

VUODEOSASTON HOITAJIEN KÄSITYKSIÄ
YHTEISTYÖSTÄ SEURAKUNNAN DIAKONIATYÖN
KANSSA

Tiina Laajala

Opinnäytetyö, kevät 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu,

Diak pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja(AMK)+diakonissan virkakel-
poisuus

TIIVISTELMÄ

Laajala, Tiina. Vuodeosaston hoitajien käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. Oulu, kevät 2010, 66s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak pohjoinen, Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK) + diakonissan virkakelpoisuus.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla vuodeosaston hoitajien käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten yhteistyötä vuodeosaston ja seurakunnan diakoniatyön välillä voidaan kehittää. Lisäksi tavoitteena oli kuvata seurakunnan diakoniatyön merkitystä vuodeosaston potilaiden hoitotyössä hoitajien käsityksen perusteella.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävillä kyselylomakkeilla kahdeltakymmeneltä vuodeosaston hoitajalta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan vuodeosaston hoitajat käsittivät nykyisen yhteistyön seurakunnan diakoniatyön kanssa olevan satunnaista. Yhteistyön kehittämiseksi toivottiin moniammatillisen asiantuntijuuden sekä vuorovaikutuksen lisäämistä, yhteisiä toimintaperiaatteita ja yhteistyön lisäämistä. Hoitajat kokivat etenkin diakoniatyön tarjoaman hengellisen tuen ja kiireettömän läsnäolon erityisen tärkeäksi potilaiden hoitotyössä.

Jatkotutkimushaasteena on selvittää vuodeosaston potilaiden ja omaisten odotuksia diakoniatyöltä. Tärkeää on myös lisätutkimus diakonisen hoitotyön merkityksestä vuodeosaston potilaiden hoitotyössä ja sen selvittäminen mitä hoitajat ymmärtävät diakonisen hoitotyön käsitteellä. Yhteistyön kehittämiseksi on hyvä kartoittaa diakoniatyöntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä terveydenhuollon toimijoiden kanssa.

Asiasanat: diakonia, hoitotyö, yhteistyö

ABSTRACT

Laajala, Tiina. Insights of co-operation between ward nurses and diaconal work. 66p., 1 appendix. Language: Finnish. Oulu, spring 2010.

Diaconia University of Applied Sciences, Diak North, Oulu. Degree programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse + Deaconess.

The aim of this study was to describe co-operation between ward nurses and diaconal work. The main aim of the thesis was to produce information which can be used in developing co-operation between the ward and diaconal work. Also there was an ambition to describe what ward nurses think about the purpose of diaconal work in patient care.

This thesis was carried out as a qualitative study. The data were collected by questionnaires with open-ended questions from twenty nurses at the ward. The data was analysed with inductive content analysis.

According to the findings, nurses at the ward realized that co-operation with diaconal work was incidental. To improve co-operation with ward nurses it was hoped for more utilization of multiprofessional expertise and more interaction, common operational principles and more co-operation. Nurses emphasized that spiritual support and a peaceful presence is of utmost importance in patient work.

A future challenge is to clarify what patients of the ward and close relatives expect from diaconal work. It is also important to do further research on the role of diaconal nursing among patients of the ward. It's also important how nurses understand the notion of diaconal nursing. To improve co-operation it is important to survey the insights of co-operation between diaconal work and health care system.

Keywords: diaconia, health care, co-operation

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	5
2 DIAKONIA JA DIAKONIATYÖ	6
2.1 Diakoniatyön määrittely ja perustehtävät	6
2.2 Seurakuntadiakonian kehitys ja terveyden kysymykset	8
3 SAIRAALAN VUODEOSASTOLLA TOTEUTETTAVA HOITOTYÖ	11
3.1 Hoitotyön etiikka	11
3.2 Laitoshoito terveydenhuollossa	13
3.3 Diakoninen hoitotyö	14
3.4 Hengellisyys hoitotyössä	16
4 SEURAKUNNAN JA KUNNAN VÄLINEN YHTEISTYÖ	18
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	21
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN LAADULLISENA TUTKIMUKSENA ..	22
6.1 Laadullinen lähestymistapa	22
6.2 Aineiston kerääminen	23
6.3 Aineiston analyysi	25
7 TULOKSET	29
7.1 Vuodeosaston hoitajien ja diakoniatyön yhteistyö	29
7.2 Vuodeosaston ja diakoniatyön yhteistyön kehittäminen	31
7.3 Yhteistyön esteet	37
7.4 Diakoniatyön merkitys potilaan hoitotyössä	40
7.5 Vuodeosaston hoitajien mielikuvia diakoniatyöstä	43
8 POHDINTA	46
8.1 Opinnäytetyön eettisyys	46
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus	47
8.3 Tulosten vertailua aikaisempiin tutkimuksiin	49
8.4 Johtopäätökset	53
8.5 Jatkotutkimushaasteet	53
LÄHTEET	55
LIITE 1 Saatekirje	63
LIITE 2 Kyselylomake vuodeosaston hoitajille.....	64

1 JOHDANTO

Yhteiskuntamme painottaa yhteistyön merkitystä eri toimijoiden välillä. Terveysterveystenhuollossa terveyserot kaventuvat, eikä perusterveydenhuolto yksin pysty vastaamaan siihen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa korostetaan terveyden edistämistä, köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisyä sekä riittävien terveysterveysten palveluiden takaamista jokaiselle. Sen tähden terveydenhuollon tulisikin tehdä uudistuksia ja ennen kaikkea kehittää ja lisätä yhteistyötä eri palveluiden järjestäjien sekä kolmannen sektorin kanssa.

Suomen evankelis-luterilainen kirkko on painottanut eri strategioissaan ja visioissaan yhteistyön ja verkostoitumisen merkitystä. Kirkon diakoniatyöllä voi olla aikaisempaa merkittävämpi rooli yhteistyön tekemisessä ja kehittämisessä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Kirkkohallitus 2009.)

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Haapajärven terveyskeskuksen akuutin vuodeosaston hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. Vuodeosastolla työskentelee 20–25 hoitajaa lomitustarpeesta riippuen. Hoitajat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia sekä lähi- ja perushoitajia. Hoitaja diakoniatyössä ihmisen auttaminen perustuu lähimmäisenrakkauteen. Ihminen otetaan huomioon fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja hengellisenä kokonaisuutena.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten yhteistyötä vuodeosaston ja diakoniatyön välillä voitaisiin kehittää. Lisäksi tavoitteena on kuvata, mikä on diakoniatyön merkitys vuodeosaston potilaiden hoitotyössä. Pyrin siihen, että opinnäytetyöni tulosten avulla olisi mahdollista rakentaa ja kehittää diakoniatyön ja vuodeosaston välistä yhteistyötä ja tehdä se näkyväksi.

Mielenkiintoni vuodeosaston hoitajien ja seurakunnan diakoniatyön välisen yhteistyön kehittämistä kohtaan perustuu pitkäaikaiseen työkokemukseeni sairaanhoitajana kyseisellä vuodeosastolla.

2 DIAKONIA JA DIAKONIATYÖ

Diakonia on kristilliseen uskoon, rakkauteen ja ihmiskäsitykseen perustuvaa organisoitunutta palvelua. Diakonian tehtävänä on etsiä, lievittää ja poistaa ihmisten hätää ja kärsimystä. Tavoitteena on eheyttää ja parantaa ihmistä yksilönä ja yhteisössä ja auttaa häntä selviytymään vaikeuksien keskellä. Diakoniatyö tarkoittaa kirkon toimintaa, jossa autetaan kokonaisvaltaisesti vaikeuksissa olevia ihmisiä. Siihen kuuluvat hengellinen, henkinen, aineellinen ja sosiaalinen tukeminen, diakoniakasvatus, ihmisten vastuullisuuden ja omaehtoisen toimintakyvyn tukeminen sekä yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Seurakunnan yhteiskuntatyö liitetään usein diakoniatyöhön. Seurakunnissa diakonian virkaa toteuttavat koulutetut diakonissat ja diakonit. Jokainen kristitty on kutsuttu palvelemaan lähimmäistään. Tämän mukaisesti diakonia ja sen toteuttaminen kuuluu kaikille ihmisille. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a., a.)

2.1 Diakoniatyön määrittely ja perustehtävät

Kristillisen diakonian alkujuuret juontuvat Uudessa testamentissa Apostolien tekojen kuudennessa luvussa kuvattuun tapahtumaan. Aineellisen avun jakamisessa syntyi ongelma, joten seurakunta valitsi tehtävään seitsemän hyvämaineista, Hengen ja viisauden täyttämää miestä, jotka apostolit asettivat virkaan rukoilemalla ja panemalla kätensä heidän päälleen. Diakonian raamatullisena määritelmänä voidaan pitää rakkauden kaksoiskäskey (Mt 22:36–40) ja kultaista sääntöä (Mt 7:12). (Veijola 2002, 13.)

Veijola (2002, 13) määrittelee sanan *diakonia* tarkoittavan Jumalan sanan ja aineellisen avun jakamista. Diakonia on tärkeä kuva siitä, mitä Jeesus ajatteli evankeliumista ja omasta tehtävästään. Ihmisen poika ei tullut palveltavaksi vaan palvelemaan (Mt 20:28). Veikkolan (2002, 115) mukaan diakonian lähtökohtana on Jeesuksen esimerkki ja tapa kohdata köyhiä, sairaita, syrjäytyneitä, vankeja, eri uskonnon harjoittajia ja ulkomaalaisia. Jeesus opetti että jokainen ihminen on lähimmäinen hänen taustoistaan huolimatta. Jeesus liittyy julistuksessaan ja toiminnassaan myös Vanhan testamentin profeetalliseen perintöön, johon kuului yhteiskunnallisen vanhurskauden julistaminen, yhteisvastuu ja

toivon viestin tuominen köyhille, sorretuille, ylivelkaantuneille, muukalaisille, vangeille ja sairaille (Lk 4:16–22). (Collins 1990, 4; Veijola 2002, 16–31.)

Diakonia on yksi kirkon perustehtävistä. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkko-laissa (KL 1:2) luetellaan tehtäväalueet, joilla kirkko toimii yhteiskunnassa:

Tunnustuksensa mukaisesti kirkko julistaa Jumalan sanaa ja jakaa sakramentteja sekä toimii muutenkin kristillisen sanoman levittämiseksi ja lähimmäisenrakkauden toteuttamiseksi (Kirkkolaki 1054/1993).

Kirkkojärjestyksen (KJ 4:3) mukaan seurakuntadiakonia määritellään seuraavasti:

Seurakunnan ja sen jäsenten tulee harjoittaa diakoniaa, jonka tarkoituksena on kristilliseen rakkauteen perustuva avun antaminen erityisesti niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muulla tavoin auteta (Kirkkojärjestys 1055/1993).

Diakonian ja diakoniatyön taustalta löytyvät sekä kristinuskon että sosiaali- ja terveydenhuollon ihmiskäsitykset (Niemelä 2002, 86). Diakoniatyön lähtökohtana on kristillinen ihmiskäsitys. Diakoniatyön keskeinen tarkoitus on auttaa ihmisiä. Auttamiseen vaikuttaa se mikä on diakoniatyöntekijän käsitys ihmisestä. Kristillinen ihmiskäsitys käsittää ihmisen luotuna, lunastettuna ja langenneena. Ihminen nähdään Jumalan kuvana. Kristinuskon ansiosta ihmisarvo on ehdoton, jakamaton ja kaikille yhtäläinen. Ihminen Jumalan kuvana tarkoittaa sitä, että kaikki ihmiset ovat tasavertaisia ja samanarvoisia. (Karhumaa 2007, 29; Lindqvist 1998, 39.)

Diakonialla on useita perustehtäviä, joista tärkeimmät ovat karitatiivinen eli hoito ja huolenpito sekä sosiaalinen diakonia. Karitatiivisen diakonian perusajatuksena on lähimmäisenrakkauteen perustuva yksilöllinen ja välitön auttaminen. Tätä on pidetty diakonian perusfunktiona. Muita diakonian perustehtäviä ovat katekeettinen eli opetuksellinen ja kasvatuksellinen diakonia, pastoraalinen eli sielunhoidollinen ja liturginen eli jumalanpalveluksissa toteutettava tehtävä. (Veikkola 2002, 115–116.) Diakoniatyö toteutuu moniulotteisena ja laaja-alaisena avun ja tuen antamisena lähimmäiselle elämän kaikilla alueilla. Tuki ja apu voivat olla hengellistä, henkistä, fyysistä ja taloudellista. Diakoniatyön tavoitteena on parantaa ja eheyttää ihmistä yksilönä ja yhteisössä ja auttaa selviytymään vaikeuksien keskellä (Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a., b.)

2.2 Seurakuntadiakonian kehitys ja terveyden kysymykset

Järjestäytynyt seurakuntadiakonia alkoi Suomessa 1800-luvun lopulla. Ensimmäinen diakonissalaitos perustettiin Helsinkiin vuonna 1867. Suomalaisen seurakuntadiakonian juuret ovat saksalaisessa Kaiserswerthin diakonissalaitoksessa, jonka perusti pastori Theodor Fliedner. Kaiserswerthin diakonissalaitoksessa koulutettiin nuoria naisia kristillisiksi sairaiden ja köyhien hoitajiksi eli diakonissoiksi. (Mustakallio 2001, 21; Mustakallio 2002, 201–203.) Suomessa diakonissaoppilaat toimivat aluksi laitosten sairaaloissa ja vähitellen heitä lähetettiin työhön seurakuntiin. Diakonissakoulutuksen myötä naimattomilla ja lapsettomilla naisilla oli mahdollisuus palvella kodin ulkopuolella ja toteuttaa äidillisyyttä köyhien ja sairaiden parissa. (Mustakallio 2002, 212; Vuoti 2005, 6; Juntunen & Saarela 2009, 36.)

Jatkosodan jälkeen (1944) diakoniatyön keskeinen tehtävä oli avustusten jakaminen. Olojen kohentuessa diakoniatyöntekijät jatkoivat työtään kotisairaanhoidajina. (Juntunen & Saarela 2009, 37.) Diakonissat siirtyivät 1950-luvulla seurakuntien palkansaajiksi, jolloin työnkuva muuttui kutsumuksesta ja uhrautumisesta ammatilliseen suuntaan (Vuoti 2005, 12). Seuraava merkittävä muutos oli vuonna 1972, jolloin kansanterveyslaki säädettiin. Diakonissojen sairaanhoidolliset työt hävisivät kokonaan kunnan terveydenhuollosta. Diakonissojen työ muuttui seurakuntatyön suuntaiseksi, ja siinä painotettiin ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista. Tämä tarkoitti ihmisen avustamista ruumiillisesti, aineellisesti ja henkisesti. (Juntunen & Saarela 2009, 38.)

Kirkon diakoniatyön toimikunta korosti diakoniatyön katekeettista ja liturgista puolta 1970- ja 1980-luvuilla. Seurakunnissa painotettiin yksilökohtaisen sielunhoidon merkitystä ja hoidollis-terapeuttista työnotetta ja lisäksi havahduttiin syrjäytymiseen ja uusköyhyyteen. 1990-luvun rajun laman jälkeen diakoniatyö profiloitui köyhien auttamiseksi ja sen koettiin täydentävän ja jopa paikkaavan hyvinvointiyhteiskunnan tukimuotoja. Laman aikana ja sen jälkeen diakoniatyön asiakasmäärät kasvoivat voimakkaasti. 2000-luvulla diakonian asiakastyöryhmiä ovat olleet muun muassa eläkeläiset, velkaantuneet, työttömät, pienyrittäjät, opiskelijat sekä matalapalkkaista tai pätkätyötä tekevät. Taloudellisten ongelmien lisäksi asiakkailta on aikaisempaa enemmän erilaisia päihderiippuvuuksia, elämänhallinnan ongelmia ja sairauksia. Diakonian asiakasryhmiin kuu-

luu niitä kansalaisia, jotka ovat tippuneet kaikkien julkisten ja sosiaalisten turvaverkkojen läpi. (Juntunen & Saarela 2009, 40–42.)

Kirkkohallituksen diakonia- ja yhteiskuntatyön toimialan (KDY) asiakirjoissa hyvinvointia ei käsitellä juurikaan terveyden näkökulmasta. Vastuun ja osallisuuden yhteisöasiakirjassa (2003) välittyy kapeahko näkökulma terveydestä ja sen edistämisestä. Terveydenhoito on kuitenkin liittynyt diakoniatyöhön aina Raamatun ajoista lähtien. Nykyään seurakunnan toimintatilastoista käy ilmi, että terveyteen ja talouteen liittyvät kysymykset aiheuttavat lähes yhtä paljon yhteydenottoja diakoniatyöntekijöihin. Terveyteen liittyvässä auttamisessa on tärkeää tukea asiakasta niin, että hän pääsee avun saamista hankaloittavien esteiden yli. Esteitä ovat rahan, tiedon tai itseluottamuksen puute sekä jaksamattomuus, kyvyttömyys tai taitamattomuus hakea apua. Diakoniatyöntekijä toimii asiakkaan rinnalla tukena, kumppanina, oppaana ja linkkinä varmistaen avun hankkimisen ja sen saamisen. (Tervonen-Goncalves 2006, 11; Kinnunen 2009c, 120–128.)

Leena Tervonen-Goncalvesin (2006) mukaan Suomen kirkolla on vähän suoranaisesti terveyden edistämiseen liittyviä kannanottoja. Kansanterveydellisesti merkittävät seikat tulevat esille laajempaa hyvinvointia käsittelevien kannanottojen kautta. Kirkon ajaton tehtävä vähempiosaisten ja syrjäytyneiden auttajana mainitaan kannanotoissa, mutta niitä ei perustella terveyssyillä. Silloin, kun kirkon kannanotoissa käsitellään terveyttä, korostetaan terveyden ja hyvinvoinnin spirituaalista ulottuvuutta. Kirkko pyrkii edistämään koko väestöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, mutta se jää taka-alalle. Kirkon asema ja tehtävät antaisivat sille mahdollisuuden nostaa ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät asiat yksilön, yhteisön ja koko väestön tasolle. (Tervonen-Goncalves 2006, 8–11, 25.)

