietoja**

Kuinka kauan tehnyt hoitotyötä / neuvontatyötä?

Millaisia asiakasryhmiä kohtaa työssään?

Miten asiakkaat ohjautuvat vastaanotolle?

#### **Terveysneuvonnan olemus**

Mitä terveysneuvonta on?

Terveysneuvonnan hyödyt / haitat?

#### **Neuvontatyön tavoitteet**

Milloin kokee onnistuneensa neuvontatyössä?

Mitkä seikat tekevät neuvonnasta onnistuneen?

Millaisia tavoitteita neuvonnalle asettaa?

Mihin terveysneuvonnan tulisi tähdätä?

#### **Työtä ohjaavat tekijät**

Millaiset seikat ohjaavat neuvontatyötä?

Millaisia ohjeita / sääntöjä / periaatteita pyrkii noudattamaan neuvontatyössä?

Millaisia odotuksia tai tavoitteita organisaatiolla / ammattikunnalla / yhteiskunnalla on neuvontatyölle?

Omien käsitysten ja tavoitteiden **yhdenmukaisuus** organisaation / ammattikunnan / yhteiskunnan odotusten ja tavoitteiden kanssa.

#### **Terveydenedistämistyön / neuvonnan oikeutus**

Mikä oikeuttaa hoitajan puuttumaan ihmisten terveystottumuksiin?

\* Haastattelin kaikki terveydenhoitajat kahdesti. Ensimmäisten haastattelujen jälkeen kuuntelin nauhat ja merkitsin samalla muistiin toista haastattelua varten asioita, joita oli ensimmäisessä haastattelussa jäänyt käymättä läpi tai joihin kaipasin lisäselvyyttä.

#### LIITE 4. ESIMERKKEJÄ AINEISTON PELKISTÄMISESTÄ JA RYHMITTELYSTÄ

TUTKIMUSTEHTÄVÄ / <i>Alkuperäisilmaisu</i>	Pelkistetty ilmaisu	Ryhmitelty ilmaisu / alakategoria
<p>NEUVONNAN TAVOITTEET:</p> <p><i>"Niitä tapahtuu niitä pieniä muutoksia siinä."</i></p> <p><i>"Kun löytää sieltä jonkun semmosen uuden pienen konkreettisen tavan toimia..."</i></p> <p><i>"...ei siinä kuita kurkotella, ne on semmosta käytännön elämää..."</i></p> <p><i>"...ei oo tarkoituskaan mihinkään ihannemittoihin..."</i></p> <p><i>"...ei mitään yltiöihanteellisia asioita."</i></p>	<p>Pieniä muutoksia</p> <p>Uusi pieni konkreettinen toimintatapa</p> <p>Ei kurkotella kuuta</p> <p>Ihannemitat ei tavoitteena</p> <p>Ei yltiöpäistä muutosta</p>	<p>Muutokset maltillisia</p>
<p>ORGANISAATION NEUVONTATYÖTÄ OHJAAVAT TEKIJÄT:</p> <p><i>"Kun siihen th:n rooliin liittyi niin paljon muutakin, niin silloin se aikuisneuvonnan rooli jäi siinä aika vähäiselle."</i></p> <p><i>Ohjaus ja neuvonta jäi aika vähäiselle ihan ajanpuutteen takia siinä."</i></p> <p><i>"Koko ajan oli paljon ihan hirveen tärkeitä työtä odottamassa, joka häiritsi sitä tavallaan sitä antautumista siihen tilanteeseen."</i></p> <p><i>"Se toinen työ oli siinä näkymättömänä kaiken aikaa"</i></p> <p><i>"Kun on semmonen vilskke ja ihmisiä tulee ja menee, niin helposti se herkkyyks kyllä jää."</i></p>	<p>Aikuisneuvonta jäi muiden töiden takia</p> <p>Neuvonta jäi ajanpuutteessa</p> <p>Odottamassa olevat työt häiritsivät tilanteeseen antautumista</p> <p>Toinen työ näkymättömänä läsnä</p> <p>Levottomassa työympäristössä herkkyyks jäi</p>	<p>Neuvontaan vaikea keskittyä "sivutyönä"</p>
<p>NEUVONTATYÖTÄ OIKEUTTAVAT TEKIJÄT:</p> <p><i>"Mä koen, et se on mun velvollisuus kertoa."</i></p> <p><i>"Ei sitä voi jättää sanomatta, kyl se liittyy ihan tän ammatin harjoittamiseen"</i></p> <p><i>"Kyl mul on velvollisuus ilmaista huoleni, ihan terveydenhuollon ammattilaisena"</i></p> <p><i>"Se ohjaus ja neuvonta terveyttä edistävään elämäntapaan, se on joka tapaukses meidän tehtävä."</i></p> <p><i>"Täytyy mun edut ja haitat esittää, sehän se on se mun tehtäväni"</i></p> <p><i>"Mun on pakko niinku antaa sitä tietoo, että riskit on tämmöset."</i></p>	<p>Velvollisuus kertoa</p> <p>Ammattilaisen on kerrottava</p> <p>Terveydenhuollon ammattilaisena velvollisuus kertoa</p> <p>Hoitajan tehtävä ohjata terveyttä edistävään elämäntapaan</p> <p>Tehtävänä etujen ja haittojen esittäminen</p> <p>Annettava tietoa terveystriskeistä</p>	<p>Hoitajan velvollisuus/ Ammatillinen tehtävä</p>



