

The Diak logo is located in the top right corner of the page. It consists of the word "Diak" in a bold, pink, sans-serif font. The letter "i" has a small crossbar, and the letter "k" has a small crossbar. The background of the page features a large, abstract graphic of overlapping pink and white curved shapes.

Janita Leikas

Katja Rontu

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö

Terveystenhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö, 2018

TERVEYSTAPAHTUMA HYVINKÄÄN SEURAKUNNASSA

TIIVISTELMÄ

Janita Leikas & Katja Rontu
Terveystapahtuma Hyvinkään seurakunnassa
Sivut 56, liitteet 4.
Marraskuu 2018
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö
Terveydenhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella, järjestää ja arvioida terveystapahtuma. Terveystapahtuman tavoitteena oli tehdä terveydentilan mittauksia ja tulosten kautta herättää tapahtumaan osallistuneet miettimään omaa terveyttään ja mahdollista riskiä sairastua metaboliseen oireyhtymään.

Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin terveystapahtumana Hyvinkään seurakunnassa diakoniaruokailun yhteydessä kaksi kertaa keväällä 2018. Toiminnallinen opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Hyvinkään seurakunnan diakoniatöiden kanssa. Kohdeyhmänä olivat diakoniatyön asiakkaat ja he, jotka olivat huomanneet mainoksen tapahtumasta Aamuposti-lehdessä. Terveystapahtuma järjestettiin Hyvinkään kirkon eteisaulaan itse rakennetuissa mittauspisteissä. Osallistujia sai valita, ottaako kaikki tarjolla olevat mittaukset, jotka olivat verenpaine-, verensokeri, painoindeksi, paino ja vyötärön ympärysmitta. Mittaustulokset tulkittiin käypä hoito -suositusten mukaisesti.

Tapahtuma sai positiivista palautetta terveystapahtumaan osallistuneilta sekä seurakunnan diakoniatyöntekijöiltä. Matalan kynnyksen terveystapahtumia toivottiin järjestettävän jatkossakin. Palautteen ja kokemuksen myötä tuli hyviä kehittämissuhteita mahdollista seuraavaa terveystapahtumaa varten.

Asiasanat: diakoniatyö 1, terveyden edistäminen 2, metabolinen oireyhtymä 3, sosio-ekonominen asema 4

ABSTRACT

Leikas, Janita & Rontu, Katja

Health intervention, Event focusing on health organised in the Hyvinkää parish.

Pages 56, attachments 4.

Language: Finnish.

November 2018.

Diaconia University of Applied Sciences,

Degree Program in Nursing,

Option in Diaconal Nursing,

Public Health nurse.

The purpose of the thesis was to plan, organise and evaluate an event focusing on health. The goal of the event was to carry out various measurements and, with the help of the measurement results, make sure the participants begin to think about their own health and the possible risk of metabolic syndrome.

The functional thesis was carried out as a health intervention in the Hyvinkää parish in conjunction with the deacon food service twice during the spring of 2018. The functional thesis was done in co-operation with the deacons of the Hyvinkää parish. The target group of the study were the customers of diaconal work, as well as those who had noticed the advertisement about the event in the Aamuposti magazine.

The health intervention was held at the entrance hall of the Hyvinkää church, where we had created different customer points for carrying out measurements. The participant was able to choose whether he/she wanted some or all of the available measurements taken, which were blood pressure, blood sugar, body mass index, weight and waist circumference. The measurement results were interpreted in accordance with the recommended Current Care Guidelines.

The event received positive feedback from the people who participated in the health intervention and from the deaconesses of the parish. The people hoped that these type of low threshold health events will continue also in the future. Thanks to the feedback and the experience, we received good suggestions for development for possible new health interventions that will be organised in the future.

Keywords: diaconal work 1, health intervention 2, metabolic syndrome 3, socio-economic status 4

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	5
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN	7
2.1 Terveys.....	7
2.2 Terveiden edistäminen	8
2.3 Diakoniatyö.....	10
2.4 Diakoninen hoitotyö.....	11
2.5 Sosioekonomiset terveyserot	12
2.6 Hoitotiede ja elintapaohjaus.....	15
3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ (MBO)	18
3.1 Metabolisen oireyhtymän osatekijät	18
3.2 Metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy	19
3.3 Metabolisen oireyhtymän merkitys	21
4 TERVEELLISET ELÄMÄNTAVAT.....	23
4.1 Liikunta.....	23
4.2 Ravitseminen.....	23
4.3 Uni.....	24
4.3 Elämäntapaohjaus	25
5. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	27
6. TERVEYSTAPAHTUMA.....	28
6.1 Terveystapahtuman suunnittelu.....	28
6.2 Terveystapahtuman toteutus	29
7 TAPAHTUMAN TOTEUTUKSEN ARVIOINTIA	33
7.1 Osallistujilta ja seurakunnalta saatu palaute.....	33
7.2 Oma arvio tapahtumasta	34
8. OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	36
9 POHDINTA.....	39
9.1 Ammatillisen kasvun pohdinta.....	39
9.2 Johtopäätökset.....	40
LIITTEET.....	53
LIITE 1: Mainos tapahtumasta	53
LIITE 2:Haastattelukysymykset	54
LIITE 3: Terveystietokortti.....	55
LIITE 4: Palautekysely.....	56

1. JOHDANTO

Hallituksen yksi ajankohtaisista kärkihankkeista 2016—2018 on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Konkreettisina tavoitteita on edistää kansalaisten terveyttä, terveellisiä elämäntapoja, ravintotottumuksia sekä toimeenpanna erilaisia hyviä käytänteitä ja toimintamalleja, jotka tukisivat kansalaisten terveyttä, yksinäisyyden ehkäisyä sekä sitä, että jokainen ottamaisi vastuuta omasta elämästä. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2016.) Yksi hallituksen hankkeista on Yhteinen keittiö -hanke, jossa Suomen evankelisluterilainen kirkko on mukana. ”Yhteinen keittiö on jokaiselle tarkoitettu yhteinen tila, joka vahvistaa osaltaan osallisuutta ja ehkäisee yksilön yksinäisyyttä”. (Sakasti 2017.) Samoin viime aikoina lisääntyneet yhteisölliset, avoimet ruokailut, joiden on todettu vähentävät yksinäisyyttä, lisäävät osallistujan oman arvon vahvistumista ja uskoa toisiin ihmisiin. (Saarikko 2018.)

Opinnäytetyön idea oli tehdä terveyttä edistävä toiminnallinen opinnäytetyö. Valitsimme metabolisen oireyhtymän työn sisällöksi. ”Metabolinen oireyhtymä (MBO) on aineenvaihduntaa koskeva oireyhtymä” Metabolisessa oireyhtymässä erityisesti keskivartalolihavuus on riskitekijä. (Mustajoki 2017.) Uunituoreessa väitöstutkimuksessa näillä kahdella tekijällä oli erityisen selkeä yhteys, joten useimmiten ylipainoinen ihminen sairastaa myös aineenvaihdunta häiriötä eli metabolista oireyhtymää. (Kuninkaanniemi 2018.) Myös lasten ylipaino lisääntyy yhä enemmän ja riski sairastua metaboliseen oireyhtymään on todellisuutta myös lapsilla. Vanhempien ylipaino on yksi suurimmista lapsen ja nuorten ylipainoa lisäävistä riskitekijöistä. (Kataja, Mäkelä, Lagström & Niinikoski 2016.) Lisäksi metabolinen oireyhtymä on aina ihmiselle suuri inhimillinen ja terveydellinen riski, sekä yhteiskunnallisella tasolla suuri kansanterveydellinen haaste. (Kuninkaanniemi 2018.)

Terveystapahtuma toteutettiin yhdessä Hyvinkään seurakunnan diakoniatyön kanssa. Tapahtuma järjestettiin Hyvinkään seurakunnan diakoniaruokailun yhteydessä, koska näin saimme tavoitettua hyvinkääläisiä diakoniatyön asiakkaita ja diakoniaruokailuihin osallistuvia ihmisiä. Tapahtumalla pyrimme siihen, että

kynnys osallistumiselle oli mahdollisimman matala. Hyvinkään seurakunnassa järjestetään diakoniaruokaluja kahden viikon välein ja ruokailuun voivat osallistua vaikeassa taloudellisessa tilanteessa olevat ja vähävaraiset hyvinkääläiset. Hyvinkään seurakunta tukee omalta osaltaan eriarvoisuuden vähentämistä ja yhteisiä aterioita. (Hyvinkää seurakunta i.a.)

Tavoittelimme sitä, että terveystapahtuma, jonka järjestimme, antoi yksilölle ja hänen perheelleen tämän hetkiseen terveyteen liittyvää tärkeää tietoa, joka mahdollistaisi jokaisen pitämään parempaa huolta itsestään ja samalla läheisistään. Tavoitteena oli tuottaa yksilöllisiä terveystuloksia, ja jos oli tarpeen jatko-ohjata ja suositella osallistujia niiden palveluiden piiriin, joita he sillä hetkellä mahdollisesti tarvitsivat. Jatko-ohjauksella tarkoitimme, että selvitimme etukäteen Hyvinkään alueen terveysaseman, Hyvinkään sairaalan päivystyksen, sekä Apua aikuisille matalan kynnyksen yhteystiedot, jonne ihminen voi hakeutua ilman ajanvarausta keskustelemaan mieltä painavista asioistaan. (Hyvinkää sosiaali- ja terveysterveystapahtumat 2018a.)

2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Terveys

Tunnetuimpana terveyden määritelmänä on Maailman terveysjärjestö WHO:n vuodelta 1984. Sen mukaan terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin yhteistila, ei vain pelkästään vamman, taudin tai poissaolemista. WHO:n mukaan terveyden tulisi olla jokaisen oikeus rotuun, sosiaaliseen tai taloudelliseen asemaan katsomatta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2018a.) Terveys on myös WHO:n määritelmässä sosiaalista, emotionaalista ja hengellistä hyvinvointia, ja se voi vaihdella elämänkulun eri vaiheissa. (World Health Organization 2018.) Tätä WHO:n määritelmää on kritisoitu siksi, ettei se ole laisinkaan realistinen, sillä ei kukaan pysty saavuttamaan täydellisyyttä. (Huttunen 2018.)

Terveys on elämän voimavara ja ennen kaikkea mittaa ihmisen toimintakykyä. Kykyä selviytyä arjesta ja elämän haasteista, kykyä selviytyä myös koulusta, työstä ja harrastuksista. Terveys on oleellinen asia aivan kaikissa elämäntilanteissa. Jokainen ihminen määrittelee oman terveytensä omalla tavallaan. Oma terveys ja se, miksi terveytensä mieltää voi poiketa paljonkin siitä, millaiseksi se on määritelty lääkärin tai muiden yhteiskunnan raamien taholta. Ihminen voi kokea itsensä terveeksi, vaikka hänellä olisi paljonkin erilaisia sairauksia tai vammoja, joihin hän saa hoitoa ja tarvitsee apua niiden hoitamisessa. Jokaisen ihmisen omakohtaiseen terveydenarvioon vaikuttavat elinympäristön fyysinen ja sosiaalinen vaikutuspiiri. Terveydelle ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää, vaan se on jokaiselle yksilölle eritavoin aukeava käsite. Ihminen ei välttämättä koe itseään terveeksi, vaikka hänellä ei olisikaan mitään diagnosoitua sairautta tai vaivaa. (Huttunen 2018.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos THL määrittelee terveyttä ja terveyden edistämistä monien eri käsitteiden kautta. Määritelmässä puhutaan, että se on fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin yhteistila, jolla on laajempi merkitys, kuin pelkkä vaiva tai sairauden puute. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen määritelmä

kuvaa terveyttä voimavarana, jonka avulla myös muut hyvinvoinnin ja hyvän elämän osatekijät ja hyvä elämä voivat mahdollistua. Terveyttä ja terveyden edistämistä kuvataan inhimillisenä, jokaiselle kuuluvana perusarvona ja välttämättömänä sosiaaliselle ja taloudelliselle kehitykselle. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2018b.)

Terveyttä voidaan tarkastella myös subjektiivisena, eli kokemuksellisena, tai objektiivisena, eli mitattavissa olevana asiana. Kokemuksellinen terveys liittyy esimerkiksi sosiaaliseen hyväksytyksi tulemiseen, kumppanuuteen ja yhteisön jäsenenä olemiseen. Hoitotieteen tutkimus on painottanut kokemuksellista terveyttä ja sen vaihtelua eri kulttuureissa ja väestöryhmissä. Terveyden edistämisen tutkimuskohteita ovat olleet esimerkiksi yhteisöt, haavoittuvien ryhmien terveys ja hyvinvointi, hoitohenkilöstön osaaminen, terveystalveluiden kehittäminen ja itsehoiton tukeminen. Terveys on yksi ihmisen hyvinvoinnin osatekijä, ja sitä kuvataan myös tärkeäksi elämän arvoksi. (Pietilä 2010, 10, 276.)

2.2 Terveyden edistäminen

Maailman terveysjärjestö WHO on antanut erilaisia toimintasuosituksia pureutua terveyserojen sosiaalisiin taustatekijöihin. Suositukset on jaettu kolmeen päätoiminta-alueeseen: 1), on parannettava arkisia elinoloja kaikissa elämänvaiheissa 2), on puututtava vallan, rahan ja resurssien epätasaiseen jakautumiseen 3), on mitattava ja ymmärrettävä ongelmaa ja arvioitava toiminnan vaikutukset. Tässä osiossa WHO sanoo, että on ”kehitettävä terveyserot huomioon ottavaa terveysvaikutusten arviointia.” (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2018c.)