Kotisaloon (2005) tutkimuksen mukaan diakonisen hoitotyön sisältönä seurakuntatyössä on usein terveyteen liittyvä neuvonta ja ohjaaminen, asiakkaan tukeminen terveyden muuttuessa ja sielunhoidollinen keskustelu. Tutkimukseen osallistuneet diakonissat arvioivat hoitavansa asiakkaita harvoin terveystilanteissa ja sairaustilanteissa ja tekevänsä harvoin sairaanhoidollisia seuranta- ja hoitotoimenpiteitä. Diakonissat kokivat olevansa seurakunnassa diakonisen hoitotyön asiantuntijoita. He toimivat seurakunnassa itsenäisesti ja laaja-alaisesti terveydenhuollon ammattihenkilöinä asiakkaan terveyttä edistäen. (Kotisalo 2005, 12–16.) Rättyän (2009) tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoidollista ja ter-

veyden edistämistä koskevaa osaamista tarvitaan diakoniatyöntekijöiden kohdatessa asiakkaita, joilla on terveyteen ja sairauteen liittyviä kysymyksiä. Diakoniatuimiston asiakkailla on terveyteen ja sairauteen liittyvää avuntarvetta lähes yhtä usein kuin taloudellisen tuen tarvetta. (Rättyä 2009, 47.)

Kirkon diakonia- ja yhdyskuntatyön toimikunta perusti työryhmän selvittämään seurakunnissa tapahtuvaa terveyden edistämistä vuonna 2007. Yksi keskeinen kysymys oli, kuinka seurakuntadiakonian avulla voitaisiin lievittää sairaudesta aiheutuvaa hätää. Toimenpide-ehdotukset, joita työryhmä esitti kirkkohallitukselle, olivat seuraavia: vahvistetaan yhteyksiä terveydenhuoltoon, kehitetään seurakunnissa diakonista hoitotyötä, vahvistetaan kirkossa hoitotyön osaamista annetaan mahdollisuus päivittää hoitotyön osaamista, laaditaan seurakuntiin lääkehoitosuunnitelma sekä selkeytetään diakoniatyöntekijän roolia sairaalasielunhoidossa. (Kirkkohallitus 2009, 29–33.)

Hyvösen ja Rannen (2006) opinnäytetyön tulosten mukaan asiakkaiden terveyttä voidaan edistää monin tavoin diakoniatyössä. Diakonissat pitivät terveyden edistämässä tärkeänä, keskustelua ja kuuntelua, tukemista ja kannustamista, tiedon jakamista, neuvontaa, terveyden ylläpitämistä sekä vertaistukea. Terveyden edistämässä terveyden ylläpitäminen ja neuvonta ilmenivät sielunhoitona, ennaltaehkäisevänä terveydenhoitona, mielenterveystyönä ja terveysneuvontana. (Hyvönen & Ranne 2006, 27–28.)

Kunnan tehtävistä ja väestön terveyden edistämässä on säädöksiä useassa erityislaissa. Vertio (2003) kuvaa terveyden edistämisen toiminnaksi, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä kohentaa oman ja ympäristön terveyttä (Vertio 2003, 9). Väestön terveyden edistäminen on ollut julkisen vallan erityistavoitteena jo 1800-luvulta alkaen. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman keskeisiä teemoja olivat terveiden elämäntapojen edistäminen, ehkäistävissä olevien terveysvaarojen poistaminen ja terveyspalvelujen kehittäminen. (Rimpelä, Saaristo, Wiss & Ståhl 2008, 3, 51, 60.)

3 SAIRAALAN VUODEOSASTOLLA TOTEUTETTAVA HOITOTYÖ

Hoitotyö määritellään usein tehtävän kautta. Ammatillinen hoitaminen perustuu hoitotieteeseen, jossa korostetaan ammatillisia arvoja. Ammatillista hoitamista eli hoitotyötä toteuttavat terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneet ammattihenkilöt (sairaalan- ja terveydenhoitajat, kättilöt ja lähihoitajat). Ammatillista hoitotyötä on pidetty historiassa kutsumusammattina, jossa hoitaminen perustuu lähimmäisenrakkauteen ja toisista ihmisistä huolehtimiseen. (Eriksson 1989, 26, 37, 43–44; Kalkas 2002, 76–79; Haho 2006, 24.) Nykyinen hoitotyö pohjautuu tutkittuun tietoon. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan ajantasaisen tiedon hankintaa ja sen käyttämistä asiakkaan hoidossa. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hoitaja pyrkii edistämään potilaan hyvää oloa ja miettii omaa hoidollista toimintaansa. Hoitotyön suosituksilla edistetään väestön hyvää oloa, tuetaan itsehoitoa, rohkaistaan selviytymään päivittäisestä elämästä sairaanakin ja lievitetään kärsimyksiä. (Perälä & Pelkonen 2006.)

3.1 Hoitotyön etiikka

Hoitaminen perustuu rakkauteen (*caritas*), ja siinä kunnioitetaan ihmisen elämää ja ikuisuutta. Rakkaus, *caritas*, toimii ihmisen ja samalla myös hoitotyön voimanlähteenä olemalla kaiken hoivan välttämätön ehto. Karitatiivisessa ajattelussa rakkaus nähdään teologisena hyveenä, johon perustuvat myös diakonia ja diakoninen hoitotyö. Hoitamisen teorian ytimen muodostaa kokonaisuus usko, toivo ja rakkaus, johon koulutetut hoitajat perustavat hoitamisensa. (Eriksson 1989, 47.)

Hoitotyö on konkreettista hoitoa ja huolenpitoa, jossa korostuvat hoitajan toiminnallisuus, työn suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus sekä päämäärien saavuttaminen (Haho 2006, 26). Hoitotyön keskeiseksi tekijäksi on kuvattu hoivaa, huolenpitoa (*care, caring*). Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus- ja yhteistyösuhde on hoitotyössä keskeinen. Huolenpito toisesta ihmisestä merkitsee sitä, että välittää siitä, mitä toiselle ihmiselle tapahtuu. Se on pyyteettömyyttä, toisesta ihmisestä pitämistä sekä tämän kunnioittamista, huomioimista, valvomista ja hyväksymistä. Sairaanhoitajan tulee huomioida toiminnassaan potilaan voimavarat, ja potilaalla on oikeus hyvään ja asiantuntevaan

hoitoon. Huolenpito on vuorovaikutusta, joka pohjautuu toisista huolehtimiseen ja toisen rakastamiseen. (Myllylä 2004, 37; Haho 2006, 25.)

Hoitotyön toiminnan yhtenä lähtökohtana nähdään ihmisen ja hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen. Hoitotyön tulisi olla terveyslähtöistä ja asiakkaan omia voimavaroja vahvistavaa. Mikäli asiakas tarvitsee hoitoa, hänellä tulee olla oikeus siihen. Hänen tulee saada ammatillista apua sitä tarvitessaan. Hoitotyön toiminnot toteutetaan asiakkaan ja hoitajan välisessä ohjaus- ja auttamistilanteessa. Toiminta perustuu hoitajan kädentaitoihin, neuvontaan ja ohjaukseen, vuorovaikutustaitoihin sekä kykyyn antaa psykososiaalista tukea. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 13–14.)

Valtakunnallinen terveyden eettinen neuvottelukunta (ETENE) on käynnistänyt keskustelua terveydenhuollon etiikasta, tavoitteista, periaatteista ja arvoista Suomessa. ETENE on laatinut ja hyväksynyt vuonna 2001 terveydenhuollon eettiset periaatteet, joita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto. Terveydenhuollon päämääränä on sairauksien ehkäisy ja hoito, terveyden edistäminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Etiikka perustelee ja kuvaa oikeita ja hyviä tapoja elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa muiden kanssa. Etiikka koostuu arvoista, periaatteista ja ihanteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 38–40.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa ja ohjaavat työn periaatteita.

Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. (Sairaanhoitajaliitto 2010)

Hoito edellyttää aina tiettyä ihmiskäsitystä. Terveyden ja sairauden sisältö on pohjimmiltaan ihmiskäsityksestä riippuvainen: mikäli tätä ei oivalleta, hoitoteoriat ja -käytännöt etäännyvät elämästä. Ihmiskäsityksen sisään voidaan rakentaa ehyt ja kokonaisvaltainen käsitys hoidosta, muutoin hoitoteoriat pirstoutuvat ja hoito teknistyy. Ihmiskäsitys mah-

dollistaa hoitajan työskentelyn oman persoonan tunnistamiseksi ja kehittämiseksi. Ihmiskäsityksen rakentaminen on matka omaan minuuteen ja silta arkielämän ja hoitotyön välillä. (Lindqvist 1985, 68–71.)

3.2 Laitoshoito terveydenhuollossa

Kansaneläkelain (42 a §) mukaan laitoshoidolla tarkoitetaan ylläpidon, hoidon ja huolenpidon sisältävää toimintaa sairaalassa, muussa hoitolaitoksessa tai muussa vastaavassa toimintaympäristössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 24). Henkilölle järjestetty hoito on aina laitoshoidoa, kun se on järjestetty sairaalassa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kunta voi järjestää hoitoa ja huolenpitoa tai kuntoutusta tarvitsevan henkilön sosiaalipalvelut laitoshoidona silloin, kun henkilön palveluja ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan. Laitoshoidoa järjestetään esimerkiksi ikääntyneille, vammaisille, päihdeongelmaisille sekä sijaishuoltopaikkaa tarvitseville tai huostaan otetuille lapsille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Lyhytaikaisella laitoshoidolla tuetaan kotona selviytymistä tai hoitavan omaisen jaksamista. Samalla ehkäistään pysyvän laitoshoidon tarvetta. Lyhytaikaishoitojaksot voivat olla säännöllisiä tai sattumanvaraisia. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan henkilölle, jolle ei voida järjestää hänen tarvitsemaansa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Palveluun sisältyy hoidon lisäksi ravinto, puhtaus, lääkkeet, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Terveyskeskusten tulevaisuuden haasteena on aidon potilaskeskeisyyden ja organisaation palveluluonteen kehittäminen. Valtakunnallisten linjausten lisäksi tarvitaan myös alueellisia, seudullisia ja paikallisia määrittelyjä. Työseminaari listasi kuusi terveyskeskuksen tulevaisuuden toimintaehdotusta, jotka ovat: terveyskeskuksen perustehtävän määrittely, potilaslähtöisyyden vahvistaminen, osaamisen ja laadun kehittäminen, terveyskeskusten kansallinen verkostoituminen, informaatioteknologian tuki tutkimukseen ja kehittämiseen sekä organisaation ja toiminnan kehittäminen. (Myllymäki 2006, 16–17.)

3.3 Diakoninen hoitotyö

Diakoninen hoitotyö on apua tarvitsevan ja kärsivän ihmisen kokonaisvaltaista auttamista ja kohtaamista, ja sen arvoisältö perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen. Kokonaisvaltaiseen ihmisen kohtaamiseen kuuluu ihmisarvon pitäminen jakamattomana ja yhtäläisenä, kaikkien ihmisten tasa-arvoinen kohtelu ja kunnioittaminen sekä oikeudenmukaisuus. (Myllylä 2004, 43–44; Rättyä 2009, 161.)

Myllylän (2004) tutkimuksesta ilmenee, että diakoniakoulutuksen saaneet ja vailla tätä koulutusta olevat sairaanhoitajat puhuvat diakonisesta hoitotyöstä eri käsittein. Diakonia ja hoitotyö yhdistyvät diakoniseksi hoitotyöksi uskonnon ja kulttuurin kautta. Diakoninen hoitotyö on yksi hoitotyön erikoistumisalue, jonka ytimeksi Myllylä määrittelee ihmisyyden, ihmisen kohtaamisen ihmisenä ja Jumalan kuvana. Diakoninen hoitotyö on tehtävä, jota hoitotyöhön kouluttautuneet sairaanhoitajat, diakonissat, toteuttavat niin hoitotyön toimintaympäristössä kuin seurakunnissa. Diakonissat toteuttavat hoitotyön auttamismenetelmien lisäksi karitatiivisia ja liturgisia auttamismenetelmiä: diakonisessa hoitotyössä käytetään siis sekä hoitotieteen että teologian tietoa. Diakoninen hoitotyö on ammattilista palvelemista, jossa hoitajan ja asiakkaan välillä toimii vuorovaikutussuhde ja jossa hoidettava kokee saavansa lahjomatonta hoitoa ja rakkautta. Ammatillisesti toimiva diakonissa ei edellytä hoidettavaltaan erityistä elämänkatsomusta tai uskonnollisuutta. (Myllylä 2004, 53.)

Kotisaloon (2002) tutkimuksen mukaan diakoninen hoitotyö toteutuu usein toivon mahdollistamisena, yksinäisyyden kohtaamisena, sielunhoidollisena keskusteluna, terveyteen liittyvänä ohjaamisena ja neuvontana, voimavarojen vahvistamisena sekä yhteistyönä ammattilaisten kanssa asiakkaan palvelemisessa. Diakonissan toteuttama hoitotyö sisältää harvoin sairaanhoidollisia seuranta- ja hoitotoimenpiteitä. Diakonissojen ammattitaito perustuu eettiseen ja esteettiseen tietoon. Se näkyy arvo-osaamisena, kohtamisosaaamisena ja kutsumustietoisuutena. Diakonissa tarvitsee diakoniatyössä laaja-alaista sosiaali- ja terveysalan osaamista, jossa korostuvat yhteistyötaidot, hengellisen työn valmiudet, kohtamisosaaaminen ja sielunhoidon ja toivon mahdollistaminen oman persoonan välityksellä. (Kotisalo 2002, 19, 22, 54–59.) Diakoninen hoitotyö käsittää kaikki hoitotyössä edellytettävät osaamisen alueet, mutta se on käsitteenä laajempi kuin

hoitotyö, sillä se merkitsee ihmisen kohtaamista jakamattomana sieluna, ruumiina, henkenä ja iankaikkisena yksilönä (Myllylä 2004, 44; Kotisalo 2005, 10).

Myllylä (2004) kuvaa diakonisen hoitotyön toimintaa ja auttamismenetelmiä kokonaisvaltaiseksi palvelemiseksi, joka on pyyteetöntä auttamista, toivon antamista, tukemista, ohjausta, opettamista, sielunhoitoa, rukousta ja yhteiskunnallista vaikuttamista. Toiminta voi olla näkyvää tai näkymätöntä läsnäoloa, hiljaisuutta tai ei niin hiljaista tekemistä. Myllylä kuvaa diakonista hoitotyötä Jumalan palvelemisena, jossa sairaanhoitajan ajattelaaan olevan välikappale toteuttaessaan auttamistyötä. Diakoninen hoitotyö on yhteiskunnallista ja kirkollista vaikuttamista. Diakonian tutkimuksessa diakonisen hoitotyön käsite on tuntematon, vaikka hoitotyö ja diakonia ovat maailmanlaajuisia toimintaa. Diakonisen hoitotyön käsite tuli käyttöön Suomessa 1980-luvulla. (Myllylä 2004, 43–44, 53, 64–69.)

Terveydenhuolto ei yksin pysty poistamaan kaikkea hätää ja kärsimystä. Ihmiset kääntyvät edelleen diakoniatyöntekijöiden puoleen terveydellisissä kysymyksissä. Suurin osa diakonisesta hoitotyöstä seurakunnassa on ohjausta ja neuvontaa. (Kirkkohallitus 2009, 16–17.) Diakonisen hoitotyön tarve lisääntyy tulevaisuudessa. Vanhusten määrä Suomessa kasvaa ja mielenterveyspotilaiden osuus diakonian asiakkaina on suuri. Diakoninen hoitotyö voisi olla oma asiantuntija-alueensa, jossa korostuisi kärsivän ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen. Seurakunnallisen diakonisen hoitotyön kehittäminen edellyttää koulutuksen kehittämistä sekä yhteistyön tiivistämistä terveydenhuollon kanssa. (Kinnunen 2009a, 253.)

Parish nursing -käsite tarkoittaa Amerikassa hyväksyttyä ohjelmaa, jossa hoitotyötä toteutetaan seurakunnissa yhteistyössä paikallisen terveydenhuoltojärjestelmän kanssa (Carson & Koenig 2002, 160). Työ sisältää neuvontaa, ohjausta, terveyskasvatusta, ennaltaehkäisevää työtä, hengellistä tukemista, vertaisryhmien tarjoamista sekä perheiden tukemista. *Parish nursing* korostaa hengellisyyttä, yhteisöllisyyttä ja kokonaisvaltaista hoitamista. (Cassidy 2002, 179–183.)

3.4 Hengellisyys hoitotyössä

Hengellisyys on kuulunut hoitotyöhön aina (Myllylä 2004, 40). Hengellinen hoitaminen (*spiritual care*) on osa ihmisen kokonaisvaltaista hoitamista, ja siinä tunnustetaan ihmisen henki, sielu ja ruumis. Myllylä (2004) viittaa McSherryn (1998) tutkimukseen, jossa hengellisyyden malli sisältää uskon Jumalaan, henkilökohtaiset uskomukset ja arvot, anteeksiannon, yhteyden, elämäntarkoituksen sekä hengellisen hoitamisen, eettisyyden ja toivon ulottuvuudet (Myllylä 2004, 40). Rättyän (2004) tutkimuksessa hengellistä hoitamista kuvataan sielunhoitona, uskon asioiden keskustelemisena, uskonasioista, hengellisiin tarpeisiin vastaamisena, uskon elämän hoitamisenä ja hengellisenä kohtaamisena. Terveys- ja sosiaalihuollon ammattilaisilla on niin vähän aikaa viipyä potilaan luona, että syvällisempään keskusteluun tai sielunhoitoon ei juuri ole mahdollisuutta. (Rättyä 2004, 53.) Hengellisyyden huomioiminen hoitotyössä tuo esiin elämän tarkoituksen sekä sairauden ja kärsimyksen merkityksen pohtimisen. Mukana ovat myös tuonpuoleisuuden, iankaikkisuuden ja armon ulottuvuudet. Hengellisyyden huomioon ottaminen merkitsee lähimmäisenrakkauden ja hoivaamisen sisällyttämistä ammatilliseen hoitotyöhön. (Harju 2004, 30.) Hoitajat tunnistavat hengelliset tarpeet mutta eivät pysty vastaamaan niihin riittävästi (Myllylä 2004, 40).