## LIITE 5. NEUVONTATYÖN TAVOITTEET

<i>Ryhmitellyt ilmaukset / Alakategoriat</i>	<b>Yläkategoriat</b>	<b>YHDISTÄVÄT KATEGORIAT</b>
<p><b>Asiakas tietää</b> Asiakas saa tietoa Tieto menee perille</p> <p><b>Asiakas liittyy tiedon omaan kokemusmaailmaansa:</b> Asiakas oivaltaa Asiakas ymmärtää Asiakas havaitsee muutoksen tarpeen</p> <p><b>Positiivinen asennoituminen:</b> Ei syyllistymistä Asiakkaalle hyvä mieli Asiakas kiinnostuu Positiivinen suhtautuminen omaan terveyteen ja sen hoitamiseen</p> <p><b>Vastuunotto ja sitoutuminen:</b> Ymmärrys, että pitää itse toimia Asiakas ottaa vastuun Asiakas sitoutuu</p> <p><b>Asennemuutosta tapahtuu</b></p> <p><b>Asiakkaalle pystyvyyden tunne</b></p>	<p><b>Tiedolliset edellytykset</b></p> <p><b>Asenteelliset edellytykset</b></p> <p><b>Psyykinen edellytys</b></p>	<p>(terveysneuvonnan välittömät tavoitteet) <b>ELÄMÄNTAPAMUUTOSTEN EDELLYTYSTEN SYNTYMINEN</b></p>
<p><b>Asiakas tekee päätöksen muutoksesta</b> Asiakas tekee muutoksia elämäntapoihinsa: Ruokailutottumusten muutoksia Liikuntatottumusten muutoksia Tupakoinnin lopettaminen Aktiivisuuden lisääminen</p> <p><b>Terveylliset elämäntavat vakiintuvat</b></p> <p><b>Muutokset maltillisia</b> Muutokset oman hyvinvoinnin takia Muutokset oikean suuntaisia</p>	<p><b>Konkreettiset muutokset</b></p> <p><b>Muutosten luonne</b></p>	<p>(terveysneuvonnan välillinen tavoite) <b>ELÄMÄNTAPAMUUTOS</b></p>
<p><b>Mitattavat arvot tavoitelukemissa:</b> Painon putoaminen Hyvä sokeritasapaino Verenpaine tavoitelukemissa</p> <p><b>Asiakas kokee onnistumisen elämyksiä</b> Asiakas on tyytyväinen muutokseen</p>	<p><b>Fyysiset vaikutukset</b></p> <p><b>Psyykkiset vaikutukset</b></p>	<p>(elämäntapamuutoksen välittömät vaikutukset) <b>MUUTOKSEN VÄLITTÖMÄT SEURAUKSET</b></p>

<p><b><i>Terveyden ylläpitäminen</i></b>  <b><i>Sairauksien ehkäisy</i></b>  <b><i>Terveyden koheneminen</i></b></p> <p><b><i>Hyvinvoinnin ylläpitäminen</i></b>  <b><i>Fyysisen hyvinvoinnin koheneminen</i></b>  <b><i>* Psykkisen hyvinvoinnin koheneminen:</i></b>  <i>Mieliala paranee</i>  <i>Asiakas hyväksyy itsensä</i>  <i>Itseluottamus ja omanarvontunto vahvistuvat</i>  <b><i>Elämänlaadun kohentuminen</i></b></p> <p><b><i>Toimintakyvyn ylläpitäminen</i></b>  <b><i>Fyysisen toimintakyvyn paraneminen:</i></b>  <i>Hengenahdistus helpottaa</i>  <i>Liikkuminen kevenee</i>  <i>Jaksaminen paranee</i>  <b><i>* Psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyminen tai paraneminen:</i></b>  <i>Sosiaalinen aktiivisuus lisääntyy</i>  <i>Kykenee huolehtimaan itsestään</i>  <i>Ei synny riippuvuutta</i></p> <p><b><i>** Voimaantuminen hallitsemaan elämää</i></b></p>	<p><b>Terveys säilyy tai kohenee</b></p> <p><b>Hyvinvointi säilyy tai lisääntyy</b></p> <p><b>Toimintakyky säilyy tai paranee</b></p> <p><b>** Elämänhallinta paranee</b></p>	<p>(terveysneuvonnan päämäärä)  <b>HYVÄN ELÄMÄN ELEMENTIT VAHVISTUVAT</b></p>
---	---	---

\*-merkityt tavoitteet liittyvät sekä preventioon että elämänhallinnan tukemiseen.

\*\* -merkityt tavoitteet liittyivät ainoastaan elämänhallinnan tukemiseen.