Terveyden edistäminen on ihmisen terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä sekä sairauksien ja terveysongelmien vähentämistä ja väestön terveyserojen kaventamista. Terveyden edistäminen on määritelty myös arvoihin perustuvana toimintana ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi sekä sairauksien ehkäisemiseksi. (Savola & Koskinen-Ollonquist 2005.) Terveyden edistämisen toimenpiteet perustuvat kansanterveyslakiin ja ovat osa kansanterveystyötä. (Kansanterveyslaki 1972/66.)

Terveyden edistämisessä jokaisella kunnalla on velvoite ottaa huomioon kuntalaistensa terveystieteelliset näkökulmat toiminnassaan ja päätöksiensä teossa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on olemassa kansallinen Kaste-kehittämissuunnitelma, jolla vahvistetaan kuntien mahdollisuuksia puuttua terveyttä vaarantaviin riskitekijöihin ja edistää kuntalaistensa terveyttä sekä pyrkiä kaventamaan yhä kasvavia terveyseroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b.) Kuntien terveydenedistämissuunnitelmassa on otettu huomioon kuntien asukkaiden elintavat ja elinympäristö, sillä ne vaikuttavat olennaisena osana yksilön ja yhteisön hyvinvointiin. On huomioitu, että liikunta ja terveellinen ruokavalio ehkäisevät sairauksia ja metabolista oireyhtymää, sekä lisäävät toimintakykyä ja parantavat terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b.)

Väestön terveyseroja pyritään suunnitelman kautta kaventamaan ja se onkin terveydenedistämissuunnitelmassa ministeriön keskeisenä tavoitteena. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittää, että eri sosiaaliryhmien ja eri puolilla Suomea asuvien yksilöllisen terveyden olisi oltava yhtä hyvä. Elintapojen muutosta tukemalla on saatu tuloksia, että esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien määrä on saatu Suomessa vähenemään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b.)

Diakoniatyön isoin osuus on katsottu olevan terveyden edistäminen. Se on yhdessä ihmisen rinnalla kulkemista, kohdatuksi tulemista, tuen järjestämistä, sekä taloudellisen auttamisen tukevaa ihmisen psyykkistä ja fyysistä terveyttä. Usein diakoniatyössä autetaan aivan konkreettisissa terveyteen liittyvissä asioissa: Saatetaan ihminen perusterveydenhuollon piiriin, neuvotaan ja ohjataan sairauden hoitamisessa. Tässä kohtaa on hyvä muistaa ja ottaa huomioon, että noin 50% Suomen diakoniatyön viranhaltijoista on sairaanhoitaja (AMK) - diakonissoja, jotka ovat terveydenhuollon rekisteröityjä terveydenhoitoala ammattihenkilöitä. (Sakasti 2018a.)

Kotalon ja Rättyän (2014, 15—18, 26.) tekemässä Diakonissat terveyden edistäjinä-tutkimuksessa on mainittu, että tutkimustulosten ja kehittämistoiminnan perusteella kokonaisvaltainen asiakkaan terveyden edistäminen vaatii diakonissoilta terveydenedistämisen osaamista yksilö- ja yhteisötasolla. Tutkimuksen perusteella on havaittu, että diakonissat ja diakonit ovat seurakunnan diakoniatyön

itsenäisen terveydenedistämisen toimijoita ja he pystyvät käyttämään terveyttä edistäviä, suojelevia ja sairautta ehkäiseviä, sekä kuntouttavia menetelmiä työssään. Diakonissat ja diakonit edistävät yksilöllisen ja yhteisöllisen toiminnan avulla asiakkaidensa ja asiakasryhmiensä terveyttä ja hyvinvointia. Yksilöllisessä terveyden edistämisessä on keskeistä tunnistaa terveyttä suojaavat ja kuormittavat tekijät, oikeanlaisten terveystalintojen ohjaus, yksilön voimavarojen ja selviytymiseen tukeminen ja osallisuuteen vahvistaminen. Sekä yksilöllisessä että yhteisöllisessä terveyden edistämisessä hengellisyys on osa kokonaisuutta. Terveyden edistämisessä päämääränä on vahvistaa ja löytää ihmisen sellaisia voimavaroja, joita hyödyntämällä on mahdollisuus kehittyä ja kehittää sekä ottaa aktiivinen rooli oman terveyden hallinnassa. (Aalto & Gothoni 2009, 26—40.)

Diakoniatyön asiakkaat kokevat diakoniatyön olevan kokonaisvaltaista ihmisen auttamista terveyden- ja hyvinvoinnin edistäjänä. Diakonissat ja diakonit edistävät ja auttavat yksilöllisen ja yhteisöllisen toiminnan avulla asiakkaidensa terveyttä ja hyvinvointia. Diakoniatyön erilaiset ryhmät tarjoavat sosiaalisia kontakteja ja kanssakäymistä virkistäytymiseen, osallisuuteen ja yhdessäoloon. (Aalto & Gothoni 2009, 26—42.) Diakonissoilla ja diakoneilla on erityinen rooli kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. He edistävät yksilöllisen ja yhteisöllisen toiminnan avulla lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia. Erilaiset ryhmät tarjoavat erityisesti ikääntyneille ja syrjäytymisvaarassa oleville/syrjäytyneille mahdollisuuksia virkistymiseen, osallisuuteen ja yhdessäoloon. (Aalto & Gothoni 2009, 42—50.)

2.3 Diakoniatyö

Diakonian tarkoituksena on kristilliseen rakkauteen perustuva avun antamista heille, joiden hätä on suuri ja joita ei muulla tavoin yhteiskunnassa auteta. (Kirkkojärjestys 1993, 4, 3 §). Diakoniatyö on kristilliseen rakkauteen perustuvaa palvelua. Alkuseurakunnassa diakonia toteutui köyhien, sairaiden ja vankien huolenpitona sekä pöytäpalveluna seurakunnan kokouksissa. Diakoniatyön tehtävänä on lieventää sosioekonomisia eroja; köyhyyttä ja sen tuomia hankaluuksia,

kuten terveys- ja syrjäytymisongelmia, sekä vaikuttaa aktiivisesti köyhyyden vähentämiseen yksilötasolla ja myös koko yhteiskunnassa. (Sakasti 2018b.)

Diakoniatyön asiakkuuteen päädytään usein erilaisten inhimillisten ja odottamattomien tapahtumaketjujen kautta, joissa usein yksi vaikea haaste elämässä johdattaa uusiin ja siitä edelleen uusien ongelmien kerääntymisen. Diakoniatyön asiakas voi olla kirkon yhteisön jäsen tai kirkkoon kuulumaton. Tästä syystä seurakuntalainen termi ei sovellu diakoniatyöntekijältä elämäänsä apua hakevalle ihmiselle. (Jokela 2011, 21; Kainulainen 2002, 32.)

Usein diakoniatyön asiakkailla voi olla puutteita terveydestä suojaavista tekijöistä, terveyspalveluiden saamisesta, voimavaroista ja sosiaalisesta tuesta. He tarvitsevat elämäntilanteensa selvittämiseen kokonaisvaltaista tukea ja neuvoja. Diakoniatyö on rinnalla kulkemista, vertaistuen järjestämistä ja siihen kannustamista, kohdatuksi tulemista sekä harkitusti taloudellista auttamista, joka tulee ihmisen terveyttä niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. (Sakasti 2018b.)

Diakoniatyön eri muotoja ovat myös yllämainittujen lisäksi asunnottomien kanssa tehtävä-, yhteiskunnallinen-, maahanmuuttaja-, päihde-, vankilatyö ja vapautuvien vankien kanssa tehtävä työ, tukiasuntotoiminta, palveleva puhelin, näkövammais-, kuurojen- ja huonokuuloisten kanssa tehtävä-, nais-, kehitysvamma-, vanhus-, mielenterveystyö ja perhe- ja lapsidiakonia, psykososiaaliset palvelut esimerkiksi katastrofitilanteissa, sekä ihmisoikeuksien edistäminen. (Pessi & Grönlund 2011, 5). Diakoniatyön erityshaasteiksi kuitenkin mainitaan eritoten köyhyys, koulutus, terveys ja yhteiskunnan polarisoituminen (Mellin 2012, 75).

2.4 Diakoninen hoitotyö

Diakoninen hoitotyö on ihmisen kokonaisvaltaista tukemista, kohtaamista, yksilön auttamista ja yhteisön tukemista. Diakoninen hoitotyö on myös välittämistä, huolenpitoa, hoivaa, yhteiskunnallisiin epäkohtiin vaikuttamista ja puuttumista, hädän ehkäisyä, kasvatusta ja vaikuttamista ihmisten asenteisiin. Diakonisen hoitotyön osaaminen on ensisijaisesti kohtaamista, jonka tulee ilmetä toivon

mahdollistajana ja tuen antamisena sekä yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistamisena. Diakoniseen hoitotyöhön kuuluu myös sielunhoidollinen auttaminen, terveyteen liittyvät ohjaamiset sekä valmius auttaa yksilöä, että yhteisöä. (Rättyä 2009, 45—47.)

Diakoninen hoitotyö on erikoisosaamista, jota sairaanhoitaja (AMK) - diakonisoiksi kouluttautuneet sairaanhoitajat pystyvät tekemään kliinisen hoitotyön ja seurakunnan toiminnoissa. Ennen ammattikorkeakoulujen perustamista, diakonisoja on koulutettu Diakoniaopistoissa ympäri maan. Diakonisen hoitotyön määritelmä perustuu kristilliseen kasvatukseen ja arvopohjaan, sekä sitä ohjaavat kaikki hoitotyön arvot ja periaatteet. Se perustuu teologiaan ja hoitotieteisiin, sekä diakonista hoitotyötä ohjaavat myös diakoninen hoito-oppi ja diakonissan ammatin perinne. AMK tutkinnon suorittaneet sairaanhoitaja – diakonissat osaa- vat myös toimia hoitotyön lisäksi terveyden edistäjinä ja hengellisen työn tekijöinä. (Myllylä 2004, 42.)

Hoitotyön auttamismenetelmien lisäksi diakoninen hoitotyö on lisäksi karitatiivista ja liturgista auttamista. (Myllylä 2004, 5.) Karitatiivinen auttaminen on uskosta ja rakkaudesta syntyvää lähimmäisen auttamista ja palvelemista. Karitatiivisuus-sana käännetään suoraan latinankielisestä sanasta caritas, joka tarkoittaa rakkautta (Suomen evankelisluterilainen kirkko 2018). Karitatiivinen auttaminen on sielunhoitoa, kriisiapua, mielenterveystyötä, vammaistyötä tai muuta ihmisiä tukevaa toimintaa. Liturgisella hoitotyöllä taas tarkoitetaan lähimmäisen palvelemista jumalanpalveluksissa tai muulla tavoin ihmisen hengellisen elämän hoitoa. Pelkän uskonnollisen vakaumuksen ei katsota antavan valmiuksia toimia diakonisessa hoitotyössä, vaan diakonista hoitotyötä opiskellaan koulutuksen kautta. (Myllylä 2004, 5.)

2.5 Sosioekonomiset terveyserot

Sosioekonomiset terveyserot tarkoittavat epäoikeudenmukaisia terveydenhoito- ja terveyseroja ja ne liittyvät ihmisten epätasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa. Tesson mukaan on havaittu, että eri väestöryhmien välillä on

sosioekonomisen aseman, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen ja äidinkielen mukaisia eroja terveydessä. Sosioekonomiset terveyserot ovat Suomessa suuret lähes riippumatta siitä, millä mittarilla sosioekonomista asemaa ja terveyttä mitataan. Sosioekonomisten ryhmien välillä on nähtävissä suuria eroja aivan kaikilla terveyden tasoilla: Kuolleisuus, sairastavuus, toimintakyky ja koettu oma terveys heijastuvat suoraan sen mukaan millaisessa asemassa ihminen on yhteiskunnassa. (Tesso 2016.)

Terveyden tasa-arvoisuuden näkökulmasta eriarvoisuuden katsotaan olevan epäoikeudenmukaista ja myös vältettävissä olevaa. Vaikka suomalaisessa terveyspolitiikassa tärkeänä painopisteenä on pidetty terveyserojen kaventamista jo pitkään, on terveyden sosioekonomiset erot silti olleet varsin pysyviä ja niiden jopa katsotaan kasvaneen nykypäivänä. Syrjäytyneet ja syrjäytymisvaarassa, sekä köyhyysrajalla tai sen alapuolella elävät ihmiset ovat sosioekonomisen järjestelmän reunamailla. (Tesso 2016.)