Hengellinen tuki hoitotyössä on yleensä uskonnonharjoittamisen tukemista ja elämän tarkoituksesta keskustelemista (Harju 2004, 30). Hengellinen tukeminen toteutuu hoitotyössä erillisten toimintojen, kuten kuuntelun, läsnäolon, toivon ylläpitämisen, hyväksyvän suhtautumisen, Raamatun lukemisen, rukoilemisen, jumalayhteyden turvaamisen sekä seurakunnan hengellisen työntekijän tapaamisen järjestämisen, avulla (Kuuppelomäki 2001, 28). Hoitajilta odotetaan kykyä järjestää uskonnollisia aktiviteetteja ja heidän toivotaan antavan potilaalle tietoa esimerkiksi osaston hengellisistä tilaisuuksista (Valopaasi 1996, 52–54).

Rättyän (2004) tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijän toteuttama laitospotilaiden hengellinen tukeminen sisältää hartauskirjallisuuden lukemista, laulamista, virrenveisuuta, säestämistä ja puheiden pitämistä. Hengellinen tukeminen nähtiin tutkimuksessa toivon välittämisenä ja rinnalla kulkemisena. (Rättyä 2004, 53–54.) Jauhosen (2006) tutkimuksessa läsnä oleminen ilmeni selvästi yleisimmäksi diakonissojen hengellisen tukemisen tavaksi. Diakonissat toimivat asiakkaan tarpeiden mukaisesti, ja hen-

gellisellä tuella on myönteinen vaikutus asiakkaan mielialaan sekä tämän kokonaisvaltaiseen terveydentilaan. (Jauhonen 2006, 71–72.) Ihmisen kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa on tärkeää kiireettömyys ja luottamus. Ihmisen elämäntilanne tulee huomioida kokonaisvaltaisesti, jolloin hyvinvointiin vaikuttavat osa-alueet, kuten henkiset, fyysiset, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, on tiedostettu. (Rättyä 2009, 88.)

Hengelliset asiat vaikuttavat monien potilaiden kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja elämänhallinnan kokemukseen, vaikka niitä ei ole totuttu yhdistämään terveyden- ja sairaudenhoitoon. Uskonasioiden käsittelyä hoitosuhteessa voi vaikeuttaa huomattavasti se, että aiheesta ei uskalleta puhua joko potilaan tai hoitajan takia. (Valopaasi 1996, 9, 17.) Potilaiden hengellisten kysymysten, arvojen, vakaumuksen ja tapojen ammatillinen kohtaaminen kuuluu hoitohenkilökunnalle riippumatta hoitajien uskonnollisesta vakaumuksesta (Ikola & Kuuppelomäki 2000, 197–199). Potilaan vakaumusta ei saa pyrkiä muuttamaan toiseksi tai hoitajan vakaumuksen mukaiseksi. Potilas voi kokea vaikeaksi hengellisten tarpeidensa ilmaisemisen, ja hoitajan voi olla yhtä vaikeaa tunnistaa niitä. Hengellisten tarpeiden ilmaisu on myös oman sisimmän paljastamista. Tarvitaan nöyryyttä ja rohkeutta potilaan vakaumuksen kunnioittamiseen – potilaan ehdoilla edessä toteutetaan hyvää hoitotyötä. (Kuuppelomäki 2001, 28; Harju 2004, 30–32.)

4 SEURAKUNNAN JA KUNNAN VÄLINEN YHTEISTYÖ

Kuntien ja seurakuntien yhteistyöllä on maassamme pitkä historiallinen perinne. Seurakunnat ovat hoitaneet kirkollisten tehtävien lisäksi tiettyjä yhteiskunnallisia tehtäviä. Vuonna 1617 päätettiin köyhäinhoidon kuuluvan seurakunnalle, ja sen myötä syntyi pieniä hospitaaleja. Kuntien vastuulle köyhäinhoito siirtyi vuonna 1923 köyhäinhoitolain mukaisesti. Maallinen valta alkoi vastata terveydenhuollosta 1800-luvun loppupuolella, jolloin ensimmäiset valtiovallan kouluttamat sairaanhoitajat valmistuivat Helsingissä. Samaan aikaan perustettiin diakonissalaitoksia, jotka alkoivat kouluttaa sairaanhoitaja-diakonissoja seurakuntien palvelukseen. (Suomen Kuntaliitto 2002, 9–11.)

Kirkko ja kunta suuntaavat tulevaisuudessa kaikilla tasoilla kohti yhteistyötä ja verkostoitumista. Yhteistyö on väline, jonka avulla voidaan tehokkaasti hyödyntää voimavaroja, parantaa palvelujen ja toiminnan laatua sekä lisätä niiden määrää ja välttää päällekkäisyyksiä. Yhteistyökumppaneilta edellytetään toisen työn tuntemista ja arvostamista, kompromissien tekoa ja vastuun jakoa. Yhteistyön tärkeimpiä tekijöitä ovat yhteiset kiinnostuksen kohteet ja näkemykset tulevaisuudesta sekä yhteiset tavoitteet ja tahto niiden toteuttamiseen. Keskustelu on keskeinen yhteistyön edistämisen väline. Ilman keskustelua ei ole mahdollista tuntea muiden yhteistyökumppaneiden osaamista, toimintaa, ongelmia tai muospaineita. (Häkkinen 2003, 314.)

Kuntien ja seurakuntien taloudellinen tilanne on heikkenemässä ja pysyy lähivuosina huonona. Tästä syystä molempia toimijoita, eteenkin seurakuntia, tarvitaan yhteistyöhön kuntien sosiaali- ja terveystoimen palvelujen turvaamiseksi. Kuntien laatiessa ja suunnitellussa strategioita otetaan huomioon paitsi kunnan omat palvelut, myös seurakuntien ja kolmannen sektorin tuottamat palvelut. Yhteistyö mahdollistuu esimerkiksi vanhustenhuollossa, mielenterveysasiakkaiden kohtaamisessa, päihdehuollossa ja kouluterveydenhuollossa. Muita yhteistyön alueita sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa voisivat olla alueellisen muuttoliikkeen aiheuttamat ongelmat, maahanmuuttajat, kotisairaanhoido, sosiaalityö, vanhustenhuolto, perheet, lasten ja nuorten syrjäytyminen, taloudellisissa vaikeuksissa olevien tukeminen, asumisongelmat, päihde ja huumeongelmat, vammaiset,

mielenterveyspotilaat, omaishoitajat ja vapaaehtoistyö. (Suomen Kuntaliitto 2002, 43–48.)

Kirkkohallituksen raportissa terveyden edistämisestä diakoniatyössä ilmenee, että diakonia on verkostoitunut mielenterveys- ja päihdetyön osalta laajalti, mutta tarve on kasvava. Haasteeksi nousee tehtävien priorisointi, eli mikä kuuluu diakonialle, mikä taas yhteiskunnalle ja järjestöille. Avohoidossa olevia potilaita ohjautuu nykyään yhä enemmän diakoniatyöntekijöiden vastaanotolle. Seurakunta ja diakoniatyö nähtäisiin yhtenä yhteistyökumppanina kunnalle. Sairauteen ja terveyteen liittyviä kysymyksiä mietittäessä yhteistyön merkitystä ei voi korostaa liikaa. Yhteistyö terveydenhuollon kanssa on välttämätöntä ja sitä helpompaa, mitä paremmin työntekijät tuntevat toisensa. Kotisairaanhoidajia, kotipalvelutyöntekijöitä ja diakoniatyöntekijöitä yhdistävät usein samat asiakkaat. Näiden tahojen yhteistyöllä ja kehittämisellä olisi merkitystä. (Kirkkohallitus 2009, 16, 23–24.)

Terveydenhoitosektorilla ei tiedetä tarpeeksi diakoniatyön sisällöstä. Diakonian olisi hyvä esittäytyä ja kertoa, mitä diakoniatyöntekijät tekevät ja millaista osaamista ja kiinnostusta sekä millaisia mahdollisuuksia terveyden edistämiseen diakonialla olisi tarjota. Terveyskeskuksesta voisi tavoittaa ihmisiä, jotka eivät pääse kirkon tiloihin, ja lisäksi diakonian leireistä, ryhmistä ja toiminnoista voitaisiin informoida siellä. Terveyskeskuksen henkilökunta voisi ohjata asiakkaita diakonian puoleen esimerkiksi silloin, kun asiakas kokee tarvitsevansa sairastumisen takia henkistä ja sosiaalista tukea. Diakonia voisi toimia asiakkaan tukena terveyskysymyksissä tämän terveyskeskuskäytien välillä. (Kinnunen, 2009a, 255–256.)

Vuotin (2005) tutkimuksessa kuvataan yhteistyökumppanien merkityksen korostumista varsinkin yhden diakoniatyöntekijän seurakunnissa. 1980-luvulla saavutetut suhteet kunnan kanssa ovat edesauttaneet kunnan ja seurakunnan yhteistyötä myöhemminkin. Nykyään joissakin kunnissa kunta kutsuu yhteistyöhön diakoniatyöntekijän, joka toimii kunnan eri tiimeissä seurakunnan edustajana. Moniammatillinen toiminta ja asiantuntijuuden jakaminen tekevät diakoniatyöstä yhteiskunnallisesti suuntautuneen. (Vuoti 2005, 68.) Rättyä (2004) kuvaa diakoniatyöntekijöiden olevan sillanrakentajia asiakkaan eri auttamis- ja palveluorganisaatioiden välillä. Diakoniatyön verkostoituminen on kysynyt työntekijöiden voimavaroja, mutta se on vastaavasti parantanut yhteistyötä. Verkostoituminen ja yhdessä tekemisen työtapo vahvistavat yhteisöllisyyttä ja tuovat diakonia-

seurakunnan lähemmäksi todellisuutta. (Rättyä 2004, 15.) Rättyän (2009) tutkimuksessa ilmeni, että diakoniatyöntekijät kokevat tärkeäksi yhteistyön eri toimijoiden kanssa. Yhteistyökumppaneiksi diakoniatyöntekijät mainitsivat esimerkiksi kaupunkien ja kuntien sosiaali- ja terveystoimen edustajat. Yhteistyössä keskeistä on suunnittelu, ideointi, kokoontuminen, toiminta ja keskinäinen tukeminen. Diakoniatyöntekijät korostivat moniammatillista yhteistyötä, tiimityötä sekä verkostotyön merkitystä. Moniammatillisen yhteistyön avulla on mahdollista saavuttaa uusia yhteistyökanavia ja yhteistyökumppaneita. (Rättyä 2009, 108–109.)

Kuikan (2009) kyselytutkimuksessa yhtenä kartoituksen kohteena oli seurakunnan diakoniatyöntekijöiden ja kunnan välinen yhteistyö Oulun hiippakunnassa. Yhteistyötä kuvattiin positiiviseksi, luonnolliseksi ja hyödylliseksi mutta sen lisäämistä kuitenkin toivottiin. Terveystoimialan toimijoista eniten yhteistyötä tehtiin kotisairaanhoidajan ja sairaanhoidajan kanssa. Yhteistyön esteinä tai ongelmina diakoniatyöntekijät pitivät sitä, ettei heitä arvosteta tasavertaisina ammattilaisina kuntasektorin työntekijöiden kanssa. (Kuikka 2009)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla vuodeosaston hoitajien käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. Tavoitteena on yhteistyön kehittäminen vuodeosaston ja seurakunnan diakoniatyön välillä.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Millaista yhteistyötä vuodeosaston ja seurakunnan diakoniatyön välillä on nykyisin hoitajien käsityksen mukaan?
2. Miten vuodeosaston ja seurakunnan diakoniatyön välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää hoitajien käsityksen mukaan?
3. Mikä on seurakunnan diakoniatyön merkitys vuodeosaston potilaiden hoitotyössä hoitajien käsityksen mukaan?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN LAADULLISENA TUTKIMUKSENA

6.1 Laadullinen lähestymistapa

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena tutkia vuodeosaston hoitajien käsityksiä, ja sen vuoksi päädyin laadulliseen (kvalitatiiviseen) lähestymistapaan. Hirsijärven (2009) mukaan laadullinen tutkimus tarkastelee tutkittavaa ilmiötä luonnollisessa yhteydessä ja tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja pyrkimyksenä on tuoda esille odottamattomia seikkoja. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole tilastollinen yleistys, vaan pyrkimyksenä on kuvata jotakin ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtää tiettyä toimintaa tai antaa tutkittavalle ilmiölle teoreettisesti mielekäs tulkinta. Tämä edellyttää sitä, että tieto kysytään ja kerätään heiltä, joilla on tietoa mahdollisimman paljon tai henkilökohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. (Kylmä 2008, 111; Tuomi & Sarajärvi 2004, 87–88.) Opinnäytetyössäni lähtökohtana oli ymmärtää vuodeosaston hoitohenkilökunnan näkökulmia ja kokemuksia yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa.

Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti todellista ja moniulotteista elämää. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2002, 152; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 20.) Siinä pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita pikemmin kuin näyttämään toteen jo tunnettuja väitteitä. (Hirsijärvi ym. 2002, 152.) Tutkijalla ei ole etukäteen lukkoon lyötyjä ennako-olettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimustuloksista. Sen sijaan tutkija voi ylläytyä ja oppia uutta tutkimuksen edetessä. (Es-kola & Suoranta 2003, 19–20.)

Tutkimuksen tekemisessä oleellista on päästä niin lähelle totuutta kuin mahdollista (Metsämuuronen 2003, 163; Metsämuuronen 2008, 7.) Laadullinen tutkimus on prosessi, jonka edetessä tutkimuksen eri elementit, kuten tutkimustehtävät, teorianmuodostus, aineistonkeruu ja sen analyysi, kehittyvät joustavasti (Kiviniemi 2007, 70). Laadullisen tutkimuksen prosessi perustuu pitkälti tutkijan omaan tulkintaan, intuitioon ja järjestykykyyn sekä valmiuksiin käsitellä ja työstää aineistoa ja tehdä siitä päätelmiä (Metsämuuronen 2003, 161; Metsämuuronen 2008, 7.)

6.2 Aineiston kerääminen

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää useita eri aineistonkeruumenetelmiä, joista yleisimpiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi, dokumentit, elämäkerrat ja tarinat. (Hirsijärvi 2009, 191–217.) Hirsijärvi (2009) pitää kyselytutkimuksen etuna sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä oli kysely. Valitsin kyselyn aineistonkeruumenetelmäksi kahdesta syystä: ensinnäkin, koska selvitin hoitohenkilökunnan käsityksiä ja kokemuksia, niitä oli kysyttävää heiltä suoraan. Toinen syy valita kysely oli se, että työskentelen itse kyseisellä vuodeosastolla, jossa toteutin kyselyn. Kyselylomakkeen käyttö varmisti sen, ettei opinnäytetyöntekijän läsnäolo vaikuta vastauksiin. Haastattelutilanteessa tutkijan läsnäolo voi vaikuttaa osallistujien vastauksiin siten, että he pyrkivät miellyttämään tutkijaa. (Valli 2001, 101; Nieminen 1997, 217.)

Käytin aineistonkeruumenetelmänä kyselylomaketta (Liite 2), jossa oli avoimia kysymyksiä. Hirsijärven (2009) mielestä avoimilla kysymyksillä saadaan manipuloimatta mahdollisimman aitoja vastauksia ja uusia näkökulmia esille tuovia vastauksia. (Hirsijärvi; Remes & Sajavaara 2009, 201–203.) Avoimien kysymyksien lisäksi kyselylomakkeessa oli kolme taustatietoihin liittyvää strukturoitua kysymystä. Kyselylomakkeessa oli liitteenä saatekirje (Liite 1), jossa kerroin opinnäytetyöni tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta sekä käytännön ohjeet liittyen kyselylomakkeiden palauttamiseen. Kyselylomakkeen testasi kaksi osaston hoitajaa. Esitarkastuksen jälkeen muokkasin ainoastaan kyselylomakkeen viimeistä kysymystä.

Opinnäytetyöhön osallistujat olivat vuodeosaston hoitajia. Kyseisellä vuodeosastolla hoitopaikkoja on virallisesti 21 ja hoitohenkilökunta koostuu osastonhoitajasta, sairaanhoitajista sekä lähi- ja perushoitajista. Vuodeosastolla työskentelee 21–25 hoitajaa lomitustarpeesta riippuen. Opinnäytetyön tutkimusaineiston keräsin 15.2– 3.3.2010 välisenä aikana. Vein kyselylomakkeet henkilökohtaisesti vuodeosaston osastonhoitajalle, joka toimitti ne osaston hoitajille. Kerroin paikalla oleville työntekijöille tutkimukseni tarkoituksesta sekä informoin kysymyksiin vastaamisesta. Paikalla olleet työntekijät lupasivat toimittaa kyselylomakkeet niille hoitajille, jotka eivät olleet työvuorossa. Jouduin antamaan kyselylomakkeiden vastaanamiseen kolme päivää lisäaikaa ja pidin ylimääräisen informaatiotilaisuuden, jotta saisin kyselyyn riittävästi vastaajia. Vuodeosaston

hoitajat täyttivät lomakkeet ja palauttivat ne suljettuun keräilylaatikkoon. Hain suljetun keräilylaatikon henkilökohtaisesti pois vuodeosastolta.

Vein kyselylomakkeita osastolle 25 kappaletta ja sain takaisin täytettynä 20 kappaletta, joten vastausprosentti oli 80 %. Laadullisen tutkimuksen tutkimusaineiston kokoa ei säätele määrä vaan laatu, sillä tutkimuksella ei tavoitella tilastollista yleistettävyyttä vaan rikasta sisällöllistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä 2008, 115).

Kyselyyn vastanneiden hoitajien ikäjakauma vaihteli alle 25 vuodesta yli 55 vuoteen. (Taulukko 1). Vastaajista alle 35-vuotiaita oli kolme, 35–45-vuotiaita oli yhdeksän ja yli 45-vuotiaita oli kahdeksan.

