

RIITTA-LIISA HEIKKINEN

Terveyskasvatuksen harharetket

Ongelman avaus

Historiallisesti terveyskasvatuksen juuret ovat ohjelmissa, jotka sisältävät mm. fyysisiä harjoituksia ja hygieniaan liittyviä ohjeita sekä lähinnä anatomian ja fysiologian opetusta (Galli 1978). Nykyisin lääketiede tuottaa terveyteen liittyviä, käyttäytymistä ohjaamaan pyrkiviä normeja. Näillä lääketieteen tuottamilla normeilla on ollut kasvava merkitys konkreettisten elämänsisältöjen muotoutumisessa. Tästä esimerkkinä voitaneen mainita Pohjois-Karjalassa toteutettu terveysprojekti mittavine, lähinnä sydän- ja verisuonitautien vähentämiseen liittyvine väestötason interventioineen. Projekti vietti lauantaina 11.4.1992 Joensuussa kaksikymmenvuotisjuhlaansa sydänviikon päätteeksi. Helsingin Sanomissa projektista seuraavana päivänä julkaistu artikkeli jäi monestakin syystä askarruttamaan mieltä. Syyt ovat samoja, joista on keskusteltu jo useamman vuoden ajan (Heikkinen 1988, 1991, Eskola 1991).

*Heta Häyry*n mukaan (1991) nykyisen lääketieteen ja terveydenhuollon ongelma on paternalismi. Paternalismi perustuu vanhalle ajatukselle "lääkäri tietää parhaiten". Myös lääketieteellinen terveyskasvatus on paternalistista. Se holhoaa ja aliarvioi ihmisen ajattelu- ja harkintakykyä. Ongelma korostuu erityisesti toteutustavassa, joka ei nykyisellään riittävään tietämykseen ihmisen käyttäytymisen ja toiminnan logiikasta. Jo perinteiseksi muodostunut painoalueiltaan uusiutumaton, valitettavan mekanistinen, ihmisen arkielämän merkityksineen unohtava terveyskasvatus kaipaa uudistamista.

Terveyskasvatus on nykyään manipulatiivista ja suostuttelevaa (Heikkinen 1988, Karjalainen ym 1991). Varsinkin nuoret ihmiset, joille terveys on itsestäänselvyys (joitakin harvoja lukuunottamat-

ta), kokevat terveyskasvatuksen ikäväksi, heitä rajoittamaan pyrkiväksi toiminnaksi. Rajojen asettaminen yhteiskunnassa, jossa yksilöllinen vapaus astuu arvona vastuun varpaille ei saavuta helposti vastakaikua. Terveyskasvatuksella vaikuttamisen vaikeuksista kertovat muun muassa nuorten tupakointia kuvaavat luvut, jotka kaikesta valistuksesta ja neuvonnasta huolimatta eivät laske.

Terveyskasvatuksen oikeutus perustuu lääketieteeseen ja siellä saavutettuihin tutkimustuloksiin. Asiantuntijoiden asettamat, terveyteemme liittyvät käyttäytymispreferenssit ovat terveyskasvatuksen kohteina olevien ihmisten kannalta ulkoisia. Ihmisen toimintaa ohjaavat kuitenkin heidän sisäiset preferenssinsä, heidän oman toimintansa logiikka ja sen takana olevista päämääristä syntyneet valinnat. Tälle alueelle ei terveyskasvatustyössä riitä tiedollisia ja taidollisia edellytyksiä.

Analysoidessaan terveyskasvatuksen harharetkiä dosentti Riitta-Liisa Heikkinen päätyy ihmisten kasvavaan tietoisuuteen ympäristön aiheuttamista terveyshaitoista. Ellei yhteiskunta puutu määrätietoisesti eri yhteisöjen laiminlyönteihin ympäristökysymyksissä, henkilökohtaisten terveystottumusten muuttaminen tuntuu yhä useammasta turhauttavalta ja tarpeettomalta eikä terveyskasvatus pysty täyttämään sille asetettuja odotuksia.