Usein sosioekonomiset terveyserot näkyvät syrjäytymisenä ja se tarkoittaa yhteiskunnan ulkopuolelle jäämistä. Käsitteenä sana syrjäytyminen otettiin suomalaiseen sosiaalipoliittiseen keskusteluun 1970-luvulla ruotsalaisesta työmarkkinatutkimuksesta. Ruotsin sana *Utslagning* käännettiin ensin uloslyönniksi ja suomennettiin sitten syrjäytymiseksi. Aluksi sanalla tarkoitettiin työttömyyttä, työkyvyttömyyttä ja ennen aikaista eläköitymistä. Ajan myötä se sai myös muita merkityksiä ja viittasi hyvin yleisesti erimuotoiseen huono-osaisuuteen ja sen kasautumiseen. Nykypäivänä syrjäytymisellä viitataan yksilöä yhteiskuntaan yhdistävien siteiden ja sidosten heikkouteen tai puuttumiseen. Tähän määritelmään on vaikuttanut suuresti Euroopan Unionin syrjäytymisen vastainen toiminta ja miten syrjäytyminen ymmärretään sen yhteiskuntapoliittisissa linjauksissa. (Raunio 2006, 9.)

Syrjäytymisen käsite on vaikea määritellä tarkasti. Sitä käytetään paljon keskusteluissa, tutkimuksissa, erilaisissa ohjelmissa ja hankkeissa. Käsite pitää sisällään niin paljon kasautunutta huono-osaisuutta, vähäosaisuutta, työttömyyttä, yksinäisyyttä sekä toimeentuloon ja elämänhallintaan liittyviä isoja ongelmia. Syrjäytyneen ihmisen katsotaan olevan normi yhteiskunnan reunamailla tai jopa sen

ulkopuolella. Syrjäytynyt elämäntapa voi olla tämän vuoksi myös oma valinta, joka sopii omaan elämänsuunnitelmaan. Syrjäytymiseen tai sen uhkaan liittyy usein myös vahvasti elämänhallinnan puute. Syrjäytynyt tai syrjäytymisvaarassa oleva ihminen ei suunnittele tulevaisuuttaan, vaan keskittyy vain nykyisyyteen. Samalla elämää koossa pitävät palaset saattavat ajaa syrjäytyneen sekasortoiseen tilaan. Tällainen malli elämään voi aiheuttaa arjessa suuriakin ongelmia. Syrjäytyneelle tai syrjäytymisvaarassa olevalle syntyy helposti elämässä negatiivinen oravanpyörä, jolloin elämäntilanne vain hankaloituu jatkuvasti, mikä näkyy myös diakoniatyössä työskenteleville. (Kiiski 2013, 46—49.)

Ihmiset tietävät ja osaavat selittää mitä köyhyys on sosioekonomisessa järjestelmässä. Tiedetään, että se on puutetta rahasta. Mutta köyhyys ei ole oikeasti vain puutetta rahasta. Köyhyydellä on paljon laajempia vaikutuksia; esimerkiksi häpeän tunnetta, stressiä, ihmissuhdeongelmia, turvattomuutta ja alttiutta fyysisille sairauksille ja mielenterveysongelmille. Köyhyys on alemmuuden tunnetta esimerkiksi siitä, että ei pysty hankkimaan uusia vaatteita. Köyhyys aiheuttaa syyllisyyden tunteja ja raskaita ajatuksia siitä, mitä olisi voinut tehdä toisin, että ei olisi näin huonossa tilanteessa. (Kangas & Ritakallio 2008.)

Moision (2006) tekemän *Poverty dynamics according to direct* tutkimuksen mukaan köyhyys Suomen kaltaisessa hyvinvointivaltiossa ymmärretään suhteellisenä köyhyytenä, erotuksena lähinnä kehitysmaissa esiintyvistä absoluuttisesta köyhyydestä. Absoluuttisella köyhyydellä tässä tapauksessa tarkoitetaan aliravitsemusta, nälkää ja puutetta biologisten perustarpeiden tyydyttämisessä. Suhteellinen köyhyys määrittellen kykenemättömydeksi saavuttaa yhteiskunnassa odotettua, minimiksi katsottua elintasoja tai elämää taloudellisten resurssien puutteen vuoksi. Mikä sitten katsotaan säädyllisen elämän vaatimaksi vähimmäiselintasoksi, vaihtelee eri yhteiskunnissa ja eri aikoina. (Moisio 2006, 29—36.)

Huono-osaisuuden ylisukupolvisuus on myös merkittävä ongelma yhteiskunnassamme. Huono-osaisuuden ylisukupolvisuudesta on kyse, kun vanhempien erilaiset haasteet ja ongelmat periytyvät vanhemmilta lapsille. Ne kulkeutuvat mahdollisesti jo heidän vanhemmiltaan ja tätä kautta periytyvät omille lapsille ja heidän lapsilleen. Useat tutkimukset ovat osoittaneet olevan vahvasti yhteydessä

ihmisen myöhemmään hyvinvointiin. Kyse ei ole myöskään yksittäisten perheiden näkökulmasta, vaan ilmiö on laajaa sosiaalista ongelmaa, jossa vaikuttavat yhteiskunnalliset tekijät. Ylisukupolvisuuden ehkäisyssä on tärkeää saada perhe sellaista palveluiden piiriin, jossa voidaan kartoittaa kokonaisvaltaisesti perheen tilannetta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2016.)

2.6 Hoitotiede ja elintapaohjaus

Kuten muutkin tieteenalat hoitotiede pyrkii aina totuuteen. Hoitotieteessä totuutta pyritään rakentamaan senkaltaisilla teorioita, joilla ympäristöä, hoitotyötä, terveyttä ja ihmistä pystytään ymmärtämään perusteellisesti, syvällisesti ja kehittää monipuolisesti. Sen asiantuntemusta hyödynnetään jatkuvasti yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Erityisesti potilaan kannalta sellaiset tutkimukset, jotka kehittävät potilaan ongelmien tunnistamisen mittareita ja hoidon vaikuttavuutta ovat merkittäviä. Tällaista tutkimustietoa on runsaasti saatavilla ja se vuorostaan edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hoitotiede kulkee ammattiin kasvamisessa ja auttaa työntekijää ymmärtämään hoitotodellisuutta ja tukee kaikissa päätöksenteoissa. (Eriksson & ym. 2013, 44—48.)

Tutkimustiedon hyödyntämiseen liittyy olennaisesti, että omassa työssä tunnustetaan tutkimusta vaativat aiheet. Uusien tutkimusten aloittaminen on voi liittyä yhteisiin ideointeihin ja kollegojen välisiin keskusteluihin. Samaan yhteyteen tarvitaan myös erilaisia yhteydenpitovälineitä ja keskusteluja. Tämänkaltaisia paikkoja ovat esimerkiksi sairaanhoitopiiri ja ammattikorkeakoulujen yhteiset ryhmät. (Eriksson & ym. 2013, 95.)

Terveydenhoitajalehdessä väitetään kovin sanoin, ”että tällä hetkellä elintapaohjaus on riittämätöntä ja tehotonta, vaikka hyvin toimivan elintapaohjauksen hyödyt ovat kiistattomat kansansairauksien ja niiden riskitekijöiden ohjauksessa”. Tunnustetaan, että elintapojen omaksuminen ei ole helppoa. Elintapaohjauksen edistämiseen on perustettu VESOTE eli vaikuttavaa elintapaohjausta. Hanke on osa Hallituksen kärkihanketta edistää terveyttä ja vähentää eriarvoisuutta. Terveydenhoitajaliitto rohkaisee ja kannustaa terveydenhoitajia osallistumaan

VESOTE koulutuksiin. Osallistumalla elintapaohjauskoulutuksiin ammattilainen vahvistaa ohjausosaamista ja saa uusia menetelmiä työhönsä. (Hyvärinen 2018, 34—35.)

Tulevaisuuden ammattilaisen kannalta on merkittävä löytää erilaisia työvälineitä, tukea ja kannustaa potilaita ja asiakkaita. Vastaanotolla tärkeä on löytää elintapamuutosta tavoittelevan aiemmat onnistumiset ja voimaantumiskokemukset. Tuomarla (2018) on ottanut artikkelissa esille tutkimuksen, johon osallistuneet kokivat merkittävänä, kun saivat pohtia lääkärin vastaanotolla omia vahvuuksiaan ja saivat itse mahdollisuuden vaikuttaa. Tutkimuksen mukaan vaikeasti lihaviin elintapa muutosprosessia on tuettava vielä painonhallintaryhmien loputtuakin. Erityisesti niille laihduttajille, jotka eivät saaneet muuta sosiaalista tukea elintapojen muutokseen. Monet kertoivat, että säännöllinen punnitus ja huomioonottava keskustelu auttavat jaksamaan. (Tuomarla 2018, 50—51.)

Terveysvalinnat voidaan jakaa terveyttä tukeviin tai heikentäviin valintoihin. Terveysvalinnat eivät ole aina tietoisia päätöksiä, vaan erilaiset elämäntilanteet ja varsinkin tunteet määrittävät valitaanko terveyttä tukeva vai heikentävä valinta. Terveystoimittajalla on taito tunnistaa asiakkaan tunteita sekä ohjata asiakasta ymmärtämään itse, mikä tunne on vaikuttamassa kykyihin tehdä päätöksiä. Tämä toimintamalli ohjaa yksilölliseen ja asiakaslähtöiseen elintapaohjaukseen. Tämä koskee erityisesti terveyttä heikentävien valintojen taustaa, koska mikäli niistä tunteista saadaan kiinni ja tunnistetaan ne, on terveyttä tukevien valintojen tekeminen helpompaa. (Teerineva, Pietilä, Sinikallio & Kangasniemi 2017, 36—37.)

Pitkäkestoiseen elintapamuutokseen tähtäävä potilas varmasti hyötyisi yksilö tai ryhmäohjauksesta. Yksilöohjausta käytetään varsinkin hoidon alkuvaiheessa, jossa on paljon mm. käytännön taitojen opettelua ja hoidon kokonaisvaltaista omaksumista sekä sairauteen liittyvien tuntemusten ja elämäntilanteen läpikäymistä. Ryhmäohjauksen etuja, ovat vuorovaikutuksen lisääntyminen ryhmäläisten kesken ja kokemusten vaihto. (Rintala ym. 2008, 7.)

Tulevaisuudessa elintapaohjaus siirtyy myös yhä enemmän verkkoon. Internet tuo uusia mahdollisuuksia elintapaohjaukseen. Verkossa oleva materiaali tukee

ohjelman ratkaisukeskeistä työtapaa, jolle on ominaista myönteisyys, tavoitteellisuus ja omien voimavarojen käyttö. Teemat sisältävät ravitsemusta, liikuntaa, terveyttä ja syömistä koskevaa teoriaa. Verkkoympäristö sopii kiireiselle nykyajan ihmiselle, joka kokee tarvitsevansa tukea elintapaohjaukseen, mutta kasvokkain sovitut tapaamiset tuottavat lisää ajan hallintaan liittyvää stressiä. Huomioitavaa, että menetelmä on ekologinen, kun perinteiset matkat jäävät pois. Haasteina ovat esimerkiksi, miten saada osallistujien motivaatio pysymään, sekä verkkoympäristötaidot. (Puska & Lehtimäki 2016, 40—41.)

3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ (MBO)

3.1 Metabolisen oireyhtymän osatekijät

Metabolinen oireyhtymä eli MBO on aineenvaihduntaan liittyvä oireyhtymä, jossa henkilöllä on samaan aikaan useita terveyttä uhkaavia tekijöitä, kuten tyypin diabetes 2, lihavuus, verenpainetauti tai kolesteroliarvot ovat kohonneet. (Mustajoki 2017.)

Tyypin 2 diabeteksessa insuliinin tuotanto heikentyy kudoksissa ja syntyy insuliiniresistenssi. Haima tuottaa insuliinia, mutta se vaikuttaa liian hitaasti, tai tarpeeseen nähden ei ollenkaan ja kakkostyypin diabetes kehittyy vuosien saatossa. Verenpainetauti vahingoittaa valtimoita ja voi aiheuttaa mm. aivohalvauksia ja sydäninfarkteja. Jos verenpaine on toistuvasti 140/90 mmHg ja omat kotikeinot eivät riitä verenpainetta laskemaan on kyseessä verenpainetauti. Kohonneista kolesteroliarvoista puhuttaessa veren kolesterolimäärä on liian suuri. Kolesterolin on rasvan kaltainen aine verisuonissa ja sen ollessa korkea on vaarana sairastua sydäninfarktiin ja aivohalvusriski suurenee. Elimistö tuottaa itse kolesterolia, joka on tärkeä kaikkien solujen rakennusaineina, sekä hormonien ja sappihappojen esiaste, joka edistää elimistömme ruuansulatusta. Metabolisessa oireyhtymässä tarkoitetaan, kun veren triglyseridien määrä on suurentunut ”(yli 1,7mmol/l) ja HDL-kolesterolien määrä taas pienentynyt (alle naisilla 1,3mmol/l ja alle miehillä 1.0mmol/l)” (Mustajoki 2018ab.)

Lihavuudella tarkoitetaan normaalia suurempaa rasvakudoksen määrää elimistössä. Suuri osa elimistöön kertyneistä rasvoista on sijoittunut ihon alle, mutta myös vatsaonteloon. Tyypillisenä syynä metaboliselle oireyhtymälle on keskivartalolihavuus, joka on osittain perinnöllistä. Myös lapsilla ja nuorilla on tänäpäivänä todettu huonojen ravintotottumusten ja liikkumattomuuden vuoksi myös lisääntyvästi liikalihavuutta, diabetesta ja kolesteroliarvojen kohoamista. (Mustajoki 2017.)