TAULUKKO 1. Vuodeosaston hoitohenkilökunnan ikäjakauma

Ikä	Henkilöiden määrä
–35	3
35– 45	9
45–	8
Yhteensä	20

Osallistajat olivat työskennelleet hoitotyössä alle vuodesta yli 30 vuoteen (Taulukko 2). Tähän kysymykseen jätti yksi osallistuja vastaamatta. Alle vuodesta kymmeneen vuoteen hoitotyötä tehneitä oli kuusi henkilöä. Kahdeksan vastaajista oli ollut hoitotyössä 10–20 vuotta. Viisi vastaajista oli ollut hoitotyössä yli 20 vuotta.

TAULUKKO 2. Vastaaajien työskentelyaika hoitotyössä

Työskentelyaika hoitotyössä	Henkilöiden määrä
Alle 1 v. –10 v.	6
10–20 v.	8
yli 20 v.	5
Tyhjiä vastauksia	1
Yhteensä	20

Kysymyksiin vastanneet hoitajat olivat työskennelleet akuutilla vuodeosastolla alle vuodesta yli 20 vuoteen (Taulukko 3). Seitsemän työntekijää oli työskennellyt osastolla alle vuodesta viiteen vuoteen. 5–10 vuotta osastotyössä oli ollut viisi työntekijää. 10–20 vuotta osastotyössä oli ollut myöskin viisi vastaajaa. Yli 20 vuotta osastotyötä tehneitä hoitajia oli kolme.

TAULUKKO 3. Vastaaajien työskentelyaika akuutilla vuodeosastolla

Työskentelyaika vuodeosastolla	Henkilöiden määrä
Alle 1 v.– 5 v.	7
5– 10 v.	5
10–20 v.	5
yli 20 v.	3
Yhteensä	20

6.3 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysillä pyritään luomaan hajanaisesta aineistosta selkeää, mielekästä ja tiivistettyä uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Eskola & Suoranta 2003, 137). Aineistolähtöinen analyysi pohjautuu tutkimusaineistoon, eikä siinä käytetä aikaisempia teoreettisia jäsennyksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Isola & Juvakka 2007, 44). Sisällön analyysi on menetelmä, jonka avulla do-

kumentteja voidaan analysoida objektiivisesti ja systemaattisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3; Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineistona oli 20 kyselylomaketta. Aineiston analysoinnissa käytin induktiivista sisällönanalyysiä, jota kutsutaan myös aineistolähtöiseksi analyysiksi. Sisällön analyysissä hajanaista aineistoa pyritään järjestämään selkeään ja tiiviiseen muotoon niin, että sen sisältämä tieto säilyy ja siitä tulee mielekäs, looginen ja yhtenäinen kokonaisuus. Analyysin jälkeen aineiston perusteella voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115; Kylmä & Juvakka 2007, 8.)

Aineiston analyysi on prosessi, jonka tarkoituksena on kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Analyysissa oleellista on aineiston tiivistäminen ja abstrahoiminen. Analyysin aluksi aineisto puretaan osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustehtäviä. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämässä karstataan aineistosta tutkimuksen kannalta epäoleellinen pois ja olennaiset asiat kirjataan myöhempää tarkastelua ja jaottelua varten. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä ja samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään omiin luokkiinsa. Näistä muodostuvat luokat nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä, ja niistä tehdään tutkimuksen johtopäätökset. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115; Janhonen & Nikkonen 2003, 26–29.)

Aloitin aineiston analysoinnin lukemalla vastaukset ja kirjoittamalla ne sana sanalta auki. Auki kirjoitetuina alkuperäiset vastaukset muodostivat kaksitoista sivua tekstiä 1,5 rivivälillä ja kirjasinkoolla 12. Seuraavaksi luin aineiston useita kertoja läpi saadakseni siitä kokonaiskuvan. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee prosessina, jonka pääperiaate on seuraava: analyysiyksikön valinta (sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä), tutustuminen aineistoon ja yleiskuvan hahmottaminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arvioiminen (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–25). Analyysiyksiköksi valitsin lausuman, jolla tarkoitetaan useammasta sanasta koostuvaa ajatusta tai ajatusteemaa. Lausuma voi olla myös kokonainen virke tai useiden virkkeiden muodostama tekstikappale. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26.)

Analysoin aineiston yksi kyselylomakkeen kysymys kerrallaan. Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa eli pelkistämässä etsin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Alle viivasin eri väreillä samankaltaiset alkuperäiset ilmaukset. Seuraavaksi pelkistin alkuperäiset ilmaukset ja kirjoitin pelkistetyt ilmaukset uudeksi listaksi. Jokainen vastaaja, alkuperäisilmaus ja lausuma saivat oman numeron, koodin, jonka avulla pystyin tunnistamaan vastaukset ja palaamaan analyysin edetessä tarvittaessa alkuperäiseen aineistoon. Pelkistämisen jälkeen ryhmittelin aineiston erilaisuuksiin ja yhtäläisyyksiin. Yhdistin samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset samaan luokkaan ja annoin niille sisältöä kuvaavan nimen. Näin sain muodostettua alaluokat. Yhdistin seuraavaksi samansisältöiset alaluokat yläluokaksi ja lopuksi pyrin löytämään yläluokille yhdistävän pääluokan. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 110–115; Janhonen & Mikkonen 2003, 26–29.) Analyysin etenemistä olen havainnollistanut kuviossa 1, sivulla 28.

Alkuperäis-ilmaus	Pelkistetty ilmaus/lausuma	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<i>”muutenkin paljon työtä. Aiheuttaako tämä yhteistyö lisää työtä?” (v. 1.8.)</i>	Pelko työmäärän lisääntymisestä	Ajan puute		Yhteistyön esteet
<i>”osastolla ei ole huonetta, jossa potilas ja diakonia-työntekijä voisivat keskustella rauhassa” (v. 7.8.)</i>	Diakoniatyöntekijälle ja potilaalle ei ole rauhallista keskustelupaikkaa	Tilan puute	Resurssin puute	

KUVIO 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

7 TULOKSET

7.1 Vuodeosaston hoitajien ja diakoniatyön yhteistyö

Opinnäytetyöhön osallistuneet hoitajat kuvasivat nykyisen yhteistyön vuodeosaston ja diakoniatyön välillä vähäiseksi ja jopa olemattomaksi. Vastaukset olivat lyhyitä ja niukkasanaisia. Satunnainen yhteistyö vuodeosaston potilaiden hoitotyössä sisälsi vastaajien mukaan potilaiden hengellisten tarpeiden huomioimista, olemassa olevan yhteistyön kontaktia, vähäistä yhteistyötä, ryhmätoimintaan liittyvää yhteistyötä sekä yhteistyölle koettuja esteitä. (Kuvio 2, sivulla 31).

Yhteistyö potilaiden hengellisten tarpeiden huomioimisessa sisälsi vastaajien mukaan lähinnä pappien käynnit osastolla ja yhteydenotot pappeihin, kun potilas kaipasi hengellisyttä. Potilaan hengellisten tarpeiden huomioimista kuvattiin kuitenkin niukasti vaikka hengellinen tukeminen nähtiin tärkeäksi potilaiden hoidossa.

Papit osataan soittaa muuta yhteyttä ei osata pyytää. (v. 6.4.3.)

Hoitajien vastauksissa tuli esiin, että kontakti seurakuntaan on olemassa. Vastaajien mukaan osastolta otetaan yhteyttä seurakunnan hengellisiin työntekijöihin, kun siihen on tarvetta. Vastauksista kävi ilmi, että hengellisen työn tekijät saadaan osastolle nopeasti. Yhteistyön sisältöä kuvattiin avun ja tuen saamisena. Avun ja tuen ja saamisen sisältöä ei määritelty tarkemmin.

Yhteys esim. puhelimitse saa hyvin papin diakonissan ym. palveluja. (v. 12.4.)

Useissa vastauksissa yhteistyön vähäisyyttä korostettiin, ja vastaukset olivat lyhyitä ja niukkasanaisia. Vastauksissa ilmeni myös ristiriitaisuuksia. Osa vastaajista koki, ettei yhteistyötä juurikaan ole tai se on vähäistä. Samat vastaajat toivat esille, että seurakunnan diakoniatyöntekijän saa osastokäynnille pikaisesti. Vastuksista ei tullut ilmi, min-kälaisessa tilanteessa diakoniatyöntekijää pyydettiin osastolle ja vastattiinko diakoniatyön puolelta pyyntöön kielteisesti vai myönteisesti.

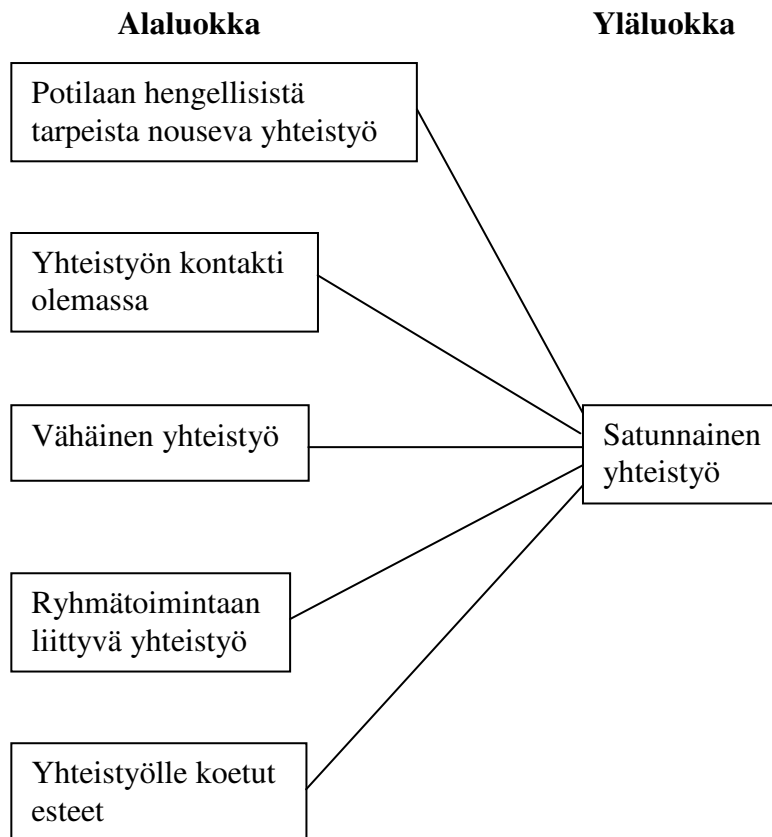
Aika ”näkyvätöntä”/vähäistä tällä hetkellä. Pyydettyäessä saadaan diakoniatyöntekijä käymään hyvinkin nopeasti. (v. 13.4.1.; v. 13.4.2.)

Ryhmätoimintaan liittyvällä yhteistyöllä vastaajat tarkoittivat potilaille yhteisesti tarkoitettuja tilaisuuksia. Näitä olivat erilaiset hartaudet, virsi- ja laulutuokiot sekä suurien juhlapyhien aikaan järjestettävät jumalanpalvelukset. Todettiin, että diakoniatyöntekijän syntymäpäiväkäyntien yhteydessä olisi mahdollista huomioida osaston muitakin potilaita.

Hartauksia on herätysliikkeet pitäneet, voisiko niitä pitää säännöllisesti esim. papit ja ne diakoniatyöntekijät? (v. 3.4.)

Yhteistyön esteeksi vastaajat kuvasivat esimerkiksi tiedon puutetta. Vastuksista ilmeni, ettei hoitajilla ole tarpeeksi tietoa diakoniatyöstä. Vastuksista kävi ilmi kaavoihin kangistuminen, ja sen myötä pyynnöt seurakuntaan osoitetaan aina papeille eikä nähdä muita seurakunnan työtahoja. Muutamasta vastauksesta tuli esiin, ettei diakoniatyöntekijää tai pappia ole saatu pyynnöistä huolimatta osastolle. Vastauksissa ei kerrottu tarkemmin, minkälaisesta tilanteesta on ollut kyse ja miksi seurakunnasta ei ole saavuttu osastolle.

Monesti on ollut tarvetta diakoniatyöntekijästä ja on pyydettykin mutta vähälle on jäänyt. (v. 5.4.)



KUVIO 2. Vuodeosaston hoitajien ja diakoniatyön yhteistyö

7.2 Vuodeosaston ja diakoniatyön yhteistyön kehittäminen

Vuodeosaston ja diakoniatyön yhteistyön kehittäminen koostui diakoniatyön erityisosaamisesta, moniammatillisesta yhteistyöstä, yhteistyön ylläpitämisestä ja kehittämisestä sekä vuorovaikutuksen lisäämisestä ja kehittämisestä (Kuvio 3, sivulla 36).

Vastaajat mielsivät kiireettömän läsnäolon diakoniatyöntekijöiden vastuualueeksi. Hoitohenkilökunta koki, ettei heillä ole riittävästi aikaa ja resursseja kuunnella ja keskustella potilaiden kanssa. Hoitajat toivoivat, että diakoniatyöntekijän saisi nopeasti osastolle, kun potilas tarvitsee kuuntelijaa ja vierellä olijaa.

Potilaat jotka haluavat kuuntelijaa sekä keskusteluapua vierelle heille olisi siihen mahdollisuus (monella on paljon puhuttavaa ja hoitajat eivät aina ehdi istuskella vierellä). (v. 16.5.2.)

Hoitajista osa toivoi, että diakoniatyöntekijät jakaisivat ehtoollista sitä tarvitseville ja haluaville potilaille. Ehtoollisen jakoa diakoniatyöntekijän toimesta odotettiin etenkin suurina juhlapyhinä.

Mahdollisuus ehtoolliseen esim. pääsiäisen aikoihin ja muulloinkin. (v. 14.6.2.)

Hoitajat kuvasivat diakoniatyölle kuuluvia vastuualueita konkreettisesti. Hartauksia ja hengellisiä tilaisuuksia toivottiin lisää. Hoitajat toivoivat enemmän musiikki-, laulu- ja virsituduokioita sekä ryhmätoimintaa potilaille ja hoitajille. Musiikin sisältöä ja musiikki-tarjontaa ei kuitenkaan kuvattu tarkemmin. Teemapäivät ja -vierailut, diakoniatyöntekijöiden vierailut ryhmille, virkistysretket ja erilaiset piirit olivat toivottuja tapahtumia vastauksissa. Teemapäivien sisältöä ei kuvattu tarkemmin. Lisäksi ehdotettiin esimerkiksi järjestettäväksi elämönhallintakurssi, jonka sisältö ei kuitenkaan käynyt esille. Vastauksista kävi ilmi, että diakoniatyöntekijöiden konkreettista toimintaa odotetaan osastolla ja se olisi tervetullutta.

Yhteiset laulu- ja virsituduot osastolla olisi odotettuja. (v. 14.5.)

Hoitajien vastauksista ilmeni, etteivät he aina pysty vastamaan potilaiden hengellisiin tarpeisiin. Hengellisen tuen antaminen koettiin diakoniatyöntekijän tehtäväksi. Vastauksista ilmeni, etteivät hoitajien resurssit riitä hengellisen tuen antamiseen. Myös toivon antaminen sairaille potilaille koettiin myös diakoniatyöntekijän tehtäväksi. Toivon antamista ja luomista toivottiin jokaiselle potilaalle diakoniatyön käyntien yhteydessä. Diakoniatyöntekijöiden odotettiin osallistuvan saattohoitopotilaiden tukemiseen ja hoitamiseen. Eräs vastaaja harmitteli, ettei diakoniatyöntekijän ammattitaitoa osata hyödyntää riittävästi kuten esimerkiksi saattohoitotilanteissa. Syvällisempää perustelua kumpaankaan toiveeseen ei vastaaja kirjannut.

Sairaille ihmisille pitää antaa toivoa, diakoniatyöntekijä sen osaa. (v. 17.6.3.)

Moniammatillinen yhteistyö vuodeosaston ja diakoniatyön välillä tuli esille useissa vastauksissa. Hoitajat kuvasivat, että kummallakin osapuolella olisi annettavaa toisilleen, esimerkiksi molemmilla osapuolilla on samoja ihmisiä asiakkaina ja potilaina. Voimavaroja yhdistämällä saavutettaisiin kokonaisvaltaista asiakkaan ja potilaan hoitamista.

Tehdään työtä samojen ihmisten kanssa, (yhdistetään voimavarat). (v. 20.5.1.)

Diakoniatyöltä odotettiin tukipalveluja vanhustyöhön. Vanhusten yksinäisyyteen tulisi puuttua. Masennuksesta ja alkoholismista kärsivät monet ihmiset, eikä yksin hoitotyö voi vastata näihin haasteisiin ja tarpeisiin. Ystäväpalvelua ja virkistystoimintaa potilaille kaivattiin sekä kotikäyntejä potilaiden kotiuduttua. Hoitajat toivoivat, että diakonia-työntekijät antaisivat potilaille opetusta ja ohjausta. Vastaukseen ei kirjattu tarkemmin, minkälaisesta opetuksesta ja ohjauksesta oli kyse.

Moniammatillinen yhteistyö tuotiin esiin omaisten ja potilaiden jatko-ohjauksena diakoniatyöntekijän vastaanotolle. Mielenterveyspotilaat eivät saa terapiayksiköstä helposti vastaanottoaikaa. Heidät voitaisiin ohjata diakoniatuomistoon tai jopa sopia valmiiksi vastaanottoaika diakoniatyöntekijän luokse. Vanhusten syrjäytyminen ja yksinäisyys huolestutti vastaajia. Diakoniatyöntekijän vastaanotolla vanhukselle olisi aikaa ja diakoniatyöntekijät osaisivat ehdottaa ja kertoa vanhukselle kunnassa olevista palveluista ja tarjonnasta, kuten päiväkeskustoiminnasta kunnallisella puolella ja seurakunnan taholla vanhusten kerhoista ja piireistä.

Omaisten tai potilaiden jatko-ohjaus diakoniatyöntekijän juttusille, vastaanotolle. (v. 20.5.8.)