Suuntana muutos

Terveydentilan kohottaminen yksilö- ja yhteisötasolla edellyttää muutosta. Weckroth (1991) toteaa, että ihmisten toiminnan muuttajien keskuudessa tuskin syntyy kovin suuri vastalausemyrsky, jos hän väittää, että tehtävä on kaikkea muuta kuin helppo. Siihen, miksi ihminen toimii niin kuin toimii, voi olla useita perusteita. Voi olla myös useita perusteita sille, miksi hänen tulisi toimia toisin ja toisinaan on hyviä perusteita myös jotakin tekoa tai käyttäytymistä vastaan. Ulkoapäin asiaa arvioitaessa ihmetellään usein ihmisten käyttäytymistä, mutta ihmisen itsensä kannalta, hänen motivaatiotaustastaan asiaa tarkasteltaessa toiminnan logiikka voi näyttää varsin luonnolliselta ja ymmärrettävältä (Ryan 1978, von Wright 1985, Weckroth 1988, Eskola 1991). Von Wrightin mukaan (1985) halut ja velvollisuudet kannustavat ihmisiä tekoihin, kyvyt ja niiden puute puolestaan rajaavat ihmisen toimintavapauden aluetta. Ihmisen rajallisuus voidaan nähdä myös osaksi hänen perusluonnettaan, joka antaa kullekin oman yksilöllisen leimansa.

Pertti Alasuutari kuvaa erinomaisella tavalla väitöskirjassaan "Desire and Craving" (1990) alkoholin ongelmakäyttäjän ajattelun sisäistä logiikkaa, sitä monimutkaista elävää todellisuutta, jonka kanssa terveydenhuollon henkilöstö painii pyrkiessään elämäntavan muutokseen hänen kanssaan. Alkoholin käyttäjä niin sanotusti "menettää kontrollin" ollessaan humalassa. Alasuutari kutsuu tätä kontrollin menetystä "kulttuuriseksi rakenteeksi". Hänen tutkimukseensa osallistuneet ongelmajuojat viestivät hänelle kertoessaan elämäntarinoitansa, että juojan kulttuuriin kuuluu "delegoida" tai antaa kontrolli toisille, jotta voi itse olla "vapaampi". Käsitteellä vapaudesta on alkoholin ongelmakäyttäjille aivan oma merkityksensä. Hänelle yksilöllisen vapauden saavuttamisen haave on keskeisen tärkeä. Tämän haaveen sovittaminen yhteen perheen tai yhteiskunnan asettamien odotusten, rajoitusten tai velvoitteiden kanssa aiheuttaa pulmia ja tyytymättömyyttä. Humalatilassa tämä "vapaus" toteutuu. Edelläkuvattu esimerkki osoittaa, miten monimutkaisista asioista terveydessä, hyvinvoinnissa ja nk. ongelmakäyttäytymisessä on kyse. Ongelmajuojien pulmia ei suinkaan vähennä se, että alkoholi on varsin monen suomalaisen juhla-juoma, jonka turvin muidenkin kuin liikakäyttäjien on hyvä irrotella. Mitä tulee nimenomaisesti alkoholipolitiikkaan, on kyse eettisesti pulmalli-

sesta yhteiskunnallisesta kaksinaismoraalista. Valtio hankkii toisaalta tuloja, toisaalta "pestäkseen käteensä", kehittää hoitojärjestelmiä terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja paikkaamaan.

Muutoksen suunta

Schaefer (1987) määrittelee terveyden ihmisen onnistuneeksi reagoinniksi erilaisten häiriöiden ilmetessä. Tämä dynaaminen terveyskäsitteeseen liittyy luontevasti käsitykseen ihmisestä aktiivisena sosiaalisena olentona. Tähän terveyskäsitteeseen on helppo liittää myös mielenterveys, mielen cheys, vastuu itsestä, vastuu toisista ihmisistä ja vastuu koko elinympäristöstä.