Metabolinen oireyhtymä syntyy, kun vatsaonteloon kerääntyy rasvaa ja se on toiminnaltaan erilaista kuin ihon alla. Rasvasolujen välissä on tulehdussoluja, jotka ylläpitävät elimistön tulehdusta ja häiritsevät aineenvaihduntaa. (Mustajoki 2017.) Aineenvaihdunta tarkoittaa kaikkia kehossa tapahtuvia kemiallisia reaktiota kokonaisuudessaan. (Niensted & Kallio 2013, 118).

Kyseessä on metabolinen oireyhtymä, jos alla olevan taulukon mukaan viidestä ehdosta kolme toteutuu.

Veren triglyseridi	>1,7 mmol/l
HDL kolesteroli:	
Naiset	<1,3mmol/l
Miehet	<1,0mmol/l
Verenpaine	>130/85mmHg
Paastosokeri	>5,7mmol/l
Vyötärön ympärysmitta	
Naiset	>80 cm
Miehet	>94 cm

Kuva 1. Metabolisen oireyhtymän tunnusmerkkejä. (Mustajoki 2017).

3.2 Metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy

Metabolisen oireyhtymän syntymistä voidaan estää normaalilla painonhallinnalla ja liikunnan lisäämisellä arjessa. Jos on jo ylipainoa, laihduttaminen vähentää huomattavasti MBO:n vaaraa. Metabolisen oireyhtymän hoitona on ensisijaisesti painon pudottaminen. Pienikin painonpudottaminen vaikuttaa merkittävästi ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja ennaltaehkäisee sairauksia. (Käypä hoito -suositus 2013). Jo muuttamalla elintapoja terveellisempää kohti, lisäämällä liikuntaa ja laihduttamalla ylipainoa pois, on havaittu, että lääkehoitoa ei useinkaan tarvita. Laihdutus vaikuttaa paljon kaikkiin metabolisen oireyhtymän riskitekijöihin

ja pienentää niitä. Jo muutaman kilon tiputtaminen helpottaa metabolista oireyhtymää. (Eriksson 2010.)

Pirjo Ilanne-Parikka (2011) on tutkinut väitöskirjassaan metabolista oireyhtymää ja elintapainterventioita Suomessa. Väitöskirjassa on esitelty tutkimus Diabetes Prevention Study (DPS), johon osallistui 522 henkilö vuosina 1993-2000 viidellä paikkakunnalla Suomessa. Tutkimuksen tavoite oli selvittää 1) metabolisen oireyhtymän ja sen osatekijöiden esiintyvyyttä, 2) tehostetun elintapaohjauksen ja painonmuutoksen vaikutusta metaboliseen oireyhtymään ja sen osatekijöihin, 3) vapaa-ajan liikunnan merkitystä metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä ja hoidossa, 4) elintapaohjauksen pitkäaikaisvaikutusta tyyppin 2 kehittymiseen suuren sairastumisvaaran henkilöillä. Merkittävimmät ja kaikkein eniten vaikutettavissa olevat metabolisen oireyhtymän ja tyyppin 2 diabeteksen riskitekijät ovat vyötärölihavuus, epäterveelliset ruokailutottumukset, ylipaino ja liikkumattomuus. Ensijaista metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä ja hoidossa ovat elintapojen muuttaminen. (Ilanne-Parikka 2011, 10.)

Ilanne-Parikan tutkimuksen tulokset olivat hyvin merkittäviä. Tehostettu elintapaohjaus vähensi metabolisen oireyhtymän, vyötärölihavuuden ja kohonneen paastoglukoosin esiintyvyyttä DPS tutkimuksen ensimmäisen vuoden aikana. Tutkimuksen päätyttyä 4 vuoden intervention jälkeen, arvot olivat jo merkittävästi pienemmät. DPS-tutkimukseen osallistui 386 henkilöä, joilla jo alun tilanteessa todettiin heikentyneen glukoosinsiedon ohella metabolinen oireyhtymä. Interventoryhmään kuuluneiden kaikki metabolisen oireyhtymän osatekijät korjaantuivat ensimmäisen tutkimusvuoden aikana merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään. Lähes 50 % interventoryhmään osallistuneet onnistuivat laihduttamaan yli 5 % painostaan ensimmäisenä vuonna. Pitkäaikaistulokset olivat myös hyviä: interventoryhmässä yli 30 %:lla paino oli tutkimuksen lopussa edelleen yli 5 % pienempi kuin tutkimuksen alussa. (Ilanne-Parikka 2011, 10—11.)

Eryteisesti lihasvoimaharjoittelu, korjasi kohonnutta glukoosipitoisuutta ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Huomioitavaa on, että vyötärölihavuudessa ja kohonneessa verenpaineessa ei tapahtunut merkittäviä korjaantumista pelkästään liikunnan avulla. Pitkäaikaisseurannassa interventio ja seuranta-ajan mediaani oli

yhteensä seitsemän vuotta. Merkittävää on, että diabeteksen ilmaantuvuus seurannan päättyessä oli 43 % pienempi interventio ryhmässä kuin kontrolliryhmässä. (Ilanne-Parikka 2011, 10—14.)

3.3 Metabolisen oireyhtymän merkitys

Tutkimuksen mukaan myös Euroopassa lasten ylipaino kasvaa merkittävästi. 40% Etelä-Euroopan ja 10% Pohjois-Euroopan alle-10 vuotiaista lapsista oli ylipainoisia. Tässäkin tutkimuksessa tulokset viittaavat siihen, että lasten ylipaino on lisääntynyt ja sosioekonominen asema vaikuttaa merkittävästi ylipainon kehittymiseen, kuten Etelä-Euroopassa, jossa on alempi tulotaso kuin Pohjois-Euroopassa. (Ahrens, ym. 2014.)

Ylipaino ja lihavuus aiheuttavat merkittäviä terveydellisiä haittoja sekä merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Viime vuosien aikana nuorten ylipainoisuus on nelinkertaistunut, joten nykypäivänä joka neljäs suomalainen nuori ja nuori aikuinen on ylipainoinen. Riski ylipainoon on jo melkein kolmasosalla nuorista ja painoindeksi on aiempaa korkeampi. Lihavuuden jatkuminen aikuisikään on erittäin todennäköistä. Geenit, ympäristötekijät, ruokavalio, sairaudet, lääkitykset, ikä, raskaus, vähäinen uni, sekä vähäinen liikunta ovat ylipainolle altistavia tekijöitä. (Ruotsalainen 2016, 17.)

Ylipaino tuo mukanaan riskin sairastua moniin sairauksiin, joita ovat muun muassa sydän- ja verisuonitaudit, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, diabetes, sekä syövän riski suurenee ylipainon myötä. Metabolisen oireyhtymän on tutkittu lisäävän ennen aikaista kuolleisuutta 1,6-kertaiseksi, tyypin 2 diabetesriskiä viisinkertaiseksi, aivohalvausriskiä 2-4 kertaiseksi, sydäninfarktin riskiä 3-4 kertaiseksi ja lisäävän myös syöpätautien riskiä. Tupakointi lisää metabolisen oireyhtymän sairastumisriskiä kuusinkertaisesti. Lisäksi ylipainolla on psykologisia merkityksiä mm. itsetunnon ja käyttäytymisen ongelmien myötä. Kun ylipaino jatkuu vielä aikuisuuteen, on se merkittävä myös kuolleisuutta lisäävä tekijä. (Luokkanen, Ruotsalainen, Kyngäs & Kääriäinen 2013, 138.)

Kansainvälisen ylipainotyöryhmän mukaan ensimmäinen askel ylipainon hallintaan on ottaa yhteys terveydenhuoltoon tai julkisen sektorin lääkäriin tai terveydenhoitajaan. Tärkeintä olisi huomioida liikalihavuuden ennaltaehkäisy ja arvioida tilannetta yksilöllisesti nuoren/aikuisen kanssa. Nuorille, joilla on kohtalaisen suuri ylipaino, voidaan olettaa tutkimuksen mukaan, että pituus ja paino pysyisivät paremmin hallinnassa ja pituuskasvu olisi riittävää. Vakavasti lihavan nuoren hoito on pääosin suunniteltu hallitsemaan, lievittämään ja torjumaan ylipainoa, eikä se pelkästään ratkaise ongelmaa. Silti nuorella on vakava riski läpi elämänsä sairastua kroonisiin sairauksiin. Kliinisessä ylipainoisen nuoren hoidossa tutkimuksen mukaan voi vaatia paljon aikaa ja isoa moniammatillista tiimiä; kuten ravitsemusterapeutti, psykologi ja lääkäri. Kun nuorten lihavuus on yleistynyt, nuoren hoitoa ei voi rajoittaa pelkästään lihavuudenhoitoon, vaan on myös kehitettävä muita hoitomuotoja rinnalle. (Lobstein 2004, 4–6.)

Vähentämällä passiivisuutta, kuten television katselua, on saavutettu parempia tuloksia. Ruokavalion interventiot yhdistettynä liikuntaan on raporttien mukaan huomattu olevan parempia tuloksia, kun pelkällä ruokavaliolla. Liikunta-ohjelma yksin ilman ruokavaliota muutosta ei todennäköisesti ole tehokas, koska lisääntynyt energiankulutus todennäköisesti myös lisää energian tarvetta. Koko perheen näkyvä lähestymistapa myös elintärkeää, useat tutkimukset osoittavat, että tulokset paranevat, jos vanhemmat ja läheiset ovat sitoutuneita prosessiin. He ovat usein keskeisessä asemassa nuoren painonhallinnassa. (Lobstein 2004, 6–7.)

4 TERVEELLISET ELÄMÄNTAVAT

4.1 Liikunta

Metabolista oireyhtymää voi ehkäistä säännöllisellä liikunnalla ja painonhallinnalla. Terveysliikuntasuositus koko väestölle on reipasta kävelyä noin puolituntia useana päivänä viikossa, joka on vähimmäisvaatimus painonhallintaan. Liikuntasuosituksena on katsottu olevan kestävyysliikuntaa vähintään 2,5 tuntia viikossa ja lihaskunto harjoittelua kahdesti viikossa (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos 2014). Liikunta parantaa esimerkiksi sokeriaineenvaihduntaa, alentaa verenpainetta ja korkeaa veren kolesterolia, sekä liikunta vähentää tehokkaasti vyötärölihavuutta, eli liiallista rasvakudosta vatsaontelon alueelta. Liikunnalla on todettu myös olevan positiivisia vaikutuksia esimerkiksi mielenterveyteen ja henkiseen hyvinvointiin. (Huttunen 2018.)

Liikuntalääketieteen tutkimuksessa on todettu, että liikunta parantaa lyhyellä ja pitkällä aikavälillä insuliiniherkkyttä, joka on insuliinin kaltainen ja siitä riippumaton vaikutus solutasolla. Liikunta kiihdyttää aktiivisuutta lihaksistossa ja proteiinien ilmentymistä, jotka säätelevät solujen kasvua ja sokeriaineenvaihduntaa elimistössä. (Uusitupa 2001.) Palkitsevaa, että jopa vain kahden viikon liikuntaharjoittelu saa aikaan haluttuja positiivisia muutoksia aivojen ja rasvakudosten aineenvaihdunnassa. Erityisesti HIT-harjoittelu (high intensity training) verrattuna tasasykkeiseen harjoitteluun tuottaa nopeammin vasteen kestävyyskunnossa sekä vaikuttaa alentavasti aivojen sokeriaineenvaihduntaan kaikilla aivojen alueilla insuliiniresistenssi henkilöillä. (Honkasalo 2018.)

4.2 Ravitseminen

Terveellinen ravitseminen on kokonaisuus, jossa jokapäiväiset valinnat pitkällä aikavälillä ratkaisevat. Paino pysyy vakiona, kun energiansaanti ja energiankulutus pysyvät tasapainossa. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Syöminen on hyvä rytmittää säännöllisesti aterioille ja jatkuvaa napostelua tulisi välttää. Aterian

saa koostettua terveelliseksi ja monipuoliseksi ottamalla ruokaa lautasmallin mukaisesti sekä valitsemalla pienemmät lautaset, jolloin pienenee annoskokokin. (Painonhallintatalo i.a.) Suomalaisille on omat ravitsemussuositukset ja niillä pyritään vaikuttamaan kansanterveyteen. Lautasmallissa puolet lautasesta täytetään kasviksilla, neljännes perunalla, riisillä, pastalla tai viljavalmisteeilla. Toinen neljännes jää proteiinin lähteelle. (Fogelholm ym. 2014.) Viljat ovat tärkeitä kuidun, kivennäisaineiden ja vitamiinien vuoksi. Vähäkuituiset viljavalmisteeet kannattaa korvata täysjyvävalmisteeilla. (Painonhallintatalo i.a.)

Syömisen jälkeen olon tulisi olla kylläinen olo ja nälän pysyä pois 3-5 tunnin ajan. Proteiinin riittävä saanti on osa painonhallintaa, joka auttaa pysymään kylläisenä. Painonhallinnassa ruokavalintojen perusta ovat vihannekset, kasvikset, hedelmät ja marjat, joita tulisi syödä vähintään 500g päivässä eli 5-6 kourallista. Sokerin ja sokeripitoisten ruokien ja juomien käytön vähentämisellä saadaan myönteisiä vaikutuksia painoon. Painonhallinta vaatii joustavaa suhdetta syömiseen ja tämä voi vaatia opettelua. On tärkeää syödä säännöllisesti, monipuolisesti ja riittävästi. Kaikkea voi syödä kohtuudella. (Painonhallintatalo i.a.)