Yhteistyön kehittäminen ja lisääminen nähtiin tärkeäksi. Vastauksissa tuli esiin yhteistyön lisäämisen tarve, ennen kaikkea diakoniatyöntekijöiden vierailut ja käynnit osastolla. Säännöllisiä diakoniatyöntekijän osastokäyntejä toivottiin jopa viikoittain, mutta enimmäkseen käynnit kerran kuussa näyttäisivät riittävältä. Lisäksi korostui yleisesti seurakunnan ja osaston välisen yhteistyön tiivistämisen tarve.

Säännölliset käynnit osastolla, kerran kuukaudessa olisi hyvä. (v. 13.5.1.)

Vastauksissa toivottiin selkeää informaatiota seurakunnan toiminnasta ja laitospöynteistä osaston ilmoitustaululla. Näin hoitajien olisi mahdollista kertoa seurakunnan toiminnasta osaston potilaille. Muutamissa vastauksissa toivottiin että osaston ilmoitustaululla olisi tarpeen näkyä seurakunnan puhelinnumerot ja työntekijöiden yhteystiedot. Tällöin seurakuntaan voisivat ottaa yhteyttä hoitajat, potilaat ja omaiset. Lisäksi toivot-

tiin tietolehtistä, joka voitaisiin jakaa potilaille tai laittaa osastolla potilashuoneiden tiedotuskansioon. Sitä, mitä tietolehtinen pitäisi sisällään, ei vastauksissa mainittu.

Osastolla voisi olla esim. ilmoitustaululla seurakunnan puhelinnumerot/yhteystiedot -> potilas/omainen voisi ottaa yhteyttä. (v. 18.6.1.)

Hoitohenkilökunta oli kartoittanut muutamissa vastauksissa yhteistyön tarpeita ja kehittämiskohteita. Näistä vastauksista kävi ilmi, että vuodeosaston hoitajat olisivat halukkaita miettimään, minkälaisissa tilanteissa he tarvitsevat ja odottavat seurakunnalta tukea ja apua sekä missä heidän olisi mahdollista hyödyntää diakoniatyön tarjoamaa apua. Toivottiin, että kartoitettaisiin, mitä potilaat haluavat diakoniatyöltä. Yhteistyön kehittämisen lähtökohdaksi vastaajat mainitsivat erilaisia toimintaperiaatteita. Hyvin vahvasti nousi esille henkilökunnan kouluttaminen, ohjaaminen ja opettaminen. Lisäksi diakoniatyöntekijältä toivottiin koulutustilaisuuksia ja osastotunteja hoitajille. Tilaisuuksien avulla toivottiin saatavan työvälineitä potilaan kohtaamiseen. Osa hoitajista koki olevansa taidottomia kohtaamaan ja ohjaamaan asiakkaita. Vastauksista saattoi päätellä, että diakoniatyöntekijää pidettiin asiakkaan ja potilaan kohtaamisen asiantuntijana.

Olisiko diakoniatyöntekijällä antaa ”eväitä” hoitajille kohdata ja ohjata asiakkaita silloin kun hoitaja kokee taidottomuutta. (v. 9.5.2.)

Useissa vastauksissa toivottiin yhteistyötä palaverien, yhteisten hankkeiden ja projektien muodossa. Tärkeänä pidettiin saman pöydän ääreen asettumista ja keskustelua siitä, mitä toivotaan ja tarvitaan puolin ja toisin. Vastukset eivät kuitenkaan sisältäneet konkreettisia kuvauksia siitä, mitä yhteiset hankkeet, palaverit ja projektit pitäisivät sisällään. Kehittämistä ja yhteisten toimintamallien luomista toivottiin myös diakoniatyöntekijän ja hoitajan kohtaamiseen. Hoitajat kaipaisivat keskusteluapua henkilökohtaisiin työpainuksiin ja muihin mieltä askarruttaviin asioihin. Lisäksi toivottiin yksittäisiä hoitajan ja diakoniatyöntekijän välisiä keskusteluja, sekä työnohjausta ja sielunhoitoa hoitajille. Muutamissa vastauksissa diakoniatyöntekijän odotettiin olevan ammatiltaan diakonissa.

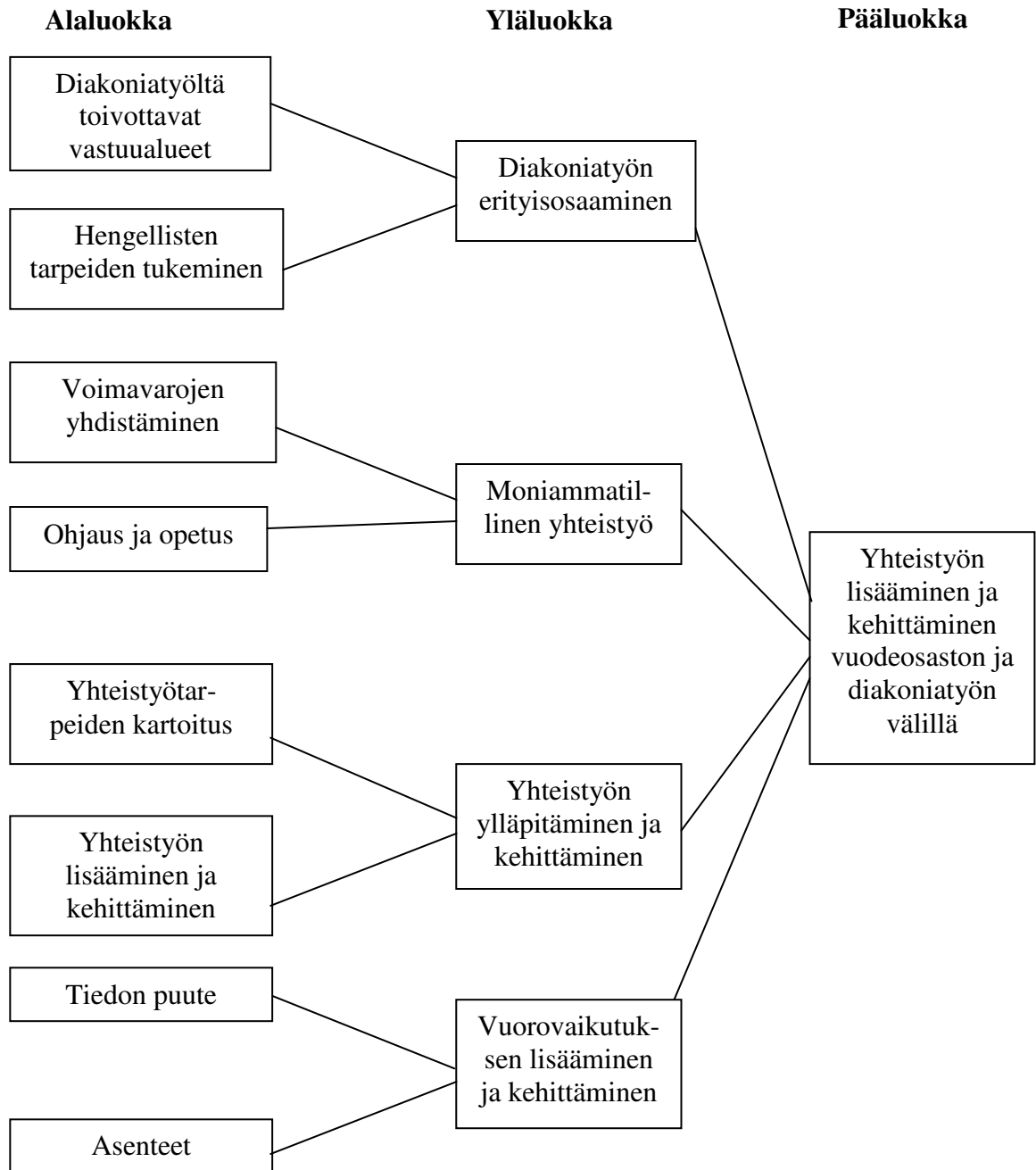
Hoitohenkilökunnan mahdollisuus keskustella ryhmänä ja yksin diakonissan kanssa. (v. 13.5.3.)

Muutamissa vastauksissa tuli esille vuorovaikutukseen liittyviä kehittämistarpeita. Yhteydenotto diakoniatyöntekijään koettiin helpommaksi, mikäli hoitajat ja diakoniatyön-

tekijät tunsivat toisensa. Potilaille koettiin olevan helpompaa esitellä sellainen diakoniatyöntekijä, joka on entuudestaan tuttu. Vuorovaikutukseen vaikutti vastausten perustella negatiivisesti se, etteivät hoitotyöntekijät tunteneet diakoniatyön sisältöä. Diakoniatyötä pidettiin tavallisen ihmisen tiedon ulottumattomissa olevana. Diakoniatyö koettiin jopa salaiseksi, eikä se ole tarpeeksi lähellä ihmistä. Työn salaisuuteen tai etäisyyteen ihmisestä ei vastaaja kuitenkaan antanut perusteluja. Vastuksien perusteella diakoniatyötä hyödynnettäisiin, jos vain tiedettäisiin, mitä diakoniatyö on ja minkälaisia palveluja diakoniatyö tarjoaa?

Mielestäni diakoniatyötä voitaisiin hyödyntää enemmänkin, jos siitä olisi riittävästi tietoa. (v. 18.5.)

Hoitajien asenteiden koettiin vaikuttavan vuorovaikutukseen. Jotkut vastaajat kokivat, että kynnys yhteydenottoon on liian korkea. Vastauksesta ilmeni, että hyvä ja säännöllinen yhteistyö madaltaisi yhteydenoton kynnyistä diakoniatyöntekijään ja yleensä seurakuntaan. Samasta vastauksesta kävi ilmi, että kaikki työntekijät eivät edes halua yhteistyötä seurakunnan kanssa. Syyksi nähtiin erilainen vakaumus tai yleinen välinpitämättömyys seurakuntaa kohtaan.



Kuvio 3. Yhteistyön kehittäminen

7.3 Yhteistyön esteet

Yhteistyön esteisiin kuuluivat resurssien puute, asenteelliset esteet, vuorovaikutukseen liittyvät esteet sekä esteetön yhteistyö (Kuvio 4, sivulla 39).

Resurssien puute nähtiin yhteistyön esteenä. Osastolla ei ole erillistä tilaa tai huonetta, jossa diakoniatyöntekijä sekä potilas voisivat keskustella rauhassa. Ratkaisuehdotusta tilanpuutteeseen ei ollut.

Myös ajan puute, aikatauluongelmat sekä liiallinen työmäärä nähtiin myös yhteistyön esteinä. Yhteisten palvelujen suunnitteluun ei ole varattu tarpeeksi työaikaa, ja hoitajat kokivat yhteistyön lisäävän työn määrää, eikä työnkuvaan haluttu mitään ylimääräistä. Ajan puutteesta johtuvaa saavuttamattomuutta yhteistyössä koettiin, mutta tarkempaa kuvausta asiasta ei annettu.

Muutenkin paljon työtä. Aiheuttaako tämä yhteistyö lisää työtä? (v. 1.8.)

Asenteellisia esteitä olivat ennakkoluulot ja pelot. Ennakkoluuloja kuvattiin seuraavasti. Koettiin, että kaikki ihmiset/potilaat eivät kuulu seurakuntaan. Sellaiset potilaat, jotka eivät pidä seurakunnan toiminnasta, eivät halua diakoniatyöntekijältäkään mitään. Vastaaja koki, että diakoniatyöntekijä on uskonnon tuputtaja käynneillään. Sairaalamailma koettiin diakoniatyöntekijälle liian haasteelliseksi ja ajateltiin, ettei diakoniatyöntekijä halua tavata esimerkiksi dementoitunutta potilasta. Diakoniatyöntekijä ei ehkä ymmärräkään potilasta tämän sairauden vuoksi.

Sairaala on oma maailmansa eikä diakoniatyöntekijä tunne ympäristöä. (v. 14.8.)

Pelkoon liittyviä esteitä vastauksissa oli sairaiden ihmisten näkemisen pelko, mutta tarkempia perusteluja ei esitetty. Diakoniatyöntekijän palveluja pelättiin esitellä, koska potilaat voisivat kokea sen uskonnon ”tuputuksena”. Pelon syy ei selvinnyt vastauksista. Vuorovaikutukseen liittyviä esteitä olivat tiedon puute ja salassapitoon liittyvät esteet. Tiedon puute seurakunnan tarjoamista palveluista ja käytäntöjen tuntemattomuus vaikeuttivat yhteistyötä. Diakoniatyö koettiin vieraaksi tai sitä ei tunnettu lainkaan. Vasta-

uksissa tuotiin esille oma ammattiyhteisyys sekä osaamattomuus konsultoida, ei osata pyytää apua muilta tahoilta vaikka omat resurssit, tiedot ja taidot eivät riittäisikään.

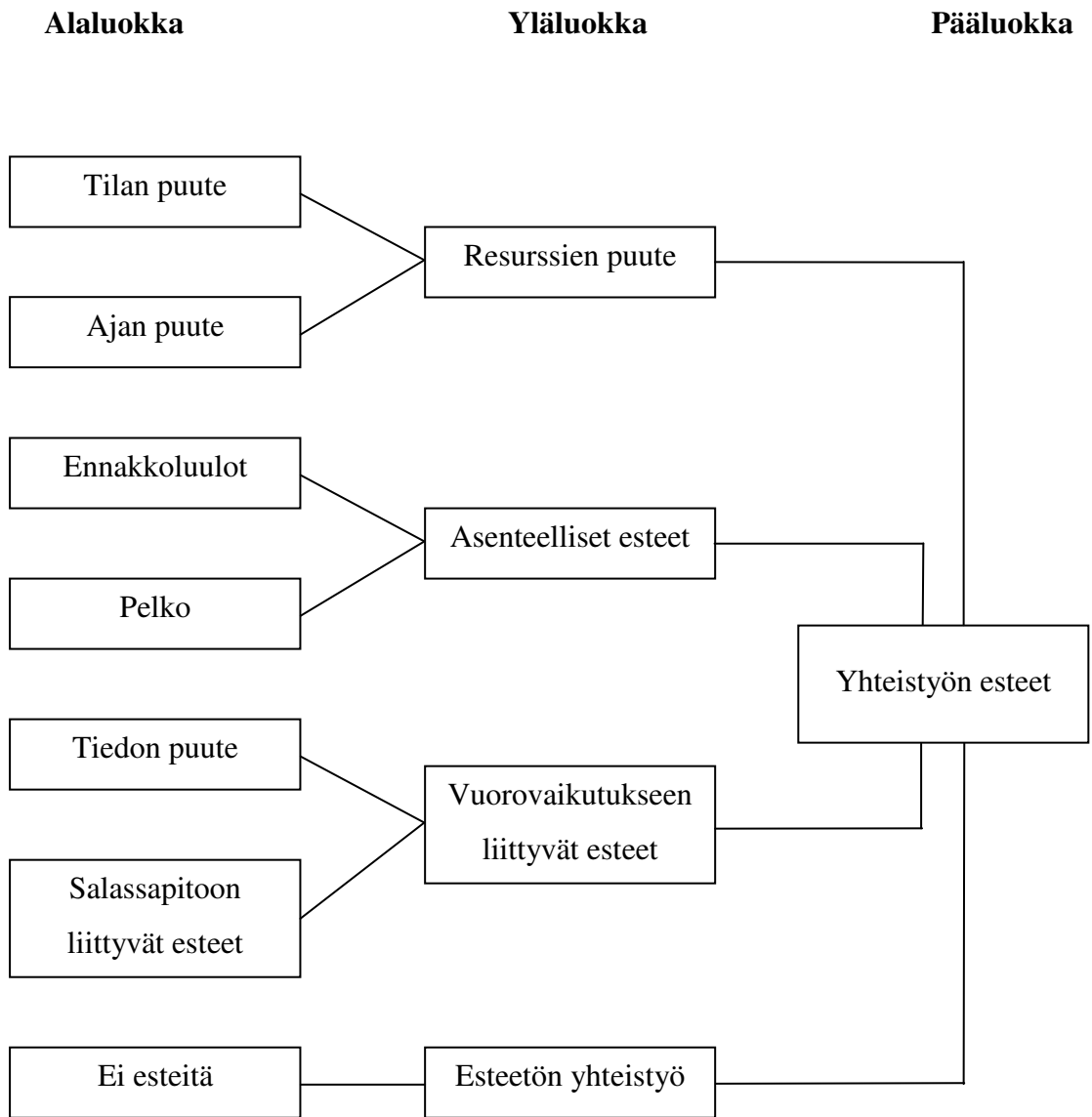
Ollaan niin ylpeitä omasta osaamisesta ettei osata pyytää apua / konsultoida muita yhteistyötahoja. (v. 6.8.)

Salassapitoon liittyviä esteitä toivat esille muutamat hoitajat. Lähinnä huolta kannettiin siitä, mitä diakoniatyöntekijä tai sisar saa tietää ja puhua. Pohdittiin, mikä on diakoniatyöntekijän vaitiolovelvollisuus ja miten se näkyy osastovierailulla ja sen jälkeen. Epäiltiin myös diakoniatyöntekijän vaitiolovelvollisuutta ja sen itsestään selvyttä.

Mitä se sisar saa puhua ja tietää? Onko vaitiolovelvollisuus heille itsestään selvyys? (v. 10.8.)

Välttämättä yhteistyölle ei koettu olevan esteitä, mutta työmäärän lisääntymistä yhteistyön kasvaessa kuitenkin pelättiin.

En osaa sanoa – ei mitään esteitä yhteistyölle. (v. 4.8.)



KUVIO 4. Yhteistyön esteet

7.4 Diakoniatyön merkitys potilaan hoitotyössä

Kartoitettaessa vuodeosaston hoitajien käsityksiä diakoniatyön merkityksestä vastaajat kuvasivat yleensä diakoniatyön olevan tärkeää ja merkityksellistä potilaanhoitotyössä. Vastaukset olivat suhteellisen suppeita, joten merkityksen arviointi oli todennäköisesti vaikeaa. Pääluokaksi muodostui diakoniatyö osana potilaiden kokonaisvaltaista hoitotyötä. Pääluokkaan sisältyi hengellinen tukeminen sekä moniammatillinen yhteistyö (Kuvio 5, sivulla 42).