Onko terveyskasvatuksen suunta oikea silloin, kun terveys mielletään lähinnä ruumiin terveydeksi? Ihmisille annetaan tietoa tautien riskitekijöistä ja heitä kehoitetaan muuttamaan käyttäytymistään siten, että he välttäisivät tai karsisivat elämästään näitä haitallisia tekijöitä. Weckroth (1991) kirjoittaa: "... tiedossa on pingotettuja naruja ja oppikirjoja oikeaoppisista kävely- ja istumatavoista, mutta tiedossa on myös ongelmia toimintojen uusiutumisen, yhteistoiminnan ja erityisesti yhtä ihmistä isompien asioiden arvioimisen suhteen." Hän jatkaa varsin provokatiivisesti: "Asian hyvä puoli on, että tekemisen logiikan tunkeutuminen niin sanottujen tieteiden ja tavoiteohjelmien kautta yhä pienemmille ja pienemmille elämänalueille tekee siitä itsestään yhä pienempää ja pienempää ja sitä kautta kaikkea muuta kuin ylivoimaista ja vastustamatonta." Esimerkiksi elämäntapariskeihin keskittyminen yksinkertaistaa terveyskasvatusta ja ohittaa elämän ongelmakenttiä. Ihmistä yritetään saada ottamaan pitkälle yksinkertaistetulla tavalla vastuu itsestään. Huoli kohdistuu lähinnä ihmisen ruumiilliseen olemukseen, ruumiin kuntoon ja "vaaran" merkkeihin, joita terveydenhuollon edustajien on mahdollista kontrolloida erilaisin mittauksin. Vastuun ottaminen omasta ruumiista, sen terveydestä, on toki myönteinen asia, mutta se ei oikein riitä inhimillisen hyvinvoinnin perustaksi.

Vastuun ottaminen itsestä ei välttämättä merkitse myöskään vastuun ottamista muista (Weckroth 1991). Schaeferin terveyden määrittelystä lähtevä terveyskasvatus voitaisiin rakentaa kehittämään ihmisen ymmärrystä, tietoisuutta, kykyä tehdä vastuullisia päätöksiä ja kykyä olla vastuullinen.

Toimivaa vuorovaikutusta etsimässä

Kooperatiivinen suhde, jollaista terveyskasvatustilanne edellyttää, synnyttää ymmärtämisen tarpeen. Luonnontieteestä lääketieteeseen omaksumtu nk. ”kontrolli-intressi”, johon jo aikaisemmin viittasin terveydenhuoltohenkilöstön auktoriteettiaseman yhteydessä, luo esteitä yhteisen ymmärryksen saavuttamiselle, ellei sen puolesta tietoisesti työskennellä. Yleensä vuorovaikutustilanteessa jonkun kanssa ollaan tietoisia siitä, että itsellä ja toisella on kyseistä yhteistä tilannetta koskevia käsityksiä ja uskomuksia. Puhujalla ja kuulijalla on jaettu konteksti, jossa kumpikin tuntee toistensa viitekehysten. Tietoisuus tästä metakognitiivisesta maailmasta antaa mahdollisuuden ymmärtää toista ilman, että on kokeiltava kaikkia mahdollisia vaihtoehtoisia tulkintoja (Pramling 1987). Aina ei kuitenkaan jakseta, ”ehditä” tai osata paneutua toisen maailmaan ja tilanteeseen.

Seuraava lainaus on omasta väitöskirjatyöstäni (Heikkinen 1988). Eräs terveyskasvattaja kertoo näin:

”...Meille on liian rutiininomaista tämä terveyskasvatus ja neuvonta. Tiettyjen sääntöjen mukaan me ohjataan eikä me ollenkaan päästä sitä ihmistä lähelle. Ei me loppujen lopuksi tiedetäkään, että onko se mennyt perille se neuvonta, kun me ei oo päästy sitä ihmistä lähelle. Et sellaiset, jotka tulee useamman kerran, niin ne oppii tuntemaan niin hyvin, et tietää niiden reaktiot, ja se on niin helppoa se neuvontakin, koska jos minä en jotakin asiaa sano, niin ne kysyy koska ne uskaltaa kysyä. Mut et tämmönen uus, tämä potilas ny uskalsi kysyä, mutta ei läheskään kaikki uskalla kysyä. On näitä tämmöisiä arkoja ja ujoja. Eivätkä sitä paitsi tiedä mitä he kysyisivätkään...”

Oletettu jaettu ymmärrys ei sekään aina pidä paikkaansa. Kiinnostava toisen ymmärtämiseen liittyvä tutkimus on Skinnerin (1975) tekemä lääkäri-potilas vuorovaikutusta kartoittava väitöskirjatyö. Skinner nauhoitti tilanteita, joissa lääkärit tutkivat potilaitaan. Tutkimustilanteiden jälkeisissä haastattelussa (lääkäreitä ja potilaita toisistaan erillään haastatellen) hän pyrki selvittämään, mitä kukin ymmärsi toisen tarkoittaneen. Hän havaitsi, että lääkäreillä ja potilailla oli erilaiset käsitykset siitä, mitä toinen tilanteessa oli tarkoittanut.