4.3 Uni

Tutkimusten mukaan unen laadulla ja määrällä on suurempi merkitys terveyteemme kuin on aikaisemmin luultu. Nukkuminen vaikuttaa kaikkeen toimintaamme niin fyysiseen terveyteen, kuin aivotoimintaammekin. Unen tärkeimpiä tehtäviä on aivojen palautuminen päivän askareista, vireyden ja kognitiivisten toimintojen ylläpito ja hyvinvointi. Uni vaikuttaa myös kasvuun ja kehitykseen. Univaje vaikuttaa elimistössä matala-asteiseen tulehdusreaktioon ja saa aikaan erilaisia muutoksia elimistössä. Univaje vaikuttaa myös aineenvaihduntaan ja insuliinin vaikutus verensokeriin heikkenee. (Kivimäki 2015.)

Unen merkityksestä tiedetään paljon, mutta yhteiskunnassamme on viitteitä, että unettomuus on väestössämme lisääntynyt. Tietoyhteiskunnassamme pitää olla tehokas, kiireen tunne, samoin kuin tietotyön osaamiset vaatimukset merkitsevät entistä enemmän aivotyöskentelyä. Tämä kaikki kuormittaa aivoja ja tarvitaan

yhä pidempiä yöunia. Nukkumaan menoa siirretään yhä myöhäisemmäksi ja aamuja aikaistetaan. Unen määrä jää liian vähälle ja aivot eivät saa tarvitsemaansa palautumista. Unettomuus on oire ja ennakkovaroitus siitä, että voimavarat alkavat olemaan lopussa. Siinä vaiheessa viimeistään pitää hakea apua tilanteeseen. (Partinen 2009.)

4.3 Elämänhallinta

Pitkään jatkunut psykososiaalinen stressi ja kortisoliaineenvaihdunnan häiriöt on yhdistetty metabolisen oireyhtymän kehittymiseen. Stressin on todettu lisäävän veren sokeripitoisuutta, insuliiniresistenssiä ja muita sydäntaudeille tunnettuja riskitekijöitä hormonien kautta. Jatkuva ja pitkäkestoinen stressi tuottaa kortisolia ja tulehdussytokiineja, jotka johtavat haitallisiin elimellisiin muutoksiin kuten juuri vyötärölihavuuteen. Metabolista oireyhtymää sairastavilla on myös lisääntynyt riski sairastua mielenterveydenhäiriöihin, koska metabolinen oireyhtymä heikentää henkistä ja fyysistä suorituskykyä. (Uusitupa 2001.)

Tiedetään, että sopiva määrä stressiä parantaa suorituskykyä. Kehomme ja mieleemme on vuosituhansien aikana evoluution myötä sopeutunut moniin erilaisiin uhkaaviin tilanteisiin. Kehomme ja aivomme on virittäytynyt taistele ja pakene reaktioon. Modernissa nykyajan ympäristössä uhat ovat erilaiset, mutta kehon reagoititapa on ikivanha, ja ihmisen keho saattaa olla jatkuvasti hälytystilassa. Nykyajan paineet ja vaatimukset saattavat tuntua kehossa uhkaavina päivittäin ja on mahdollista, että elimistö ei pääse palautumaan missään vaiheessa. Pitkittynyt stressi syö vaivihkaa voimavaroja ja siitä muodostuu mahdollisesti krooninen ongelma. Stressin ylläpitävänä tekijöinä saattavat olla esimerkiksi huonot ruokailutottumukset, liikunnan puute, murehtiminen, lihasjännitys, välttämiskäyttäytyminen, jämäkkyuden puute, alkoholi, merkityksettömyyden tunteet. Kroonisen stressin ehkäisyn kannalta kannattaa opetella tunnistamaan omat voimavarat ja palautumisen keinot. (Pietikäinen 2017, 25–33.)

Uupuneena, masentuneena ja stressaantuneena ihmisen on vaikea hyväksyä itseään, ja jopa 80% ajatuksista on arvostelevia ja negatiivisia. Hävetään ja

pidetään itseä viallisenä ja syyllisenä kaikkiin ongelmiin. Itsensä hyväksyminen on eri kuin hyvä itsetunto. Itsensä hyväksyminen tarkoittaa, että hyväksyy itsensä sellaisena kuin on ja kohtelee itseään lempeästi. Täytyisi tunnistaa omat vahvuudet ja heikkoudet ja antaa itselleen luvan toisinaan myös olla heikko ja inhimillinen. Tämä vuorostaan vapauttaa paljon hyvää energiaa, jota voi käyttää oman hyvän ja arvojen mukaisiin valintoihin. (Pietikäinen 2017, 182.)

5. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Toiminnallisen opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa jotain konkreettista, kuten kyseisen tapahtuman järjestäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus, sekä kirjallinen raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.) Opinnäytetyön tekijä tiedostaa, että vastassa on laaja ja voimia vievä työrupeama. Vaaditaan kärsivällisyyttä ja pitkäjänteistä otetta. Prosessin kulkua helpottaa kuitenkin tarkka jäsentäminen prosessin eri osiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 36). Sairaanhoidaja diakonissan ja terveydenhoitajan työtehtäviin kuuluu kehittää erilaisia hoitotyön käytänteitä ja ennalta ehkäistä sairauksien syntymistä sekä hyödyntää työssään hoitotieteen tutkittua tietoutta. Sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan tehtäviin kuuluu luoda erilaisia menetelmiä, sekä tukea jo olemassa olevien toimintamallien kehittämistyötä. (Koistinen & Keskitalo i.a.)

Terveystapahtuman tavoitteena oli lisätä sosioekonomisesti huonommassa asemassa olevien, syrjäytymisvaarassa olevien ja vähävaraisten nuorten ja aikuisten tietoa metabolisen oireyhtymän riskitekijöistä ja ennaltaehkäistä sekä edistää terveyttä, motivoimalla heitä huolehtimaan omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan elintapamuutoksien avulla. Tavoitteena oli myös antaa tietoa ja vinkkejä, mitä voi itse tehdä hyvinvointinsa eteen, voidakseen vaikuttaa metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisyyn. Mahdollisesti luoda myös uusi käytänte Hyvinkään seurakuntaan terveystapahtumien järjestämisestä.

Keskityimme opinnäytetyömme toteutuksessa siihen, että osaamme antaa oikeanlaista terveystietoutta ja ohjata tapahtumaan osallistujia oikealla tavalla, rakentavasti ja välttämättä ”terveysterrorismia”. Terveysterrorismilla tarkoitamme terveystapahtumaan osallistujien elintapoihin puuttumista siten, että se loukkaisi tapahtumaan osallistuvaa. Täytyy muistaa, että terveystapahtumaan osallistujia ei saa luokitella elintapojen tai muidenkaan tekijöiden perusteella eri luokkiin. Kaikki ansaitsevat parasta mahdollista hoitoa ja ohjausta, jota on saatavilla. (Peda 2018.) Pohdimme myös sitä, miten kysyä tapahtumaan osallistuvilta oman itsensä ja hyvinvointinsa perusteita.

6. TERVEYSTAPAHTUMA

6.1 Terveystapahtuman suunnittelu

Yhteistyökumppani oli Hyvinkään seurakunta ja diakoniatoimi. Hyvinkään seurakunta on varsin nuori seurakunta Suomen seurakuntien joukossa. Se irtaantui omaksi seurakunnakseen vuonna 1917 emäseurakuntien Nurmijärven ja Hausjärven seurakunnista. Vuoden 2018 alusta seurakunta kuuluu Espoon hiippakuntaan ja Tuusulan rovastikuntaan. Tänä päivänä seurakunta palvelee 32500 jäsenistöään. Toiminta on monipuolista ja koskee kaikkia ikäluokkia. Seurakunta on vahvasti mukana jäsenistön arjessa ja heidän visio on ”hengellinen elämä ja yhteys seurakuntaan vahvistuu”. Hyvinkään kirkko kohoaa keskellä kaupunkia ja on tunnetuin ja näkyvin Hyvinkään maamerkki. (Hyvinkää seurakunta i.a.)

Otimme yhteyttä Hyvinkään seurakuntaan keväällä 2017 ja kysyimme, saammeko heistä yhteistyökumppaneita terveystapahtuman järjestämiseksi. Yhteydenotto tapahtui sähköpostitse sekä puhelimitse ja hyväksyvän vastauksen saatamme asiat lähtivät liikkeelle.

Saimme luvan tapahtuman toteuttamiselle Hyvinkään seurakunnalta syksyllä 2017, jolloin kävimme keskustelemassa vielä opinnäytetyömme suunnittelusta ja tarkensimme, että molemmilla osapuolilla on yhtenevä käsitys ja tavoitteet siitä, millainen terveystapahtuma tulisi olemaan. Keskustelimme terveystapahtuman järjestämisestä ja sisällöstä, sekä tavoista, joilla aiomme terveystapahtuman toteuttaa. Myös opettajan kanssa keskustelimme ja hyväksyimme ideamme syksyllä 2017. Tammikuun 2018 alussa teimme mainokset Hyvinkään seurakunnalle hyväksyttäväksi. (liite1. mainos).

Haastattelimme Hyvinkään seurakunnan diakoniasihteerää, joka on diakoniatyöntekijöiden esimies. Haastattelu tehtiin edeltä käsin suunnitelluilla kysymyksillä, pitäytyen rajatuissa kysymyksissä, keskittäen kysymyksen suoraan diakoniatyön asiantuntijalle. Haastattelun avulla kartoitimme Hyvinkään diakoniatyön laajuutta, diakonian saavutettavuutta ja opinnäytetyöhömme liittyen diakoniaruokailujen

osallistujamääriä. (liite2. Haastattelukysymykset). Tämän jälkeen suunnittelimme yhdessä diakoniasihteerin kanssa, miten terveystapahtuma kannattaisi toteuttaa ja millaisia toiveita seurakunnalla ja diakoniatyöllä on terveystapahtumaa ajatellen. Tämänkaltainen tapahtuma oli Hyvinkään seurakunnalle ja diakoniatyölle ensimmäinen. Tilanne oli kaikille uusi ja mielenkiintoinen, keskusteluissa terveystapahtuman järjestämisestä saimme paljon neuvoja ja kannustusta diakoniatyöntekijöiltä.

Lähestyimme terveydenhuollon laitetoimittajia ja paikallista ambulanssifirmaa sähköpostitse/puhelimitse ja saimme lahjoituksina kaksi verenpainemittaria, kaksi verensokerimittaria, liuskoja ja kertakäyttöneuloja ja käsidesinfiointiainetta. Laitteet lahjoitimme Hyvinkään seurakunnan diakoniatyölle käytettäviksi terveystapahtumien jälkeen. Vaakoja toimme kotoamme, sekä vyötärön ympärysmittauksia varten mittanauhat.

Tulostimme tapahtumaan ajankohtaista materiaalia luotettavista lähteistä kuten diabetesliitto ja sydänliitto, joissa oli paljon tietoutta metabolisesta oireyhtymästä, sekä tulostimme verenpaineseurantakaavioita jaettavaksi. Materiaalipöydällä oli myös tietoutta terveellisestä ruokavaliosta. (Fogelholm ym 2014.) Olimme saaneet myös tietopaketteja diabeteksestä ja verenpainetaudista terveystasemalta. Teimme myös osallistujille terveystietokortin, johon merkitsimme mitatut arvot päivämäärineen. (liite3 terveystietokortti). Perehdyimme metaboliseen oireyhtymään ja sen hoitoon ja liitännäissairauksiin teorian ja kirjallisuuskatsauksen avulla, että osasimme antaa oikeanlaista tietoa osallistujille aiheesta.

6.2 Terveystapahtuman toteutus

Seurakunnan toiveesta kävimme järjestämässä terveystapahtuman kaksi kertaa diakonia ruokailun yhteydessä. Päivämääräksi määrityivät 12. maaliskuuta 2018 sekä 26. maaliskuuta 2018. Kellonajaksi sovimme aloittavamme mittaukset noin 45 minuuttia ennen diakoniaruokailujen alkua ja huomioimme myös ruokailua ennen olevan hartaushetken, jonka aikana mittauksia emme suorittaneet. Ajallisesti olimme varanneet aikaa 11.30-13.00 välisen ajan mittauksille.

Tilaksi tapahtumalle valikoitui seurakunnan puolesta Hyvinkään kirkon eteisaula, johon rakensimme kaksi erillistä vastaanottopistettä. Sermit saimme käyttööme kirkon puolesta, muutoin vastasimme itse tilan valmiiksi saattamisesta. Tila oli esteetön liikkumiselle ja olimme varanneet istumatilaa ajatellen osallistujia. Olimme suunnitelleet kaksi vastaanottopistettä niin, että eristimme tilaa sermein ajatuksena, että yksityisyys mittaustilanteissa säilyi. Haastattelussa olimme saaneet diakoniatyöntekijältä tiedon, että osallistujia saapuisi arvion mukaan sen verran, ettei jonoa pitäisi syntyä. Emme sopineet ulkopuolista apua tapahtumapäiviin, koska ajattelimme, että pystymme hoitamaan mittaustilanteet kahdestaan.