Ammattitaitoinen henkinen ja hengellinen tuki etenkin diakoniatyöntekijän toteuttamana sisälsi vastaajien mukaan hengellisen ryhmätoiminnan, kiireettömän läsnäolon ja hengellisen tuen annon. Hengellisen tuen koettiin antavan potilaille voimia, tukea, läsnäoloa ja luottamusta antavaa. Hengellisyys ja sen tarjonta auttavat jaksamaan sairauksien keskellä. Saattohoitotilanteessa, kuolevien ja vaikeasti sairaiden potilaiden kohdalla hengellisyys ja sielunhoito korostuvat. Potilaiden vakaumuksen ja yksilöllisyyden huomioiminen ja kunnioittaminen nähtiin tärkeäksi. Vastauksista ilmeni, että diakoniatyöntekijä on henkisen tuen ja hoitamisen asiantuntija sekä taitaja. Tarkempaa kuvausta termien sisällöstä ei annettu.

Henkisen puolen hoito jää kyllä hoitajien toimesta vähäiseksi. Diakonissa on kyllä tämän puolen taitaja ja asiantuntija, mielestäni. (v. 6.7.)

Hengellinen ryhmätoiminta otettiin esille useissa vastauksissa. Erilaisten hengellisten tilaisuuksien järjestäminen nähtiin tärkeäksi. Lyhyet hartaushetket, virsi- ja laulutuohtiot olivat toivottavia. Tärkeänä pidettiin yleensä sitä, että seurakunta huomioi ihmisiä ja potilaita.

Toiset varmaan kaipaisivat enemmän osastolla järjestettäviä hengellisiä tapahtumia. (v. 2.7.)

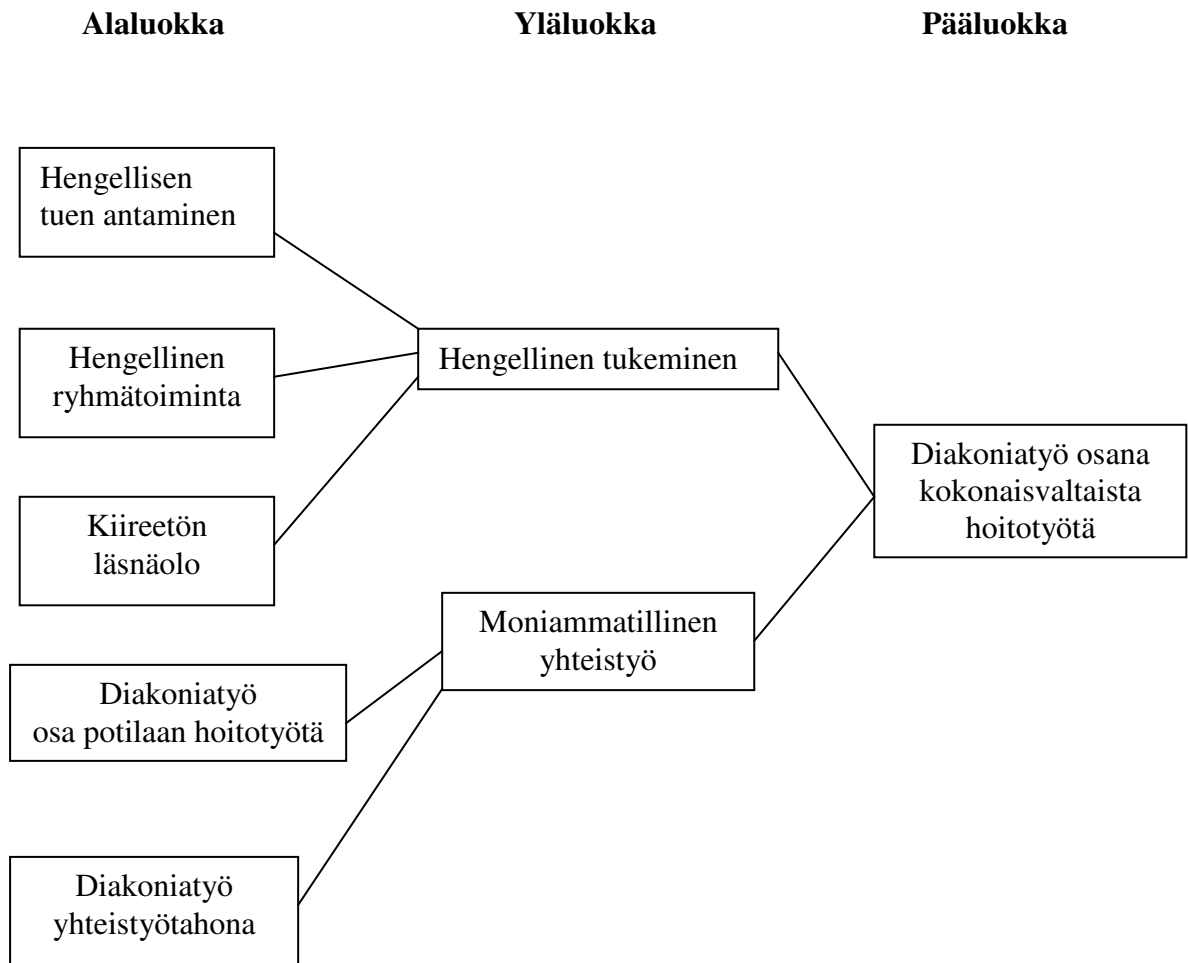
Vastaajat kuvasivat kiireettömän läsnäolon tärkeyttä kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Diakoniatyöntekijöillä koettiin olevan enemmän aikaa kuunnella ja kohdata potilaita sekä keskustella näiden kanssa. Hoitajat kokivat, että papin tai muun hengellisen työntekijän vierailut potilaan luona rauhoittavat ja tasapainottavat potilasta. Diakoniatyöntekijä pidettiin kuuntelemisen ja ajan antamisen taitajana.

Sen olen nähnyt, että potilas on paljon levollisempi kun on ollut vierellä kuuntelija/ keskustelija ja antanut aikaa ”vain hänelle”. (v. 16.7.)

Diakoniatyö nähtiin tärkeänä osana moniammatillista yhteistyötä ja se koettiin hyväksi yhteistyötahoksi. Vastaajat kuvasivat tärkeyttä valitettavan niukkasanaisesti ja yksiselitteisesti. Diakoniatyöntekijää, varsinkin diakonissaa pidettiin tärkeänä ulkopuolisena työntekijänä kaikkien potilaitten kohtaamisessa. Koettiin, että ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen on unohdettu, koska osataan hoitaa vain ruumiillisia vaivoja. Diakoniatyöntekijä nähtiin kokonaisvaltaisesti ihmisiä auttavana.

Potilas ei välttämättä halua uskoutua hoitajalle ja kokee diakonissan paremmaksi vaihtoehdoksi, ns. ulkopuolinen kuuntelija, auttaja. (v. 13.7.4.)

Yksi hyvä yhteistyötaho. (v. 7.7.1)



KUVIO 5. Diakoniatyön merkitys potilaanhoitotyössä

7.5 Vuodeosaston hoitajien mielikuvia diakoniatyöstä

Hoitajien mielikuva diakoniatyöstä oli hyvin käytännönläheinen ja monipuolinen. Diakoniatyölle annettiin kehittämishaasteita, joita olivat esimerkiksi sururyhmien perustaminen sekä opaslehtisen tekeminen, joka annettaisiin seurakunnan toimesta surun kohdanneelle ihmiselle. Diakoniatyö nähtiin ihmisen auttamisena ja rinnalla kulkemisena henkisessä hädässä, tuskassa, surussa ja ilossa. Joistakin vastuksista ilmeni, ettei diakoniatyön sisältöä tunnettu. Tämä vaikutti siihen, ettei diakoniatyöntekijöiden palvelua osattu hyödyntää. (Kuvio 6, sivulla 45).

Enkä juuri tiedon puutteen vuoksi koko diakoniatyön sisältö henkilökohtaisesti epäselvä. (v. 18.9.)

Vastaajat kuvasivat diakoniatyön olevan hengellisen ja henkisen tuen antoa. Hengellisyteen liitettiin esimerkiksi rippi, ehtoollinen ja siunaaminen. Hengellistä näkökulmaa hoitotyössä pidettiin osana kokonaisvaltaista ihmisen kohtaamista. Hengellisyys hoitotyössä pitää huomioida herkästi, mikäli potilaalla on hengellisiä tarpeita. Hoitajien tulee tietää yhteistyötaho, johon olla yhteydessä, kun omat taidot eivät riitä hengelliseen hoitamiseen. Sielunhoito nousi esille vastauksista: se koettiin tärkeänä osana potilaanhoitotyötä, johon diakoniatyöntekijän (diakonissan) odotettiin osallistuvan siihen. Vastauksesta ei selvinnyt, miten ja missä tilanteessa diakoniatyöntekijään otetaan yhteyttä, kun osastolla on sielunhoidollista tarvetta.

Koen diakoniatyön olevan ihmisten lähinnä hengellisten asioiden tukemista, tuen antamista vaikeissa elämäntilanteissa. (v. 19.9.)

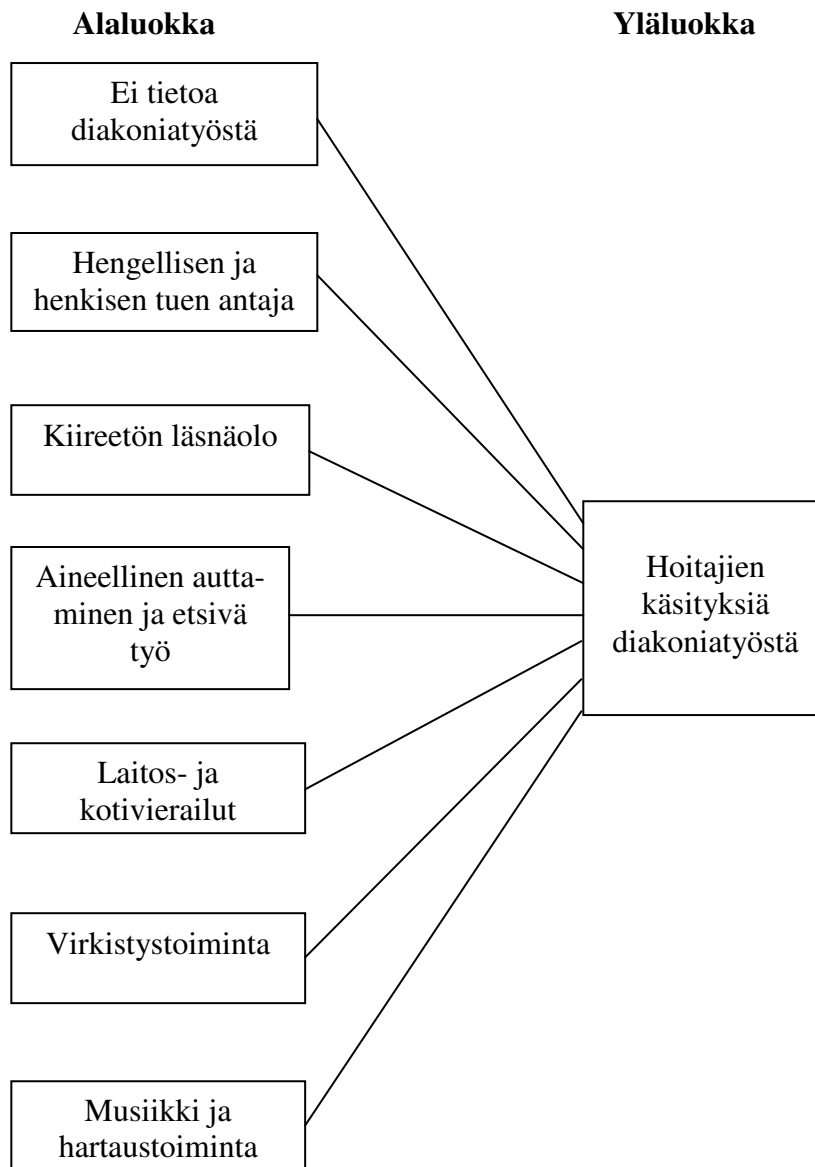
Vastaajat kuvasivat kiireettömän läsnäolon olevan osa diakoniatyötä. Kiireetön läsnäolo sisälsi kuuntelua ja keskusteluavun antamista uskonnolliselta pohjalta. Lisäksi vastaajat kuvasivat kohtaamisen, kuuntelun ja läsnäolon merkitystä. Tärkeäksi osaksi diakoniatyötä käsitettiin toisten ihmisten auttaminen ja heistä huolehtiminen sekä ystävyys. Vastaukset olivat suppeita ja lauseet lyhyitä, mutta vastauksista saattoi päätellä että ihmisten kiireetön kohtaaminen ja auttaminen ovat tärkeää diakoniatyötä.

Keskusteluapua uskonnollisesta perusteelta. (v. 7.9.)

Diakoniatyöntekijän tarjoamaa aineellista auttamista ja etsivää työtä kuvattiin diakoniatyöksi. Aineellista apua koettiin annettavan huonompi- ja vähäosaisille. Mitä aineellinen apu pitää sisällään tai ketä ovat vähäosaiset, ei käynyt vastuksista ilmi. Vastuksissa tuli esiin myös varattomien ja yksinäisten ihmisten löytäminen seurakunnasta. Vastauksista voisi päätellä, että jokaisesta ihmisestä tulee huolehtia ja jokaiselle sitä tarvitsevalle tulee antaa oikeanlaista apua.

Löytää seurakunnasta varattomia, apua tarvitsevia ihmisiä. (v. 15.9.)

Laitos- ja kotivierailut koettiin osaksi diakoniatyön sisältöä. Vastauksissa toivottiin vierailuilla kohdattavan yksinäisiä, syrjäytyneitä sekä iäkkäitä vanhuksia. Tervehdyskäyn-
tejä laitoksiin ja palvelutaloihin toivottiin lisää. Virkistystoiminnan sisällöksi kuvattiin retkiä, leirejä, kerhoja ja yleensä virkistystapahtumia. Hartaushetkillä ja -toiminnalla nähtiin olevan iso merkitys diakoniatyössä. Erilaisia musiikillisia hetkiä pidettiin tarpeellisina ja tärkeinä, samoin kuin virsiä ja laulamista vanhusten kanssa. Musiikillisten tapahtumien ja hetkien sisällöstä olisi ollut mielekäästä saada lisäkuvausta. Virkistystoiminta, hartaus ja musiikkihetket koettiin kuitenkin diakoniatyön perustehtäviksi.



KUVIO 6. Hoitajien käsityksiä diakoniatyön sisällöstä

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan eettinen hanke (Kuokkanen, Kiviranta, Määttä & Ockenström 2007, 27). Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja toimia, ja se koostuu periaatteista, arvoista ja ihanteista. Perustan tutkimusetiikalle luovat elämän kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, asiakkaan autonomia ja hyödyntuottaminen sekä haitan välttäminen. (Pirttilä 2008, 65.) Pysin noudattamaan koko opinnäytetyöprosessin ajan tarkkuuden, rehellisyyden ja huolellisuuden periaatteita. Nämä kuuluvat tieteellisesti hyvään käytäntöön ja ovat laadullisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri, koska tutkimuksen keskeinen tutkimusväline on tutkija itse. (Kuokkanen ym. 2007, 27; Vähäkangas 2008, 43.) Eettinen asenne näkyy siinä, miten työn aihe valitaan, miten prosessista ja tuloksista puhutaan ja miten tuloksia sovelletaan. (Kuokkanen ym. 2007, 27.) Opinnäytetyön tekijänä minulta vaadittiin sitoutumista tutkimuseettisiin periaatteisiin, joita ovat pahan tekemisen välttäminen, hyvän tekeminen sekä oikeudenmukaisuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Kylmä 2008, 11). Opinnäytetyössäni kyselylomakkeen avoimet kysymykset antoivat hoitajille mahdollisuuden kertoa sen, mitä he haluavat ja mikä heistä on sopivaa ja hyvää. Kerätessäni aineistoa pyysin suhtautumaan kaikkiin hoitajiin ja kohtelemaan heitä oikeudenmukaisesti heidän itsenäisyyttään kunnioittaen ja millään tavalla heitä vahingoittamatta ja kunnioittaen myös heidän valinnanvapauttaan kyselyyn vastaamisessa (Pirttilä 2008, 65.) Keräsin kyselylomakkeella vain tarpeellisen tiedon hoitajilta enkä käyttänyt keräämääni aineistoa väärin. Huolehdimme aineiston pysymisestä vain itselläni ja hävitän aineiston polttamalla välittömästi opinnäytetyöni valmistuttua. (Kuokkanen ym. 2007, 28.)

Tammikuussa 2010 kävimme osastonhoitajan kanssa läpi tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen, minkä jälkeen anoin kirjallisen tutkimusluvan. Aikatauluvaatimuksia ei asetettu. Pysin kriittisyyteen lähteitä valitessani ja arvioin niiden luotettavuutta sekä soveltuvuutta työhöni. (Kuokkanen ym. 2007, 27.) Pohdin suorien lainauksien käyttöä opinnäytetyössäni. Vastauksissa oli suuria eroja toisten ollessa tiivistettyjä, jopa yksittäisiä sanoja, ja toisten muodostuessa useista virkkeistä. Pidinkin kuitenkin jokaisen vastaajan vastauksia yhtä arvokkaina ja lyhempiäkin vastauksia hyvin informatiivisina. Saadakseni

usean vastaajan ”asioita” kuuluville ja ollakseni tasapuolinen sekä oikeudenmukainen (Kuokkanen ym.2007, 27) en rajannut lainauksia aineiston ulkopuolelle niiden pituuden mukaan.