Kuitenkin sekä lääkärit että potilaat toisaalta kertoivat yhdenmukaisesti ymmärtäneensä, mitä toinen oli sanonut. Lääkärit ja potilaat nojautuivat vuorovaikutustilanteessaan tähän ”yhteiseen ymmärrykseen”, vaikka se olikin todellisuudessa olemassa vain kuvitteellisena. Myös omassa väitöskirjatutkimuksessani tällaista ”ymmärtämisen harhaa” oli nähtävissä. Ymmärtämisen harhan vallitessa terveyskasvattaja ja hänen asiakkaansa ovat vuorovaikutustilanteessa osin toistensa tavoittamattomissa. Todellinen yhteisyymärrys, jonka pohjalta muutostavoitteita voisi lähteä hedelmällisesti toteuttamaan, jää saavuttamatta. Inhimillinen vuorovaikutus pitää sisällään monta metatasoa. Terveyskasvattajan työ on siksi varsin vaativaa. Se edellyttää myös tietoisuutta refleктоivan ajattelun merkityksestä vuorovaikutustilanteissa tavoitteiden saavuttamiseksi.

Terveyskasvattajan tulisi myös tietää ja ymmärtää, millainen hän itse on vuorovaikutustilanteissa. Estääkö vai mahdollistaako hän sanottavansa omaksumista? Ellei hän arvioi tai osaa arvioida omaa esiintymistään, omia valmiuksiaan ja omaa käyttäytymistään vuorovaikutustapahtumassa, hän ei yllä parhaaseensa eikä voi kehittyä työssään (Heikkinen 1988). Se miten ihminen suhtautuu terveyskasvatukseen, muuttaako se mitään, ei johdu niinkään tiedon puutteesta kuin siitä, miten hän suhtautuu ilmiöön yleensä ja miten hän sen käsittää. Jos ihminen on tietoinen tavastaan ajatella, tulokset saattavat nykyistä enemmän suunnata muutokseen. Dialogin avulla on tilanmääritys mahdollinen (Heikkinen 1988).

Ihmisten on koettava tieto päteväksi, heidän on tunnettava, että heitä on oikeus ”kasvattaa”. Aitous ja vilpittömyys neuvontatilanteissa vakuuttaa enemmän kuin auktoriteettiin nojaava opettajamainen ote. Ymmärrettävyys, johon jo aikaisemmin viittasin, on keskeinen onnistuneen terveyskasvatuksen kriteeri (Heikkinen 1988).

Tiedotustyyppisessä terveyskasvatuksessa tavoitteena on kuten yksilökohtaisessa neuvontatyössäkin tiedon jakaminen ja käyttäytymisen muuttaminen toivotulla tavalla. Viestin tavoittavuus kasvaa yksinkertaistamalla ja kärjistämällä (Karjalainen ym 1991). Tämän tietävät mainosmiehet. Mainonnan kaltaisten keinojen käyttäminen terveyskasvatuksen alueella on kuitenkin pulmallista. Ongelmaksi muodostuu se, että tieto yksinkertaistuu usein vääristy. Ja se, että

viestinnän terävöittäminen (koventaminen) ja manipulatiivisuuden kasvu vähentää ajan oloon, toistuessaan, sen tehoa ja uskottavuutta (Karjalainen ym 1991).

Terveyskasvatuksen oikeutus ja oikea osoite

Prevention etiikasta ja terveyskasvatuksen oikeutuksesta on viime vuosina sattumanvaraisesti keskusteltu (mm. Heikkinen 1988). Sosiaali- ja terveyshallituksen sarjassa (1991) on julkaistu kirjanen "Terveyden portinvartijat" (Karjalainen ym. 1991). Laajempi kirjoittaminen ja prevention etiikasta käytävä keskustelu hyödyttää terveellisel- lä tavalla koko toimintakenttää ja luo uudenlaisia näköaloja terveyskasvatuksen määrittelylle ja sisäl- löille. Kuten aikaisemmin mainitsin, perustuu terveyskasvatuksen oikeutus nykyisiin lääketieteen ja sen lähitieteiden avulla saavutettuihin tutki- mustuloksiin. Niiden pohjalta laadittujen, terve- yskäyttämiseen liittyvien kehoitusten ja kiel- tojen uskotaan kohentavan ihmisen elämää laa- dullisesti, ehkäisevän sairauksien syntyä (tai siirtä- vän sitä) ja säästävän yhteiskunnan varoja. Asian- tuntijoiden asettamat terveyteen liitetyt käyttä- tymispreferenssit ovat terveyskasvatuksen kohte- na oleville ihmisille usein ulkoisia (extrinsic) pre-