Olimme varanneet tapahtuman ajaksi reilusti aikaa ja miettineet kohtaamisia etukäteen, jotta olisi aikaa kohdata ihminen yksilönä. Koska ihmisiä oli enemmän kuin olimme osanneet odottaa, kohtaamiset jäivät 3-5 minuuttia kestäviksi. Mittauksiin tulevat ihmiset odottivat naulakko- ja aulatiloissa rauhallisesti istuen, josta kutsuimme heidät yksitellen mittauspisteille. Mittausten eettisyys ja yksilön-suoja oli mietitty eristämällä mittauspisteet sermein, jotta saamme rauhan kohdata ihmiset ja suorittaa mittauksia. Tapahtumaan osallistuvilta pyysimme kirjallista palautetta tapahtuman kulusta, palautteeseen pystyi vastaamaan nimettömästi ja siinä oli 3 kysymystä tapahtumaa koskien. Näin saimme palautetta tapahtumamme tärkeydestä ja sen sujuvuudesta. (liite 4. Palautekysely).

Verenpaineen mittauksen suoritimme voimassa olevan Käypähoito suosituksen mukaisesti. Asiakas istui joko ennen pisteelle tuloa mahdollisuuksien mukaan tarvittavat viidestä kymmeneen minuuttia. Painemansetti asetettiin vasempaan tai oikeaan olkavarteen. Käsi oli pöydällä sydämen korkeudella tai vaihtoehtoisesti sylissä. Asiakasta pyydettiin olemaan liikkumatta, puhumatta ja mahdollisimman rentona mittauksen ajan. (Käypähoito 2018a.)

Mikäli asiakas oli juonut kofeiinipitoisia juomia, rasittunut fyysisesti tai nauttinut nikotiinia edeltävästi kerroimme, että edellä mainitut seikat voivat muuttaa ja nostaa lopputulosta normaaliarvoista hyvinkin paljon. Mikäli mittausravot eivät olleet käypähoitosuosituksen viitearvoilla, kerroimme, että asiakas mahdollisuuksien mukaan voisi suorittaa kotimittausta joko omalla laitteella tai terveysasemien tai kirjastojen omahoitopisteillä. Tarvittaessa pystyimme mittaamaan arvot myös

myöhemmin uudelleen samana päivänä tai seuraavalla terveystapahtuma päivänä. Jos arvot eivät ole suositusten mukaiset (Käypähoito 2018a.) oikein suoritettulla kotimittauksella, suosittelimme varaamaan ajan terveysasemalla ja ottamaan mittaustulokset mukaan vastaanotolle.

Verensokerin mittaus aloitettiin, että näytteenottaja desinfioi ensin omat kätensä. Virallisissa ohjeissa korostetaan näytteenotettavalta käsien pesua ennen näytteenottoa, mutta tämä ei toteutunut terveystapahtumassa kaikkien osalta, koska jotkut osallistujat eivät pitäneet sitä itselleen tärkeänä.

Ihon mahdolliset epäpuhtaudet saattavat vaikuttaa näytteeseen lukemia vääristämällä. Näyte otettiin asiakkaan sormenpäältä ei kuitenkaan peukalosta tai etusormesta. Paras näytteenottopaikka on sormen sivuilta, jossa on vilkkain verenkierto. Ensimmäinen pisara pyyhittiin pois, jossa saattaa olla epäpuhtauksia. Sormenpäätä ei saa niin sanotusti lypsää tai painella, jotta vältetään kudosten sekoittumista näytteeseen. (Ascensia, Diabetes Care Finland Oy, Käypähoito 2018b.)

Body mass index eli BMI mitta on globaali painoindeksi, jolla kuvataan painon ja pituuden suhdetta toisiinsa. BMI:lle on asetettu normaalialue, joka on 18,5-25kg/m². Tällä välillä kuolleisuus ja sairastavuus on pieni. (Mustajoki 2018c.) Euroopan kardiologisen seuran julkaiseman tutkimuksen mukaan BMI-painoindeksin noustessa yli 22-23:n, nousee riski saada erilaisia sydämen- ja verisuoneen liittyviä sairauksia. (European Society of Cardiology, 2018).

Vyötärönympäryksen mittaaminen täydentää painoindeksi BMI:n määrittämistä, ja osallistujat, jotka osallistuivat mittaukseen, pyysimme seisomaan tasaisesti molemmilla jaloilla. Mittanauha tarkastettiin ettei se ole kierteellä. Mittanauha asetettiin alimman kylkiluun ja suoliluun harjanteen puoliväliin. Asiakas hengittää muutaman kerran rauhallisesti sisään ja ulos ja otetaan mitta. Vyötärön ympärysmittaa käytetään kuvaamaan keskivartalolle eli vatsanontelon ja sisäelinten alueelle muodostuvaa rasvaa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2018d.) Käytimme laskentaan valmista internet pohjaista BMI-laskukaaviota. (Terveyskirjasto i.a).

Ensimmäisen terveystapahtuma päivän jälkeen kävimme keskustelua Hyvinkään seurakunnan diakoniatyöntekijän kanssa, miten päivä oli mennyt ja kuinka paljon oli osallistujia. Keskustelun pohjalta päädyimme pitämään seuraavan tapahtuman samankaltaisena, mutta pidentäisimme tapahtuma aikaa, koska osallistujia oli paljon oletettua enemmän.

7 TAPAHTUMAN TOTEUTUKSEN ARVIOINTIA

7.1 Osallistujilta ja seurakunnalta saatu palaute

Sekä suullinen että kirjallinen palaute oli positiivista ja ihmiset toivoivat samankaltaista toimintaa ja terveystapahtumia lisää Hyvinkään seurakunnan kautta järjestettäväksi. Moni osallistujista kertoi suullisesti, sekä kirjallisesti, että tapahtumaan oli helppoa ja mielekästä osallistua ja tapahtuman järjestäjillä aito kiinnostus kohdata ihminen ihmisenä. Moni sanoi, että heillä on laite kotona, mutta ”tuntuu varmemmalta, kun ammattilainen mittaa”. Muutama osallistuja tulikin molempiin järjestettäviin terveystapahtumiin, koska olivat hyötäneet ja saaneet hyvää informaatiota terveydestään.

”Hyvä, että tällaisia tutkimuksia tehdään!”

”Ihana tällainen oheistapahtuma, helppo tulla. Luulen että semmoisetkin jotka eivät ajattele kovin paljon terveyttään-havahtuvat tulemaan. Kiitos!”

”Hyvä juttu, Kiitos!”

Hyvä idea! Matala kynnyks, jatkoa toivotaan!

Kiitos!!

Liikaa hälinää!

Kirjallinen palaute, jota saimme 60 kpl oli yhtä lukuun ottamatta positiivista. Palaute, jossa mainittiin liikaa hälinää, huomioitiin seuraavassa tapahtumassa ja saimme enemmän sermejä mittauspisteiden pöytien ympärille, joka selkeästi vähensi odotustilasta kantautuvaa ääntä.

Keskustelimme Hyvinkään seurakunnan diakoniatyöntekijän kanssa tapahtumien kulusta ja saimme positiivista palautetta tapahtumasta. He kokivat

tapahtuman olevan ajankohtainen ja tärkeä vähävaraisille ja heille, joiden on vaikea muuten hakeutua terveydenhuollon palvelujen piiriin. Toiveena oli myös, että samankaltaisia tapahtumia saataisiin lisää seurakunnan kautta järjestettäväksi.

7.2 Oma arvio tapahtumasta

Tapahtumassa kävi enemmän ihmisiä mitä ennakkoon oli arvioitu. Tapahtumaan osallistui 80 ihmistä yhteensä molempien päivien aikana ja diakoniatyöntekijän arvio tapahtumaan osallistujista oli noin 30-40 henkilöä maksimissaan yhteensä terveystapahtuma päivinä. Ensimmäisenä tapahtumapäivänä jotkut olivat jo tunnin verran saapumistamme ja odottaneet mittauksen alkamista. Olimme ajoissa paikalla, joten aloitimme mittaukset tuntia aiemmin sovitusta aikataulusta. Mittauksia suoritimme alkuperäisestä 11.30-13.00 poiketen siis 10.30-13.30 välisen ajan. Odottamista mittauspisteisiin oli jonkin verran, hyvää siinä oli, että osallistuja oli istunut jonkin aikaa ennen verenpaineen mittausta. Tapahtumaan osallistui eri-ikäisiä miehiä, sekä naisia.

Tapahtuman palautteet osoittivat sen, miten tärkeää on järjestää tämänkaltaisia ilmaistapahtumia ja miten tärkeää tietoa se antaa tapahtumaan osallistuvalla itselleen. Tapahtumat menivät pääpiirteittäin kuten olimme suunnitelleet. Emme kuitenkaan pystyneet tarjoamaan elintapaohjausta niin paljon kuin olisimme halunneet, koska aikaa ei ollut riittävästi yksilölliseen ohjaukseen. Osallistujista huomasimme, että olisivat halunneet jutella omasta terveydestään, hyvinvoinnistaan, elämästään paljon kauemmin. Se olisi ollut todella merkittävää ja tärkeää yksilön kannalta.

Tapahtumassa oli vaikea arvioida, kuinka monella osallistujista täyttyy metabolian tunnusmerkit, koska osallistujan haastatteluun ei oltu varattu aikaa. Nyt kaikki tieto perustui siihen mitä osallistuja itse halusi kertoa. Toisaalta mittaukselliset tulokset antoivat jonkin verran suuntaa ja mahdollisesti motivaation osallistujalle itselleen tehdä muutoksia omaan elintapoihinsa. Jäi mietityttämään, kuinka paljon meillä on ihmisiä, jotka eivät tiedä todellisia terveysarvojaan tai riskiään sairastua metabooliseen oireyhtymään. Eräälläkin iäkkäämmällä osallistujalla oli tapahtuman

mittauksissa verenpaineet huomattavasti sallittujen arvojen yläpuolella. Suosituksesta hän lähti terveysasemalle ja kuulimme myöhemmin, että hänet siirrettiin terveyskeskuksesta suoraan Hyvinkään sairaalaan. Tämä esimerkki kertoi, kuinka tärkeää olisi järjestää matalan kynnyksen tapahtumia varsinkin ikäihmisille, vähävaraisille ja syrjäytymisvaarassa oleville ihmisille useammin.

Yhteistyö Hyvinkään seurakunnan kanssa on alusta lähtien sujunut erinomaisesti. He olivat alusta lähtien kiinnostuneita toiminnallisen opinnäytetyön prosessista ja auttoivat suunnittelussa, sekä työntoteuttamisen järjestelyissä. Seurakunta edesauttoi tapahtuman esilletuomisessa julkaisemalla paikallislehdessä yhdessä suunnittelemamme mainoksen tapahtumasta, kertomalla diakoniatyön asiakaskäynneillä tapahtumasta, sekä pyytämällä toimittajan tekemään lehtijuttua tapahtumasta.

8. OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Terveydenhuollon päämääränä on terveyden edistäminen ja kärsimyksen lievittäminen. Olemme jatkuvasti tekemisissä ihmiselämän peruskysymysten kanssa. Etiikka tulee konkreettiseksi ja käytännölliseksi, kun on kysymys terveydestä, sairaudesta, haavoittuvuudesta ja ihmisen rajallisuudesta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 14.) Terveystapahtumaan osallistujaa pitää kohdella aina yksilönä, hänellä on omat arvot, voimavarat, tavoitteet ja ajatukset. Häntä ei voi hoitaa, kohdata minkään toimintamallin, standardin tai normin mukaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 393.) Suhtauduimme kunnioituksella, sekä yksilöllisesti jokaiseen osallistujaan ja mahdollisuuksien mukaisesti huomioiden jokaisen omat henkilökohtaiset voimavarat.

Tutkittavia ihmisiä ja tutkittavaa ongelmaa ei saa loukata, eikä väheksyä. Erityistä syytä on kiinnittää huomiota, kun kyseessä on haavoittuva ryhmä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366.) Opinnäytetyömme koskettaa diakoniaruokailussa käyviä ihmisiä. Olimme miettineet tarkoin, että työmme takana on selvät eettiset perusteet ja tarkoituksena työllemme oli yksilön terveyden edistäminen, hyvinvointi, sekä se, että meillä oli luotettavat lähteet mistä haimme tutkittua tietoa.

Terveydenhuollon osallistujaa pitää kohdella aina yksilönä, hänellä on omat arvot, voimavarat, tavoitteet ja ajatukset. Häntä ei voi hoitaa tai kohdata minkään toimintamallin, standardin tai normin mukaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 393.) Suhtauduimme kunnioituksella, sekä yksilöllisesti jokaiseen osallistujaan ja mahdollisuuksien mukaisesti huomioiden jokaisen omat henkilökohtaiset voimavarat. Terveyden edistämisen etiikan yksi peruskysymyksistä on, miten ja millaisella oikeudella voidaan vaikuttaa jonkun ihmisen terveystietoon. Yksi asia on erityisesti tiedon vakuuttaminen. Jotta hoitotyön ammattilainen voi ehdottaa potilaalle elintapojen muutoksia, tiedon pitää olla tarpeeksi hyvin perusteltua ja luotettavista lähteistä saatua. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 188.) Tietomme mittaus- tuloksista perustuvat voimassa oleviin Käypä hoito -suositukseen. "Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia

hoitosuosituksia" (Käypä hoito -suositus 2018c.) Suomessa hoitokäytänteet perustuvat voimassa oleviin Käypä hoito -suosituksiin.