Tämän opinnäytetyön kohteena ollut julkinen organisaatio ei kokenut haitallisena paikakunnan nimen ilmaisemista. Kyselylomakkeen saatekirjeessä (Liite 1) kerroin käsitteleväni saamiani vastauksia luottamuksella. Tutkimukseen osallistuvien intymiteettiä on suojeltava, eikä heitä saa vahingoittaa: varsinkin pienyhteisöä tutkittaessa tutkimuksen tekijältä vaaditaan erityistä tarkkuutta ja hienotunteisuutta (Eskola & Suoranta 2003, 56–57; Kylmä & Juvakka 2007, 152). Kyselylomakkeiden jakamisen jälkeen kukaan vuodeosaston hoitajista ei ottanut minuun yhteyttä kysymyksiin liittyen. Tutkimukseen osallistuvilla tulee olla oikeus tarvittaessa esittää kysymyksiä ja saada selvyyttä tutkimuskysymyksiin koko aineistonkeruun ajan. Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus saada tietoa tutkimustuloksista, joten sovimme osastonhoitajan kanssa, että esittelen valmista opinnäytetyötä vuodeosaston hoitajille sekä järjestän hoitajille osastotunnin. Lupasin toimittaa osastolle yhden kappaleen valmiista opinnäytetyöstäni. (Leino-Kilpi 2004, 290).

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen (Janhonen & Nikkonen 2003, 36). Luotettavuuden arvioinnilla pyritään selvittämään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella tuotettiin tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden arviointi kulkee mukana koko tutkimusprosessin ajan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127, 130–134.) Luotettavuutta heikentävänä tekijänä pidin sitä, että työskentelen itse kyseisellä vuodeosastolla, jossa toteutin opinnäytetyöhöni liittyvän tutkimuskyselyn. Pidin kuitenkin tutkimuksen toteuttamista vuodeosastolla mahdollisena, koska en ole työskennellyt osastolla yli kolmeen vuoteen ja henkilökunta on vaihtunut lähes kokonaisuudessaan.

Tutkimukseen osallistujien yhteistyöhalu on tutkimusaineiston perusta. Osallistujilla on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen halutessaan. (Eskola & Suoranta 2003, 56; Kylmä & Juvakka 2007, 149.) Vuodeosastolla työskentelee 20–25

hoitajaa lomitustarpeesta riippuen. Tähän opinnäytetyöhön osallistui 20 vuodeosaston hoitajaa, eikä kukaan heistä halunnut keskeyttää osallistumistaan. Luotettavuutta lisäämään jätin kyselylomakkeille palautelaatikon, joka oli umpinainen. Annoin kyselylomakkeille vastausaikaa kaksi viikkoa ja kolme päivää, jonka jälkeen hain palautelaatikon osastolta henkilökohtaisesti.

On tärkeää tunnistaa ennakkoasenteet, odotukset ja epäilyt tutkittavasta ilmiöstä, pyritävä vapautumaan niistä sekä tähdättävä mahdollisimman suureen objektiivisuuteen (Vehviläinen-Julkunen 1997, 32). Pyrin olemaan tarkka ja uskollinen alkuperäiselle aineistolle tehdessäni sisällönanalyysiä, jotta omat ennakkoasenteeni eivät ohjailisi tuloksia. Aineiston analysoinnin aluksi kirjoitin auki kaikki vastaukset samanaikaisesti ja huomioin kaikki vastaajat tasapuolisesti. Tutkimuksen luotettavuuteen voi olla vaikuttamassa se, että vastausten taso vaihteli. Toiset olivat vastanneet hyvin kattavasti kysymyksiin kun taas toiset vastasivat hyvin lyhyesti. Pohtiessani kriittisesti aineiston luotettavuutta totesin, että tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää pieni vastaajamäärä. Saamani aineisto oli kuitenkin monipuolista ja pidin sitä riittävän luotettavana. Tutkimusta tehdessä pyritään välttämään virheitä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus – ja tutkimustapoja. Aina mittarit ja menetelmät eivät vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadut vastaukset, eivät aina vastaakaan sitä, mitä tutkija on kysymyksillään hakenut. (Hirsijärvi 2009, 232–233.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Olosuhteista, joissa aineisto on tuotettu, olisi kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. Laadullisen aineiston analyysissä on keskeistä luokittelujen tekeminen. Tulosten tulkinta puolestaan vaatii tutkijalta kykyä punnita vastauksia ja saattaa niitä myös teoreettisen tarkastelun tasolle. (Hirsijärvi 2009, 233.) Vahvistettavuuden lisäämiseksi olen opinnäytetyössäni kuvannut tutkimusprosessin etenemistä ja perustellut ratkaisuja, jotta lukijoiden olisi mahdollista seurata prosessin etenemistä. Käytin opinnäytetyön raportissa alkuperäisiä vastauksia analyysin tukena, jotta lukija voisi arvioida luokittelujen etenemistä. Raportissa on kuvattu esimerkin avulla, kuinka analyysi eteni (Kuvio 1, sivulla 28). Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja sen etenemisen selkeään kuvaamiseen. Lukijalla pi-

täisi olla mahdollisuus seurata, miten tutkimuksen tekijä on päätenyt tuloksiinsa ja jottopäätöksiinsä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Luotettavuutta voisi vahvistaa myös tulosten vertaileminen samaa aihetta koskevien tutkimusten tulosten kanssa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tämä ei ollut mahdollista, koska tämän tutkimuksen kanssa samankaltaista opinnäytetyötä ei ole toteutettu. Tulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin osoittautui ongelmalliseksi, koska tiedonhauista huolimatta vastaavassa kontekstissa tehtyjä tutkimuksia ei löytynyt Suomesta eikä ulkomailta.

8.3 Tulosten vertailua aikaisempiin tutkimuksiin

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella vuodeosaston hoitajien ja seurakunnan diakoniatyön väliseen yhteistyöhön suhtauduttiin myönteisesti. Tulos on osittain samansuuntainen Kallungin (2007) tutkimuksen kanssa, jossa kartoitettiin yhteistyön näkymiä kuntien palvelurakenteen muuttuessa. Kunta oli valmis tekemään ja kehittämään yhteistyötä seurakunnan kanssa. Diakoniatyö nähtiin merkittävänä siteenä kunnan ja seurakunnan välillä. Diakoniatyön katsottiin olevan yhteiskunnan palvelujen täydentäjä, ei niiden korvaaja, menettämättä kuitenkaan yhteyttä uskonnolliseen ydintehtäväänsä. (Kallunki 2007, 182–190.) Kallunki (2009) puhuu leikkauspinnasta kunnan ja seurakunnan välillä, joka mahdollistaa molempien organisaatioiden tehtäviä hyödyttävän yhteistyön (Kallunki 2009, 6). Diakoniatyön perinteinen kuntayhteistyö on korostunut etenkin maaseudulla vähäisten resurssien tähden. (Pesonen & Vesala 2007, 47–51).

Diakoniatyöntekijöiden kuvaamaa yhteistyötä on tutkittu useissa tutkimuksissa. Kotisalon (2002) tutkimuksessa ilmeni, että diakonissat tekivät enemmän yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa asiakkaan palvelemisessa, jos viranhaltijoita oli diakoniatyössä kolme tai useampi (Kotisalo 2002, 37–44.) Rättyän (2004) tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijät tekivät yhteistyötä runsaasti ja laaja-alaisesti eri verkostojen ja toimijoiden kanssa. Sosiaali- ja terveystoimi, terveyskeskus, kotisairaanhoido, mielenterveys-toimisto ja muut kuntien viranhaltijat olivat merkittäviä yhteistyötahoja. Tulevaisuudessa tarvitaan entistä enemmän yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Rät-

tyä 2004, 39–41; Rättyä 2009, 133.) Kinnusen (2009) tutkimuksessa diakoniatyöntekijät halusivat tiivistää yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa (Kinnunen 2009b, 131).

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan yhteistyötä siis oli, mutta se oli melko vähäistä vuodeosaston ja diakoniatyön välillä. Vastauksien perusteella saattoi päätellä, että yhteistyö toteutui satunnaisesti. Toivaisen (2004) opinnäytetyön tulosten mukaan yhteistyö seurakunnan ja vanhustenlaitosten, erityisesti sairaalan, kanssa oli vähäistä ja ongelmallista (Toivainen 2004, 41). Samansuuntaisesti toteaa tutkimuksessaan Kinnunen (2009): diakoniatyöntekijöiden yhteys oli yleensä asiakas- ja tapauskohtaista ja kahden välistä. Säännöllinen yhteydenpito ei ollut diakoniatyössä järin yleistä. (Kinnunen 2009a, 255.)

Vuodeosaston hoitajat halusivat yhteistyön kehittämiseksi yhteisiä palaverieita, koulutustilaisuuksia ja projekteja. He halusivat myös tutustua yhteistyökumppaniin. Yhteisten tavoitteiden ja toimintamallien luominen koettiin keskeiseksi kehittämisalueeksi. Leskelän (2009) opinnäytetyön tuloksissa tulee esille avoin yhteydenotto, voimavarojen yhdistäminen sekä säännöllisesti kokoontuvat suunnitteluryhmät kunnan terveydenhuollon ja seurakunnan välillä. Hoitajat pitivät tarpeellisena tuntea diakoniatyöntekijöiden työkuva. (Leskelä 2009, 54.) Diakoniatyöntekijät korostivat Rättyän tutkimuksessa yhteistyön ja toiminnan suunnittelemisen merkitystä (Rättyä 2004, 39–41). Sairas köyhyys-tutkimuksessa koulutus- ja tutustumistilaisuudet olivat vakiintuneet ja toimivat hyvin sosiaali- ja terveystoimen kanssa joillakin paikkakunnilla (Kinnunen 2009c, 114).

Moniammatillinen yhteistyö nousi yhdeksi yhteistyön kehittämisalueeksi opinnäytetyössäni. Hoitajat kuvasivat, että kummallakin osapuolella oli annettavaa toisilleen ja voimavaroja yhdistämällä voitaisiin saavuttaa paremmin potilaan kokonaisvaltainen hoito. Rissanen (2008) opinnäytetyössään ilmeni, että yhteistyöllä on moniammatillinen merkitys asiakkaan kokonaisvaltaisessa auttamisessa seurakunnan ja kunnan välillä. Rissanen viittaa Isoherraseen (2005), jonka mukaan asiakkaan kokonaisvaltaisella auttamisella on moniammatillisen yhteistyön tunnuspiirteitä. (Rissanen 2008, 49.) Gothónin ja Jantusen (2010) tutkimuksessa korostui kokonaisvaltaisen auttamisen huomioiminen ja siinä toimiminen (Gothóni & Jantunen 2010, 54). Rättyän tutkimuksessa (2009) kuvataan diakoniatyöntekijöiden valmiuksia etsiä yhteistyökumppaneita ja solmia laajoja yhteistyöverkostoja. Heillä on valmiuksia kohdata laaja-alaista hätää ja antaa moninaista apua: näin he tuovat moniammatilliseen yhteistyöhön osaamistaan. (Rättyä 2009, 133.)

Diakoniatyön merkitys vuodeosaston potilaiden hoitotyössä nähtiin opinnäytetyössäni hengellisenä tukemisena ja sen myötä osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Rättyän (2004, 43) tutkimuksessa ilmeni että diakoniatyö asiakkaan kokonaisvaltaisessa tukemisessa merkitsee emotionaalisen, hengellisen ja henkisen tuen sekä käytännön avun antamista. Opinnäytetyössäni vuodeosaston hoitajat kokivat, etteivät he pysty vastaamaan potilaiden hengellisiin tarpeisiin ja tarjoamaan näille kiireetöntä läsnäoloa. Hengellisen tuen antaminen koettiin kuuluvaksi diakoniatyöntekijöiden vastuualueeseen ja heillä koettiin olevan ammattitaitoa ja kokemusta tällä alalla. Kotisalo (2005) viittaa tutkimuksessaan Rättyään (1998) ja Tiittaseen (2001), joiden mukaan diakoninen hoitotyö sisältää hengellisen tukemisen (Kotisalo 2005, 5). Tulos on osin yhtenevä myös Kinnusen (2009) tutkimuksen kanssa, jossa ilmenee, että asiakkailta on suuri tarve siihen, että joku pysähtyisi kuuntelemaan heitä. Tutkimuksen mukaan julkinen palvelujärjestelmä ei pysty vastaamaan tähän tarpeeseen riittävästi. Diakoniatyöntekijän rooliksi hoitotiimissä nähtiin pitkäaikaissairaiden ja potilaiden henkinen tukeminen. (Kinnunen 2009d, 117; 125.)

Tässä opinnäytetyössä tuli esille kehittämistarve diakoniatyöntekijöiden tarjoamassa saattohoidossa, sielunhoidossa sekä toivon antamisessa vuodeosaston potilaille. Sairas köyhyys -tutkimuksessa ilmeni, että diakoniatyöntekijöillä on tärkeä rooli sairaiden kannustamisessa ja rohkaisussa sairauteen liittyvissä kysymyksissä. Yksi sairauteen liittyvä auttamisen elementti diakoniatyössä oli sielunhoito – se teki diakonisesta auttamisesta omalaatuisen suhteessa julkisesta sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmästä saatavaan apuun. (Kinnunen 2009d, 117–121.) Gothónin ja Jantusen (2010) tutkimuksessa ilmeni, että sielunhoidollisten menetelmien hallinta ja toivon mahdollistaminen ovat diakonisojen ydinosaamista (Gothóni & Jantusen 2010, 76).

Vuodeosaston hoitajat pitivät hengellistä ryhmätoimintaa tärkeänä osaston potilaille. Hoitajat odottivat diakoniatyöntekijöiltä yhteistyötä lähinnä ryhmätoiminnan toteuttamisessa, ja lisäksi he toivoivat näiltä lisää laitospäivätoimintaa. Diakoniatyöltä toivottiin myös sururyhmien järjestämistä sekä erillistä esitettä surun kohdanneille. Toivaisen (2004) opinnäytetyössä viitataan Gothónin ja Jantusen (2002) tutkimukseen, jossa paikallisseurakuntien yhtenä tehtävänä oli vieraila oman alueen laitoksissa tervehtimässä potilaita/asiakkaita, viemässä syntymäpäivätervehdyksiä ja pitämässä hartaushetkiä. Nummela (2007) kuvaa vanhus- ja perhetyön projektissa, että ihmisillä on oikeus hengelliseen hoitoon ja huolenpitoon sekä osallisuuteen sanasta ja sakramentista (Nummela

2007, 312). Kinnusen (2009) tutkimuksessa tuli esille laitoksissa olevien pitkäaikaissairaiden ja vanhusten virkistystoiminnan kehittäminen sekä henkisen ja hengellisen tuen lisääminen diakonian terveyteen liittyvässä auttamisessa. (Kinnunen2009d, 127.)

Opinnäytetyössäni hoitajat toivoivat kehittämis- ja toimintamallien luomista diakonia-työntekijöiden ja hoitajien väliselle yhteistyölle. Hoitajat kokivat tärkeäksi diakonia-työntekijöiden ja diakoniatyön tuntemisen, ja lisäksi he toivoivat selkeää informaatiota seurakunnan toiminnasta osastolla. Toivaisen (2004) tutkimuksessa ilmeni, että diakoniatyöntekijät ja kunnan työntekijät eivät aina tunne toisiaan ja sillä on heikentävä merkitys yhteistyön kehittämisessä ja tekemisessä. Gothóni ja Jantunen (2003) kuvaavat tutkimuksessaan, että diakoniatyötä voidaan tehdä tunnetuksi tutustumis- ja tiedotustilaisuuksilla ja avoimien ovien päivillä. Tiedotusta on mahdollista parantaa helppokäyttöisillä ja päivitettävillä lehtisillä. Esitteitä voi jakaa sosiaali- ja terveyspalveluita tarjoavissa paikoissa. (Gothóni & Jantunen 2003, 138–139.) Kinnusen (2009) tutkimuksessa tuli esille myös se, että yhteistyösuhteet riippuvat paljon työntekijöiden keskinäisestä tuttuudesta varsinkin, kun yhteistyösuhteet perusterveydenhuollon sektorin kanssa eivät ole niin kiinteät. Tutkimuksessa huomioidaan myös diakonian mahdollisuus esittäytyä terveyskeskuksen tiloissa. Terveyskeskuksessa voi tavoittaa sellaisia ihmisiä, jotka eivät osaa tulla kirkon tiloihin. Terveyskeskuksessa on mahdollista tiedottaa diakoniatyön sisällöstä. Terveyskeskuksen henkilökunnan toivottaisiin ohjaavan asiakkaita/potilaita diakoniatyöntekijöiden puoleen. (Kinnunen 2009a, 254–256.)

Hoitajat pitivät yhteistyön kehittämisen esteinä resurssien puutetta, asenteita, sekä vuorovaikutukseen liittyviä esteitä. Hoitajat kokivat liiallisen työmäärän ja ajan puutteen vaikeuttavan yhteistyötä ja lisäksi puuttuvat tilat potilaan ja diakoniatyöntekijän kohtaamiseen nähtiin esteenä. Yhteistyötä ei nähty positiivisesti resursseja lisäävänä tekijänä hoitotyössä, vaan vastoin yhteistyö koettiin aikaa vieväksi tekijäksi. Vuorovaikutukseen liittyviä yhteistyön esteitä olivat tiedon puute ja salassapitoon liittyvät tekijät. Tiedotuksen tehostaminen nousi konkreettiseksi kehittämisalueeksi. Hoitajat tarvitsevat lisätietoa diakoniatyöntekijöiden salassapitorajoituksista ja vaitiolovelvollisuuden menettelyistä. Kinnusen (2009) tutkimuksessa ilmeni, että säännöllinen yhteydenpito perusterveydenhuollon sektorin kanssa ei ole diakoniatyössä kovin yleistä. Perusongelmaksi koetaan terveydenhoitosektorilla se, ettei diakoniatyöstä tiedetä tarpeeksi. Diakonian tulisi esittäytyä paikallisen terveydenhuollon sektorilla ja tuoda esille ammatillista osaamistaan.

Vaitiolovelvollisuuskysymykset ja niiden tulkinnat tulisi ottaa avoimesti puheeksi diakoniatyön ja terveydenhuollon kesken. (Kinnunen 2009a, 254–256.) Gothónin ja Jantun- sen (2010, 124) tutkimuksessa ilmeni, että ammatillisten osaamisalueiden tiedostaminen ja hyödyntäminen sekä erilaisten vahvuuksien tunnistaminen selkeyttäisi sosiaali- ja terveysalan vaikuttamistyötä.