ferenssejä. Ihmisen toimintaa ohjaavat kuitenkin heidän sisäiset (intrinsic) preferenssinsä, heidän oman toimintansa logiikka ja sen takana ole- vien päämäärien pohjalta muotoutuneet valinnat (von Wright 1963). Ihmisten sisäisiin preferens- seihin ja niiden merkitykseen käyttäytymisen sää- telijänä ei nykyisenkaltaisissa terveysneuvontati- lanteissa eikä tiedotusluonteisessa neuvonnassa ole kajottu, eikä siihen tällä hetkellä terveyskas- vustyötä toteuttavien piirissä liene riittäviä tiedol- lisia ja taidollisia edellytyksiä. Onnistunut pre- ventio merkitsee yhteiskunnalle taloudellisia säästöjä ja vähentää sairauksista johtuvaa inhi- millistä kärsimystä. Käytännössä yksilöön koh- distuvan terveyttä koskevan neuvonnan avulla toteutettua preventiota tarjotaan usein resurssien rajallisuutta koskevan ongelman ratkaisijaksi. Si- vuutetaanko tietoisesti se, että ihminen ei voi yks- in, itskensä, huolehtia terveydestään? Mitä tie- toisemmiksi ihmiset tulevat esimerkiksi ympäri- stön aiheuttamista terveystaharoista ja yhteiskun- nan ja sen eri yhteisöjen laiminlyönneistä näiden ongelmien hoitamisessa, sitä turhauttavammalta ja tarpeettomammalta tuntuu muuttaa omia henkilökohtaisia terveystottumuksiaan. Ellei yh- teiskunta näkyvästi huolehdi omasta osuudestaan terveyden edellytyksien luomisessa ja säilyttämi- sessä, ei yksilöön kohdistuva terveyskasvatus vas- taa sille asetettuihin odotuksiin toivotulla tavalla.

LÄHTEET

Alasuutari P. 1990. Desire and Craving. Acta Universita- tis Tampereensis, A 288. Tampere.

Eskola Antti 1992. Ihmistieteiden kaksi tapaa tarkastella vaikuttamista. Terveyskasvatuksen vuosikirja 1991, 27-34.

Galli N. 1978. Foundations and principles of health edu- cation. Santa Barbara. John Wiley & sons.

Heikkinen R-L. 1988. Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveyskasvatusanalyysi. Tampereen yliopis- ton kasvatustieteen laitos. Julkaisusarja A 42. Tampere.

Heikkinen Riitta-Liisa 1991. Ymmärtävän tutkimusot- teen tuottamia kriittisiä huomioita terveyskasvatukseen. Terveyskasvatuksen vuosikirja 1991, 35-41.

Häyry H. 1991. The limits of medical paternalism. Rout- ledge. London.

Karjalainen J-M., Lindqvist M., Saares K., Voutilainen P. 1991. Terveyden portinvartijat. Sosiaali- ja Terveyshalli- tus, Raportteja 39/1991. Helsinki: VAPK-kustannus.

Pramling I. 1987. Vad är metakognition. Institution för pedagogik. Göteborgs universitet 1987:07.

Ryan A. 1978. Maximising, moralising and dramatising. Kirjassa Hookway P. Pettit D. (toim) Action and interpre- tation. Studies on the Philosophy of the Social Science. Cambridge University Press, 65-81.

Schaefer G. 1987. The total human health system. Kir- jassa Kelly P.J., Lewis J.L. ja Schaefer G. (toim.) Education and Health. Oxford: Pergamon Press, 17-18.

Skinner T-J. 1975. The processes of understanding in doctor-patient interaction PhD dissertation. Houston: Rice University.

Weckroth K. 1988. Toiminnan psykologia. Helsinki: Han- ki ja Jää.

Weckroth K. 1991. X voi olla kuka tahansa. Helsinki: Hanki ja Jää.

von Wright G. 1963. The logic of preference. Edinburgh: Edinburgh University Press.

von Wright G. 1985. Filosofisia tutkielmia. Juva.