Terveystapahtuma perustuu vapaaehtoisuuteen yksilön kannalta. Tapahtumassa emme keränneet osallistujien tietoja tietosuojaan vuoksi. Mietimme, mikä on tapahtumaa ajatellen tärkeää tietoa ja mikä ei. Mietimme, onko osallistujan iällä merkitys mittauksia tehdessämme ja metabolista oireyhtymää kartoittaessamme. Jos osallistuja oli huomattavasti vanhemman oloinen, kysyimme kohteliaasti ikää, koska yli 80 vuotiaan verenpaine arvot tulkitaan eritavoin, kuin työikäisen ihmisen arvot. (Käypä hoito -suositus 2018a).

On hyvä muistaa, että ihmisen perussairaudet saattavat myös vaikuttaa arvojen tulkintoihin. Terveystapahtumassa mittausten tuloksia ei voi lukea yksiselitteisesti, koska moni muu asia vaikuttaa myös kokonaisuuden tulkintaan. Opinnäytetyötämme varten keräsimme palautteita vain tapahtuman kulusta. Osallistuja sai valita, haluaako mittauttaa kaikki mittaukset mitä on tarjolla, vai vain tietyn osa-alueen mittauksista. Kaikki eivät halunneet esimerkiksi mittauttaa painoaan, koska kokivat painonhallinnan olevan kunnossa. Osallistuja sai keskeyttää mittaukset, milloin vain niin halutessaan. Mittaustulokset kirjoitimme ylös tapahtumaan osallistuvalla ja kerroimme arvot ja sen mitä saatiin suuntaa antavasti selville osallistujaa ajatellen.

Osallistujalle pitää selkeästi antaa tieto, että kaikki perustuu vapaaehtoisuuteen ja että hän voi halutessaan milloin vain keskeyttää tutkimukseen osallistumisen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 26–27.)

Terveystapahtumatilanteessa eettiset kysymykset liittyivät osallistujan oikeuksiin, kuten itsemääräämisoikeuteen, yksilöllisyyteen, vapauteen sekä siihen, mitä on hyvä terveydenedistäminen juuri kyseisessä tilanteessa. Mittaustilanteessa hoitotyön ammattilaisena meidän oli etukäteen tarkasti mietittävä, miten voimme huomioida ja säilyttää osallistujan tarpeet hallita omaa elämänsä, olla yksilöllinen, suojella mitattavan yksityisyyttä ja vapautta, sekä tehdä itse omia terveysvalintoja tietoisena niiden seurauksista. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.) Terveystapahtuman ja mittaamisen tilanteen eettisyyttä ohjaavat lakien ja asetusten lisäksi terveydenhuollon eettiset periaatteet, jotka ovat valtakunnallisen

terveydenhuollon eettisen lautakunnan asettamia. Tärkeimpänä niistä ammatitietikka, jossa painotetaan erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien osallistujien huomioiminen ja asema. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta i.a).

Terveydenhuollon eettiset periaatteet luovat perustaa myös terveystapahtuman toteuttamiselle ja ohjaavat toimimaan eettisesti oikein mittaus- ja ohjaustilanteissa. Eettisestä näkökulmasta ohjaus- ja mittaustilanteissa on huomioitava potilaan oma näkemys ja kokemus, sekä toimittava potilaan parhaaksi. Eettiset periaatteet näkyvät myös terveystapahtuman järjestämisen ja mittaus- sekä ohjaustilanteiden tavoitteena, joka on osallistujan hyvinvoinnin edistäminen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Toimintaamme ohjasivat sovitut suulliset ja kirjalliset sopimukset koulun, sekä yhteistyökumppanin kanssa, joita olemme noudattaneet. Kirjallisen osuuden teimme noudattaen Diakonia-ammattikorkeakoulun Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä ohjeistusta. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010.) Olemme kuunnelleet ja toteuttaneet yhteistyökumppanin toiveita, esimerkiksi toteuttamalla terveystapahtumia kaksi yhden sijasta, joka oli alkuperäinen suunnitelmamme. Hyvinkään seurakunnan diakoniatyön ajatuksena terveystapahtuman toteuttamiselle kahden kertaan oli se, että saamme enemmän osallistujia ja osallistujille mahdollisuuden vaikuttaa siihen, kumpanako päivänä he haluavat osallistua mittauksiin.

Eettisyys koskee ja kattaa kaiken opinnäytetyöprosessin ongelmanasettelusta tulosten raportoinnin loppuun asti. Etikkaan kiinnitetään erityisesti huomiota tutkimusaineiston keruun yhteydessä, jossa tulee taata terveystapahtumiin osallistuvien kunnioitus. Eettisyys jatkuu ja on yhtä tärkeää julkaisutoiminnassa ja tulosten soveltamisessa käytännön hoitotyöhön. (Eriksson ym. 2013, 26.) Opinnäytetyöraportoinnissa ja kirjoitusvaiheessa olemme huomioineen Hyvinkään seurakunnan diakoniatyön yhteistyökumppanina lähettämättä opinnäytetyön raportin heille tarkistettavaksi ja mietittäväksi onko heillä toiveita tai muutosehdotuksia opinnäytetyön sisällöstä.

9 POHDINTA

9.1 Ammatillisen kasvun pohdinta

Sairaanhoitaja (AMK) ja -diakonissan sekä terveydenhoitaja (AMK) osaamisvaatimukset on jaettu yhdeksään eri osa-alueeseen. Esimerkkeinä hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, sekä terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. (Diakonia- ammattikorkeakoulu i.a.)

Sairaanhoitaja (AMK) - diakonissaksi ja terveydenhoitajaksi kasvamisen ja kehittymisen prosessissa koko opintojemme aikana olemme ymmärtäneet uudella tavalla omaa toimintamme hoitotyössä ja pystymme muuttamaan toimintaamme ja sen seurauksena pystymme myös prosessoimaan uudelleen itseämme toimijoina. Tämä määräys on tuottanut uuden identiteetin vaiheen ammatillisessa kasvumme ja ammatti-identiteetissämme.

Sairaanhoitaja -diakonissaksi ja terveydenhoitajaksi kasvaminen on prosessi, joka etenee ajattelun ja oman toiminnan muuttamisen kautta. Ammatillisen kasvun ja kehittymisen keskeisenä osana on myös tunteiden käsittelyyn oppiminen opintojen alussa ja nyt päättötyötä tehdessämme sekä arvojen, toimintatapojen sekä omaan ammattiin identifioituminen sekä jatkuvaan reflektointiin oppiminen. (Ora-Hyytiäinen 2004.) Opiskelijoina ja tulevina ammattilaisina olemme kasvaneet ja kehittyneet ammattiin sekä työtehtäviin, työprosesseihin ja sen kulttuuriin, mikä sisältää ammattiemme arvot ja toimintatavat.

Opinnäytetyössä pääsimme oppimaan ja syventämään vaadittavia kompetensseja. Ammatillisen kasvun näkökulmasta koemme, että opinnäytetyömme oli meille merkityksellinen, sillä monet sairaanhoitajan - diakonissan ja terveydenhoitajan ammatilliset osaamisemme perustuvatkin kokonaisvaltaiseen ihmis- ja terveystieteeseen. Opinnäytetyömme myötä tunnistamme enemmän terveyttä edistäviä ja kuormittavia tekijöitä ja osaamme käyttää terveyttä edistäviä ja

ylläpitäviä auttamismenetelmiä. Koemme, että opinnäytetyömme on terveyttä edistävää, - suojaavaa ja -ylläpitävää toimintaa.

Opinnäytetyötä olemme suunnitelleet alkuvuodesta 2017 alkaen. Prosessi on ollut pitkä ja aika raskaskin, mutta toisaalta ammatillinen kasvu on vaatinut aikaa ja kypsymistä asioille. Oman mausteen prosessille on tuonut parityönä tehty opinnäytetyö. Suurin haaste on ollut, kun yhteinen työn- ja elämänrytmi ei satu samaan aikaan. Toisella on kova vauhti mennä eteenpäin, kun toinen vasta prosessoisi, toisaalta positiivista on ollut toisen antama tuki työtä tehdessä. Olemme arvostaneet ja kunnioittaneet toistemme tahtia ja tapaa toimia tehdessämme opinnäytetyötämme.

Vaikka oma kirjallinen tuotoksemme on tuntunut hyvältä, olemme ottaneet vastaan kritiikkiä ja pystyneet muokkaamaan ja prosessoimaan tekstiä yhä uudelleen. Olemme kärsivällisesti antaneet aikaa aiheen kypsymiselle, vaikka aikataullisesti olisimme toivoneet etenevämmä nopeammin. Opponointiin olemme suhtautuneet vakavasti, suullisesti ja kirjallisesti auttaneet myös vertaisoppijoita parhaamme mukaan.

Toiminnallinen opinnäytetyömme oli senkaltainen, että se vaati työparin, koska se sisälsi niin paljon toiminnallisuutta. Kirjallisissakin töissä on ollut hyvä asia, kun toinen on ollut tekemässä lopputyöstämme valmista. Olemme oppineet kärsivällisyyttä, uudelleen aloituksen tuskaa ja vielä uudelleen kärsivällisyyttä. Kärsivällisyydestä ei koskaan ole haittaa, päinvastoin, hoitoalalla se on vain positiivinen asia kohdatessa ihmisiä ihmisinä. Loppuvaiheessa opinnäytetyötämme oli antoisaa huomata työskentelyn tulos ja oma ammatillinen kehittymisemme ja kasvumme.

9.2 Johtopäätökset

Tapahtumaan osallistui paljon enemmän ihmisiä, kuin mitä oli arvioitu. Monet kertoivat tullessa kirkolle tätä tapahtumaa varten, mikä oli positiivista. Osa tuli diakoniaruokailuun ja jäivät sen jälkeen terveystapahtuman mittauksiin.

Tapahtumaan osallistui huomattavasti vähemmän miehiä kuin naisia. Tämä ei ehkä ollut kuitenkaan yllätys. Jatkossa olisi hyvä pohtia miten saa miehiä enemmän osallistumaan tämän kaltaisiin tapahtumiin.

Suullisesta palautteesta kävi myös ilmi se, että sosioekonomisesti huonompiosaisella, syrjäytyneellä/syrjäytymisvaarassa olevalla tai työttömällä ihmisellä ei välttämättä ole varaa ostaa verensokerimittaria, eikä ole varaa ostaa mittariin sopivia liuskoja, vaikka siihen olisi terveydellisin perustein aiemmin ollut tarve. Hyvinkään kaupunki tiedottaa, että ei insuliinihoitoiselle diabeetikolle he myöntävät 0-1 purkkia liuskoja per kolme kuukautta. Perusteena on, että uusien tutkimusten mukaan tablettihoidossa oleva diabeetikko ei hyödy verensokerin toistuvista sormenpäämittauksista. Vuonna 2018 on toimittu kyseisten ohjeiden mukaisesti. (Hyvinkää sosiaali- ja terveystoimi 2018b.) Kansainvälinen Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin tutkimus viittaa samankaltaiseen toimintatapaan, mitä Hyvinkää noudattaa. (Uriell, Welschen, Riphagen, Dekker, Niipels, & Bot 2012).

Tapahtumaan osallistujat kertoivat, että diabeteslääkkeistä ei saa yhtä paljon korvaus kuin ennen. Osa hallitusohjelmaa edellyttää 150 miljoonaa eur lääkekorvaussäästöjä ja diabeteslääkkeiden paitsi insuliinien korvattavuus laski vuoden 2017 alussa 65 %, ja potilaan maksettavaksi jää 35%. (Kansaneläkelaitos 2016.) Lisäksi osallistujat kertoivat miten 50 eur omavastuu osuus vaikuttaa, että rahaa jää vähemmän käteen. (Kansaneläkelaitos 2018.)

Edellä mainitut arvokkaat palautteet osallistujilta kertoivat, että heidän mielestään yllä olevien toimienkin vuoksi on tärkeää järjestää matalan kynnyksen terveystapahtumia.

Suunniteltaessa terveystapahtumaa, olisi syytä miettiä, miten tavoittaa kohderyhmän ihmisiä, onko järkevää järjestää tapahtuma diakoniaruokailun yhteydessä, vai voisiko tapahtuma olla itsenäinen tai jonkin muun tilaisuuden ohessa tapahtuva tapahtuma. Lisäksi tapahtumaan olisi hyvä saada enemmän mittaajia, jotta yhdelle ihmiselle jäisi enemmän aikaa aitoon kohtaamiseen ja ohjaamiseen. Nyt jäi tunne, että ei ollut tarpeeksi aikaa kohdata ihminen ihmisenä, vaikka saimme kyllä mittaustulokset tehtyä. Olisi ollut hyvä antaa osallistujalle enemmän aikaa

kertoa ja avata tarkemmin, mitä mitattujen lukujen takaa oikeasti löytyy. Valtaosasta ihmisistä huomasi, että heillä olisi ollut tarve puhua elämästään ja tunteistaan enemmän. Tärkeää olisi pohtia, miten nämä ihmiset tulisivat kohdatuiksi tulevaisuuden terveydenhuollossa sekä diakoniatyössä.