<p><b><i>Terveysneuvonnan arvostus luo perustan</i></b></p> <p><b><i>Yhteiskunnan tavoitteena preventio</i></b>  <i>Kansanterveyden koheneminen</i>  <i>Työkyvyn ja toimintakyvyn edistäminen</i>  <b><i>Prevention avulla säästöt</i></b></p> <p><b><i>Organisaation tavoitteita ei selkeästi nimetty</i></b>  <i>Tavoitteena Dehko-projektin onnistuminen</i>  <i>Tavoitteena hyvä kohtelu</i>  <i>Tavoitteet määrällisiä, taloudellisuus</i>  <b><i>Tavoitteiden saavuttamisen seuranta</i></b>  <b><i>ongelmallista</i></b>  <b><i>Tavoitteita selkiytetään</i></b></p> <p><b><i>Työn väljä organisointi antaa mahdollisuuksia, mutta ei tue työntekijää</i></b>  <i>Työnkuva väljä</i>  <i>Työ itsenäistä</i>  <i>Työnjako ammattiryhmien välillä epäselvä</i>  <i>Aikuisneuvonnan asema epäselvä</i></p> <p><b><i>Resurssit ja työnjako vaikuttavat toimintatapaan</i></b>  <i>Tehtäväkeskeinen työnjako pirstoo asiakassuhteita</i>  <i>Neuvontaan vaikea keskittyä ”sivutyönä”</i>  <i>Ylimoitettu väestömäärä johtaa tehtäväkeskeiseen toimintatapaan</i></p> <p><b><i>Lait luovat perustan työlle</i></b>  <b><i>Suosituksat ja ohjelmat:</i></b>  <i>Kansanterveysohjelmat taustalla</i>  <i>Käypä hoito –suositukset selkeyttävät</i>  <i>Järjestöjen ohjelmat ohjaavat preventioon</i>  <b><i>Organisaation omat ohjeet:</i></b>  <i>Käyntejä koskevat ohjeet yhtenäistävät</i>  <i>Materiaali ja laboratorio-ohjeet painottavat taloudellisuutta</i>  <b><i>Hoitopolut selkiyttävät</i></b>  <b><i>Toimintalinjojen yhtenäistäminen tarpeellista</i></b></p> <p><b><i>Esimiehen tuki vähäistä</i></b>  <b><i>Yhteistyö kollegoiden kanssa tukee</i></b>  <b><i>Yhteistyö lääkärin kanssa vähäistä</i></b>  <b><i>Yhteistyön kehittäminen tarpeellista</i></b></p>	<p><b>Terveyden edistämisen arvostus yhteiskunnassa</b></p> <p><b>Organisaation ja yhteiskunnan tavoitteet</b></p> <p><b>Organisaation puitteet</b></p> <p><b>Normit ja ohjeet</b></p> <p><b>Organisaation sosiaalinen rakenne</b></p>	<p>ORGANISAATION JA YHTEISKUNNAN TYÖTÄ OHJAAVIA TEKIJÖITÄ</p>
---	--	---

## LIITE 7. NEUVONTATYÖHÖN LIITTYVIÄ EETTISIÄ NÄKÖKULMIA

<i>Ryhmitellyt ilmaukset / Alakategoriat</i>	Yläkategoriat	YHDISTÄVÄT KATEGORIAT
<p><i>Määrälliset tavoitteet ja asiakaskeisyys Asiakaskeisyys DEHKO:n ehdoin?</i></p> <p><i>Tehtävänä intervention aloittaminen Asiakassuhteiden pirstoutuminen Velvollisuus antaa elämäntapaneuvontaa ei vastaa yksilön tarpeisiin</i></p> <p><i>Riittävät resurssit mahdollistavat asiakaskeisemmän hoitotyön</i></p>	<p><b>Asiakaskeinen neuvonta ja ... organisaation tavoitteet</b></p> <p><b>... tehtäväkeinen työnjako</b></p> <p><b>... työn resurssointi</b></p>	<p>ASIAKASKEISYYDEN IHANNE JA ORGANISAATION REALITEETIT</p>
<p><i>Lähimmäisenrakkaus Terveys</i></p> <p><i>Asiakas antaa valtuutuksen Asiakkaan oikeus saada tietoa Asiakkaan etu</i></p> <p><i>Ammatillinen tehtävä: Historiallinen perusta Ammatillinen tieto Velvollisuus ja vastuu</i></p> <p><i>Yhteiskunnan etu: Kansanterveys Taloudelliset säästöt</i></p>	<p><b>Arvot</b></p> <p><b>Asiakas</b></p> <p><b>Yhteiskunta</b></p>	<p>NEUVONTATYÖTÄ OIKEUTTAVAT TEKIJÄT</p>
<p><i>Terveys on tärkeintä? ... tärkeämpää kuin seulonnan haitat Terveiden ja autonomian suhde</i></p> <p><i>Taloudellisen näkökulman oikeutus Kustannuspuhe syyllistää yksilöä Velvollisuus elää terveellisesti?</i></p>	<p><b>Terveiden arvo suhteessa muihin asioihin tai arvoihin</b></p> <p><b>Terveys välinearvona yhteiskunnassa</b></p>	<p>TERVEYDEN ARVO</p>