8.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyö tuotti uutta tietoa vuodeosaston hoitajien ja seurakunnan diakoniatyön vä- lisestä yhteistyöstä. Diakoniatyöllä nähtiin olevan merkitystä vuodeosaston potilaiden hoitotyössä. Yhteistyö on kuitenkin vähäistä, mutta se nähdään toivottuna, tarpeellisena sekä mahdollisena.

Tämän opinnäytetyön perusteella olen päätenyt seuraaviin johtopäätöksiin.

1. Vuodeosaston hoitajat kokevat seurakunnan diakoniatyön kanssa toteutettavan yh- teistyön myönteisenä. Yhteistyö on satunnaista ja sen kehittäminen edellyttää säännöllistä vuorovaikutusta sekä yhteisten tavoitteiden ja toimintamallien luo- mista.
2. Diakoniatyö on osa kokonaisvaltaista vuodeosastolla tapahtuvaa moniammatillista hoitotyötä. Diakoniatyön tarjoama hengellinen tukeminen koetaan merkittävänä tekijänä potilaan terveyden edistämisessä.
3. Diakoniatyön sisältö ja toiminta ovat vuodeosaston hoitajille vieraita. Diakonia- työn tuntemattomuus estää osaltaan yhteistyön toteutumista.

8.5 Jatkotutkimushaasteet

Yhteistyötä kunnan ja seurakunnan välillä on tutkittu useasta näkökulmasta. Vuode- osaston ja diakoniatyön välisestä yhteistyöstä ei löytynyt aikaisempaa tutkimusta. Tästä johtuen olisi mielenkiintoista haastatella potilaita ja omaisia sekä kuulla heidän mielipi- teitään diakoniatyön tarpeesta vuodeosastolla.

Diakonisen hoitotyön osaamisaluetta ei tunneta tarpeeksi. Yhtenä jatkotutkimushaasteena olisi kuvata, miten vuodeosaston hoitajat ymmärtävät diakonisen hoitotyön ja mikä merkitys sillä on heidän mielestään vuodeosaston potilaiden hoitotyössä.

Tarkastelin tässä opinnäytetyössä hoitajien käsityksiä diakoniatyöstä vuodeosastolla. Yhteistyön käytännön toteutumisen kannalta olisi mielenkiintoista haastatella diakoniatyöntekijöitä ja kartoittaa heidän kokemuksiaan sekä suhtautumistaan yhteistyöhön terveydenhuollon kanssa.

LÄHTEET

- Carson, Verna B & Koenig, Harold. G 2002. Parish nursing: Stories of service and care. Philadelphia, PA. Templeton Foundation Press, 160–172.
- Cassidy, Karen 2002. Partners in healing: Home care, Hospice and Parish Nurses. Homehealthcare Nurse. The journal for the home care and hospice professional. Volume 20(3), March 2002. Viitattu 12.3.2010.
http://anna.diak.fi:2188/spb/ovidweb.cgi?&S=OJNAFPJIPNDDKMNPMCGLAAOKKDOOAA00&Link+Set=S.sh.15%7c3%7csl_10
- Collins, John N. 1990. Diakonia. Re-interpreting the ancient sources. Oxford University Press. Oxford: New York.
- Eriksson, Katie 1989. Caritas-idea. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Hämeenlinna.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Tampere: Vastapaino.
- Gothóni, Raili & Jantunen, Eila 2003. Seniorien seurakunta. 75-vuotiaiden helsinkiläisten ajatuksia elämästään ja seurakunnastaan. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu julkaisuja. A Tutkimuksia 6.
- Gothóni, Raili & Jantunen, Eila 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakoniestä työstä. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A tutkimuksia 25. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Haho, Annu 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, humanistinen tiedekunta, historian laitos. Väitöskirja.
- Harju, Aune 2004. Sairaanhoitaja ja hengellisyys- kuinka kohtaamme itsemme ja lähimmäisemme. Sairaanhoitaja 2/2004 vol. 77. 30–32.
- Hirsijärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2002. Tutki ja kirjoita. 6.–8. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsijärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hyvönen, Jaana & Ranne, Sanna 2006. Diakoninen hoitotyö ja terveyden edistäminen diakoniatyössä. Joensuun ja Porin rovastikuntien diakonisojen kokemana. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäen yksikkö. Diakoninen sosiaali- ja terveys- ja kasvatustieteiden tutkimusohjelma. Opinnäytetyö.

- Häkkinen, Seppo 2003. Verkostoituminen ja yhteistyö. Teoksessa Huhta, Erkki; Poutiainen, Matti; Totto, Timo & Turunen, Raimo (toim.) Seurakuntayön johtamisen käsikirja. Kirjapaja Oy. Helsinki, 307–317.
- Ikola, Tapio & Kuuppelomäki, Merja 2000. Potilaan hengellinen tukeminen. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY. Porvoo. 189–201.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Jauhonen, Anne 2006. Diakonisen hoitotyön ytimessä. Diakonissat tarkastelevat psyykoemotionaalista hoitamistaan. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Juntunen, Elina & Saarela, Tiina 2009. Seurakuntadiakonian perustehtävä ja terveyden kysymykset. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 36–44.
- Kalkas, Hertta 2002. Hoitotyö ja arvot. Teoksessa Kalkas, Hertta & Sarvimäki, Anneli. Hoitotyön etiikan perusteet.5. -7. painos. Helsinki: WSOY, 76–96.
- Kallunki, Valdemar 2007. Diakonian kolmas polku. Yhteistyönäkymiä kuntien palvelurakenteen muuttuessa. Teoksessa Anno Domini 2007. Diakoniatieteen vuosikirja. Lahden diakoniasäätiö, Lahden diakonian instituutti, 179–193.
- Kallunki, Valdemar 2009. Yhteistyötä herätyskristillisen ja kansankirkollisen jännitteessä. Uskonnollinen ja yhteiskunnallinen toimintakenttä kuntayhteistyössä. Julkaisussa Diakonian tutkimus 1/2009. Diakonian tutkimuksen seura ry, 5–35.
- Karhumaa, Veikko 2007. Suomen ev.lut. kirkon diakonia ja yhteiskuntatyön käsitys ihmisestä. Helsingin yliopisto. Systemaattisen teologian laitos. Pro gradu -työ. 29–50.
- Kinnunen, Kaisa 2009a. Diakonityön kehittämissuhteet. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 253–256.
- Kinnunen, Kaisa 2009b. Yhteenveto ja pohdinta. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diako-

- niatyössä. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 128–131.
- Kinnunen, Kaisa 2009c. Asianajoapu. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakonia-työssä. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 111–117.
- Kinnunen, Kaisa 2009d. Emotionaalinen, henkinen ja hengellinen apu.. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 117–127.
- Kirkkohallitus 2009. Työryhmän raportti terveyden edistämisestä diakoniatyössä. Viitattu 03.01.2010. <http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/terveydenedistaminen.pdf>
- Kirkkojärjestys (1055/1993). Viitattu 27.12.2009.
<http://kappeli.evl.fi/kirkkolainsaadanto.nsf/kkolaki?OpenView&Start=1&Count=300&Expand=2#2>
- Kirkkolaki (1054/1993). Viitattu 27.12.2009.
<http://kappeli.evl.fi/kirkkolainsaadanto.nsf/kkolaki?OpenView&Start=1&Count=300&Expand=1#1>
- Kiviniemi, Kari 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Juhani Aaltonen ja Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 2. korjattu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kotisalo, Helena 2002. diakoniatyön ja diakonisen hoitoyön toteuttaminen. Kuopion hiippakunnan diakonisojen arvioimana. Kuopion yliopisto: Yhteiskuntatieteen tiedekunta. Pro gradu-työ.
- Kotisalo, Helena 2005. Diakonisen hoitotyön toteutuminen. Julkaisussa Diakonian tutkimus 1/2005. Diakonian tutkimuksen seura ry, 5–18.
- Kuokkanen, Ritva; Kiviranta; Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C katsauksia ja aineistoja 10. 4. uudistuslaitos. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Kuuppelomäki, Merja 2001. Hengellisyys hoitotyössä. Miten tuen anto toteutuu. Sairaanhoidaja 2001/6 vol. 74. 28–30.

- Kuikka, Olavi 2009. Kysely terveyden edistämisestä diakoniatyössä ja kunta-seurakunta-yhteistyöstä. Oulun hiippakunta. Terveyden edistämishanke. Viitattu 10.4.2010.
www.oulunhiippakunta.evl.fi/@Bin/.../Kysely+terveyden+edistamisesta.ppt
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kylmä, Jari; Rissanen, Marja- Liisa; Laukkanen, Eila; Nikkonen, Merja; Isola, Arja & Juvakka, Taru 2007. Kuvaileva laadullinen terveystutkimus. *Premissi* 5/2007, 42–46.
- Kylmä, Jari 2008. Näkökohtia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija & Länsimies- Antikainen, Helena (toim.). *Etiikka monitieteellisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja F. *Yliopistotiedote* 45, 109. 120.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, no 1/99, 3– 11.
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Leino-Kilpi, Helena & Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuvan hoidon lähtökohdat. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki. WSOY, 7–20.
- Leino-Kilpi, Helena 2004. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY, 284–298.
- Leskelä, Leena 2009. Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. *Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Sairaanhoidtaja (AMK) + diakonissan virkakelpoisuus*. Oulu.
- Lindqvist, Martti 1985. *Ammattina ihminen. Hoidon etiikasta ja arvoista*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Lindqvist, Martti 1998. *Kristillinen ihmiskäsitys*. Teoksessa Aalto, Kirsi; Esko, Martti; Virtaniemi, Matti-Pekka (Toim.) *Sielunhoidon käsikirja*. Kirjapaja Oy. Helsinki. 29.

- Metsämuuronen, Jari 2003. Tutkimuksen tekeminen perusteen ihmistieteessä. Helsinki: International Methelp Ky.
- Metsämuuronen, Jari 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Mustakallio, Hannu 2001. Palvelun poluilla Pohjois-Suomessa. Oulun Diakonissakoti 1896–1916. Oulun Diakonissalaitoksen säätiö. Jyväskylä.
- Mustakallio, Hannu 2002. Köyhät sairaat ja kirkko. Suomalaista diakoniaa 1800-luvulta 1940-luvulle. Teoksessa Mäkinen, Virpi (toim.) Lasaruksesta leipäjonoihin. Köyhyys kirkon kysymyksenä. Pieksämäki. 201–213.
- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitoyön mallin rakentaminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Myllymäki, Kati 2006. Terveyskeskus 2015- terveystieteiden tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopainos. Helsinki.
- Niemelä, Pauli 2002. Diakonia ja ihmiskäsitys. Teoksessa Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja 87–103.
- Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luottavuus. Teoksessa Punonen, Marita & Vehviläinen - Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215–221.
- Nummela, Irene 2007. Seurakuntadiakonian uudistumishankkeet - vanhustyö ja perhetyö. Teoksessa Anno Domini 2007. Diakoniatieteen vuosikirja. Lahden Diakoniasäätiö, Lahden diakonian instituutti, 310–321.
- Perälä, Marja- Leena & Pelkonen, Marjaana 2006. Hoitoyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa. Viitattu 04.01.2010.
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/12_2006/muut_artikkelit/hoitotyön_suosituksien_osana_nayttöön_perustuvaa_toimintaa
- Pirttilä, Tuula 2008. Tutkimuseettiset toimikunnat – toimintaa ohjaavat normit ja tutkimuseettinen pohdinta. Teoksessa Anna-Maija Pietilä & Helena Länsimies-Antikainen (toim.) Etiikka monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. yliopistotiedot 45. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto, 65–89.

- Pesonen, Heikki & Vesala, Kari 2007. Seurakunnat maaseudun kehittäjinä. Uskonto paikallistason vuorovaikutuksessa. Tampere: Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 98.
- Rimpelä, Matti; Saaristo, Vesa; Wiss, Kirsi & Ståhl, Timo (toim.) 2009. Terveyden edistäminen terveystieteissä 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopainos. Helsinki.
- Rissanen, Jari 2008. Launeen seurakunnan diakonityön ja Launeen sosiaalisen välisen yhteistyön. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diakoninen sosiaalialan koulutusohjelma. Sosionomi (AMK) + diakoni. Järvenpää.
- Rättyä, Lea 2004. Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A tutkimuksia 24. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Rättyä, Lea 2004. Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Lisensiaattitutkimus.
- Rättyä, Lea 2009. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitös-kirja. Kuopio: Kopijyvä.
- Sairaanhoitajaliitto 2010. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 05.01.2010. Saatavissa http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittäneen työryhmän raportti. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Yliopistopaino. Helsinki. 2005.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Laitoshoidon eettiset ohjeet. Viitattu 08.01.2010. Saatavilla http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoidon_eettiset_ohjeet/
- Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a., a. Diakonia ja yhteiskuntatyö. Viitattu 23.12.2009. <http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/KDYesite%20www.pdf>
- Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a., b. Diakoniatyö seurakunnassa. Viitattu 30.12.2009. <http://www.evl.fi/kkh/to/kdydyosrkssa.html>
- Suomen kuntaliitto 2002. Kunta ja seurakunta- yhteistyössä yhteisön hyväksi. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

- Tervonen-Goncalves, Leena 2006. Kirkollista terveyden edistämisen diskurssia etsimässä. Julkaisussa Diakonian tutkimus 1/2006. Diakonin tutkimuksen seura ry, 7–31.
- Toivainen, Jaana 2004. Seurakunnan, kunnan ja vapaaehtoistyön välisellä yhteistyöllä toivoa vanhuksen arkiseen elämään. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Diakoninen sosiaali- terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Pieksämäki
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.1.–3.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Valli, Raine 2001. Kyselytutkimus. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkuinoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus, 100–112.
- Valopaasi, Mirjam (toim.) 1996. Uskonnollisuus hoitotyön arjessa. Näkökulma hengelliseen hyvinvointiin ja pahoinvointiin. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Varto, Juha 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Viitattu 10.03.2010.
http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf
- Vehviläinen-Julkunen, Katri & Paunonen, Marita 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.painos. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö, 14–25.
- Veijola, Timo 2002. Diakonian juuret Raamatussa. Teoksessa Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja 13–34.
- Veikkola, Juhani 2002. Diakonian perustehtävät, visiot ja tavoitteet. Teoksessa Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja 107–128.
- Vertio, Harri 2003. Terveiden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Vuoti, Maire 2005. Sairaanhoidosta eheyttävään kohtaamiseen. Elämänkertatutkimus diakonissan työn muotoutumisesta vuonna 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain jälkeen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Vähäkangas, Kirsi 2008. Monitieteisen yhteistyön etiikka. Teoksessa Anna-Maija Pietilä & Helena Länsimies- Antikainen (toim.) Etiikka monitieteisesti. Pohdintaa

ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. yliopistotiedot 45. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto, 37–45.

LIITE 1 Saatekirje

Saatekirje vuodeosaston hoitajille opinnäytetyön kyselytutkimusta varten

Hyvät työtoverit!

Opiskelen Diakonia- ammattikorkeakoulussa omalla opintosuunnitelmalla diakonissaksi. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen, jonka tarkoituksena on kuvailla vuodeosaston hoitajien käsityksiä yhteistyömahdollisuuksista seurakunnan diakoniatyön kanssa. Kiinnostukseni aihepiiriin on herännyt työskennellessäni pitkään kyseisellä vuodeosastolla.

Opinnäytetyön tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää vuodeosaston ja seurakunnan diakoniatyön välistä moniammatillista yhteistyötä Haapajärvellä. Tavoitteena on myös saada vastauksia kysymykseen, mikä on seurakunnan diakoniatyön merkitys vuodeosaston potilaiden hoitotyössä hoitohenkilökunnan mielestä. Toivon että tämän opinnäytetyö herättäisi keskustelua aiheesta ja olisi alku hyvälle yhteistyölle sekä kehittäisi vuodeosastolla kokonaisvaltaista hoitotyötä.

Pyydän sinua ystävällisesti vastaamaan seuraaviin kysymyksiin mahdollisimman omakohtaisesti. Sinun vastauksesi ovat erittäin tärkeitä, joten toivon sinun osallistuvan tähän vapaaehtoiseen kyselyyn. Vastauksia voit jatkaa numeroituna kyselylomakkeen kääntöpuolelle. Saamani tiedot käsittelen luottamuksellisesti ja nimettömästi, eikä henkilöllisyytesi missään kohden tule ilmi.

Vastauslomakkeen voit jättää osastolle toimittamaani keräilylaatikkoon. Keräilylaatikon haen osastolta henkilökohtaisesti 03.03.10 klo 15.00 mennessä. Tarvittaessa saat lisätietoja minulta.

Ystävällisin terveisin

Tiina Laajala

sairaanhoitaja AMK, sairaanhoitaja (AMK)- diakonissa-opiskelija.

p.044-2668008; tiina.laajala@student.diak.fi

LIITE 2 Kyselylomake vuodeosaston hoitajille

1. Ikä: (rengasta oikea vaihtoehto)

- a. alle 25vuotta
- b. 25- 35vuotta
- c. 35- 45vuotta
- d. 45- 55vuotta
- e. yli 45vuotta

2. Kuinka kauan olet tehnyt hoitotyötä? _____ vuotta

3. Kuinka kauan olet työskennellyt Haapajärven terveyskeskuksen akuutilla vuodeosastolla? _____ vuotta

4. Miten koet yhteistyön vuodeosaston ja seurakunnan diakoniatyön välillä?

5. Millaisia toiveita ja odotuksia sinulla on yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa?

6. Miten mielestäsi yhteistyötä voitaisiin kehittää vuodeosaston ja seurakunnan diakoniatyön välillä?

7. Mikä mielestäsi on seurakunnan diakoniatyön merkitys potilaiden hoitotyössä?

8. Mitä esteitä vuodeosaston ja seurakunnan diakoniatyön väliselle yhteistyölle voisi olla?

9. Mitä mielestäsi seurakunnan diakoniatyö on sisällöltään?

Palauta vastauksesi osastolle jättämäni keräyslaatikkoon! Kiitos vastauksestasi!