Hämmentävää oli lukea Diakonia-ammattikorkeakoulun rehtorin puheenvuoro KotimaaPro lehdestä otsikolla ”Tarvitaanko diakonissoja?” Rehtorin mukaan sairaanhoitaja - diakonissojen työllistymisen esteenä on osittain seurakuntien haluttomuus palkata heitä. (Pyhäranta 2018). Erikoista tässä oli se, että Diakonia-ammattikorkeakoulu on ainut paikka missä sairaanhoitaja -diakonissoja koulutetaan, ja jos koulun rehtori kyseenalaistaa koulutuksen tarpeen, niin minkä kuvan se antaa sairaanhoitaja -diakonissa koulutuksen tarpeellisuudesta ja ammatin arvostuksesta? Mielestämme sairaanhoitaja -diakonissoja tarvitaan lisää seurakunnan ja kuntien toimiin, koska sairaanhoitaja -diakonissalla on laajempi näkemys ihmisen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista ja hän tunnistaa myös asiakkaidensa/potilaidensa hengellisiä tarpeita ja pystyy sielunhoidollisiin keskusteluihin ja hengellisyyden tukemiseen.

Kansanterveyslaki, joka tuli voimaan vuonna 1972 ja samalla syrjäytti diakonissat kotisairaanhoidosta. Molemmilla meistä on kokemusta diakonissan seurakuntaharjoittelusta ja päällimmäisenä on kyllä jäänyt mieleen, että miksi ei seurakunta ja kotihoito tekisi enemmän yhteistyötä, koska sairaanhoitaja -diakonissoilla on vahva ja laaja terveydenhuollonkoulutus ja näkemys myös ihmisen hengellisen hyvinvoinnin tarpeista. Miksi lakia ei voitaisi muuttaa takaisin niin, että sairaanhoitaja -diakonissat saisivat enemmän terveydenhuollollista vastuuta? Seurakunnissa työskentelevät sairaanhoitaja -diakonissat voisivat hyvin suorittaa terveydentilan mittauksia ja tarvittavia sairaanhoidollisia toimenpiteitä, mikäli se vain oli mahdollista nykypäivänä. Kokemuksemme mukaan moniammatillista yhteistyötä tarvitaan jatkossakin, sekä sitä tulisi tarkastella enemmän inhimillisestä sekä yhteiskunnan taloudellisesta näkökulmasta. Tulevaisuus kertoo, säilyykö sairaanhoitaja -diakonissojen koulutus jatkossa ja miten tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalvelu ratkaisut vaikuttavat erilaisiin yhteiskunnan päätöksiin.

Koimme tapahtuman niin merkittäväksi, että se täyttäisi Hallituksen kärkihankkeen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja eriarvoisuuden vähentämiseen. Se olisi myös mitä suuremmassa määrin diakonista hoitotyötä parhaimmillaan. Ilmaiset ja matalan kynnyksen terveystapahtumat kirkolla ja diakoniatoimen puolesta olisi hyvä uusi käytänte ja toimintamalli. Olemme itse harkinneet tapahtuman jatkamista vapaaehtoistyönä. Olemme myös ehdottaneet tämän kaltaisen toiminnan tuottamista diakoniatoimelle yhdessä paikallisen terveydenhuolto-opilaitoksen kanssa yhteistyönä järjestettäväksi tapahtumiksi. Tärkeä olisi jatkossa ottaa huomioon, että mittaajia olisi enemmän, jotta ihmisen kohtaamiselle olisi enemmän aitoa aikaa.

LÄHTEET:

- Aalto, Kirsti & Gothoni, Raili. (toim.) 2009. Ihmisen lähellä - Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja
- Ahrens,W; Pigeot,I; Pohlabein,H; De Henauw,S; Lissner,L, Molnar,D; Moreno,LA; Tornaritis,M; Veidebaum,T & Siani,A. 2014. Original Article. International Journal of Obesity. 2014. 38,599—5107. Prevalence of overweight and obesity in European children below the age 10. Viitattu 2.8.2018. <https://www.nature.com/articles/ijo2014140.pdf>
- Ascensia Diabetes Care Finland Oy. Verensokerin mittaaminen-Miten otan hyvän näytteen sormesta. Viitattu 27.7.2018 <https://www.diabetes.ascensia.fi/Tietoa-diabeteksesta/Verensokerin-mittaaminen/>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Viitattu 24.11.2018. https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2017/12/Diak_Kohti_tutkivaa_ammattikayntoa_opas.pdf
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidaja (AMK) koulutuksesta valmistuneen osaamisvaatimukset eli kompetenssit. Viitattu. 4.8.2018. <https://www.diak.fi/opiskelu/opiskelijan-polku/opintojen-suorittaminen/arviointi/terveysalan-osaamiskuvaukset/>
- Eriksson, Johan 2010. Liikunta ja tyyppi 2 diabetes. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.7.2018 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00930&p_hakusana=liikunta ja tyyppi 2 diabetes](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00930&p_hakusana=liikunta+ja+tyypin+2+diabetes)
- Eriksson, Katie; Isola, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino-Kilpi, Helena; Pietilä, Anna-Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2013. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- European Society of Cardiology 2018. Study of nearly 300.000 people challenges the "obesity paradox" Eurekalert. Viitattu 1.8.2018. https://www.eurekalert.org/pub_releases/2018-03/esocson031418.php

- Fogelholm, Mikael; Hakala, Paula; Kara, Raija; Kiuru, Sanna; Kurppa, Sirpa; Kuusipalo, Heli; Laitinen, Jaana; Marniemi, Annika; Misikangas, Marjo; Roos, Eva; Lähteenkorva-Sarlio, Sirpa; Scwab, Ursula & Virtanen, Suvi 2014. Terveyttä ruuasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Evira. Viitattu 28.10.2018 <https://www.evira.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemussuositukset/aikuiset/>
- Honkasalo, Sanna-Maria 2018. Adipose tissue and brain metabolic adaptations to sprint interval training and moderate-intensity continuous training. Turun Yliopisto. Viitattu 11.10.2018 <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/145142/Honkala%2c%20Sanna%20Maria%20-%20yhdistetty.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Huttunen, Jussi 2018. Terveyskirjasto-Duodecim. Mitä terveys on? Viitattu 27.1.2018 ja 28.6.2018 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903
- Hyvinkää Sosiaali- ja terveystalvet 2018a Viitattu 27.7.2018. <https://www.hyvinkaa.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/>
- Hyvinkää Sosiaali- ja terveystalvet 2018b. Verensokerin omaseuranta. Viitattu 15.9.2018. <https://www.hyvinkaa.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/omahoito1/diabetes/verensokerin-omaseuranta/>
- Hyvinkään seurakunta. Diakoniaruokailut. Viitattu 27.7.2018. http://www.hyvinkaanseurakunta.fi/toiminta_ja_palvelut/seurakuntatyo/diakonia/tahtumat
- Hyvinkään seurakunta. Seurakunnan historia. Viitattu 6.11.2018. http://www.hyvinkaanseurakunta.fi/perus_ja_yhteystiedot/hyvinkaan_seurakunta/seurakunnan_historiaa
- Hyyrönmäki, Sirpa. Terveystalvet 3-4/2018 VESOTE terveystalvetajan näkökulmasta- tavoitteena paremmat elintavat meille kaikille.
- Ilanne-Parikka, Pirjo. Metabolic Syndrome – Lifestyle intervention in subjects with impaired glucose tolerance. 2011 University of Tampere.
- Jokela, Ulla 2011. Diakoniatyön paikka ihmisen arjessa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. A Tutkimuksia 34. Väitöstutkimus.

- Kainulainen, Sakari 2002. Suomalainen yhteiskunta murroksessa. Teoksessa Riitta Helosvuori, Esko Koskenvesa, Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja.
- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti 2008. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Kelan tutkimusosasto. Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. Viitattu 13.5.2018
<https://helda.helsinki.fi/handle/10250/3426>
- Kansaneläkelaitos-Kela 2016. Kansaneläkelaitoksen päätökset koskien 1.1.2017 voimaan tulevaa diabeteslääkkeiden korvaustason muutosta. Viitattu 24.7.2018 https://www.kela.fi/ajankohtaista-laakekorvaukset/-/asset_publisher/Miu6smMhLp41/content/diabeteslaakkeiden-korvaustason-muutokset-1-1-2017?_101_INSTA
- Kansaneläkelaitos-Kela 2018. Lääkekorvausjärjestelmä. Viitattu 28.7.2018.
<https://www.kela.fi/laakkeet>
- Kansanterveyslaki 1972/66. Viitattu 15.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Kataja Janne; Mäkelä Johanna; Lagström Hanna & Niinikoski Harri. Potilaan lääkärilehti Tieteessä-katsausartikkeli 7/2016. Viitattu 06.02.2018.
<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/metabolinen-oi-reyhtyma-yleistyy-lapsilla-ja-nuorilla/?public=d6e75f08cfa15fbf5d303a605446fe09>
- Kiiski, Jouko 2013. Diakoniatyöntekijä, rinnalla kulkija ja kaatopaikka. Diakonia barometri, Kirkon tutkimuskeskus. Helsinki. Unigrafia.
- Kirkkojärjestys 1993. 1993/1055. Suomen evankelisluterilainen kirkko. Viitattu 27.10.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931055#L4>
- Kivimäki, Tarja 2015. Uniongelmat vaarantavat terveyden. Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti Tesso. 23.10.2015. Viitattu 5.8.2018.
<https://tesso.fi/artikkeli/uniongelmat-vaarantavat-terveyden>
- Koistinen, Paula & Keskitalo, Elsa. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Opinnäytetyö ammattikorkeakoulussa. Viitattu 24.6.2018
<http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=2793515>
- Kotisalo, Helena & Rättyä, Elina 2014. Diakonissat terveyden edistäjinä. Raportti tutkimus- ja kehittämishankkeesta. Terve sielu terveessä

ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina. Tampere, Juvenes print.

- Kuninkaanniemi, Hanna 2018. Vyötärölihavuudella ja sosiodemografisilla taustatekijöillä yhteys metaboliseen oireyhtymään. Viitattu 5.11.2018 <https://www.jyu.fi/fi/ajankohtaista/arkisto/2018/10/2-11-2018-ttm-hanna-kuninkaanniemi-liikuntatieteellinen-tiedekunta-terveyskasvatus-1>
- Käypä hoito -suositus 2013. Lihavuus, aikuiset. Vyötärön ympärysmitta. Viitattu 27.7.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi24010>
- Käypä hoito -suositus 2018a. Kohonnut verenpaine. Verenpaineen mittaus. Viitattu 27.7.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi04010>
- Käypä hoito -suositus 2018b. Tyypin 2 diabetes. Glukoosipitoisuuden omaseuranta. Viitattu 27.7.2018 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056>
- Käypä hoito -suositus 2018c. Käypä hoito. Viitattu 30.10.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2014. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajat. Viitattu 27.10.2018. <https://sairanhoidajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro. Helsinki.
- Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu. Viitattu 27.10.2018. <https://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytannon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>
- Lobstein; T, Bauer; B. 2008. Obesity in children and young people. a crisis in public health 2004-2008. London UK
- Luokkanen, Satu; Ruotsalainen Heidi; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Minna. 2013. Ylipainoisten ja lihaviiden 13-16-vuotiaiden nuorten elintavat ja sitoutuminen elintapamuutokseen. Hoitotiede 2013.25(2)

- Mellin, Harri 2012. Muuttuva yhteiskunta haastaa diakonian. Teoksessa Gottoni, Raili; Helosvuori, Riitta; Kuusimäki, Kalle & Puuska, Karoliina. Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö.
- Moisio, Petri 2006. Poverty dynamics according to direct, indirect and subjective measures. Modelling Markovian processes in a direct time and space with error. Research Report 145. Helsinki: Stakes.
- Mustajoki, Pertti 2017. Terveyskirjasto-Duodecim. Metabolinen oireyhtymä. Viitattu 9.4.2018 ja 28.10.2018 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045
- Mustajoki, Pertti 2018a. Terveyskirjasto-Duodecim. Kolesterolit. Viitattu 29.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035
- Mustajoki, Pertti 2018b. Terveyskirjasto-Duodecim. Kohonnut verenpaine. Viitattu 29.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034
- Mustajoki, Pertti 2018c, Terveyskirjasto-Duodecim. Painoindeksi (BMI). Viitattu 06.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001
- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Niensted, Walter & Kallio, Sinikka. Luut ja ytimet 2013. Werner Söderström Osakeyhtiö. Porvoo.
- Ora-Hyytiäinen, Elina 2004. Auttajasta reflektiiviseksi sairaanhoitajaksi. Ammatikorkeakouluopiskelijan reflektiiviseksi kasvu ja kehittyminen ammattiin. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 27.10.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67086/951-44-6076-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Painonhallintatalo i.a. Ruokavalio. Viitattu 23.7.2018. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/painonhallinnan-abc/pysyvä-painonhallinta/ruokavalio>
- Partinen, Markku 2009. Unesta terveyttä. Terveyskirjasto. Viitattu 8.10.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00112

- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY Oy. Porvoo.
- Peda.net 2018. Terveyskulttuurin ilmiöitä, Terveysterrorismi. Viitattu 12.8.2018. <https://peda.net/siikalatva/siikalatvan-lukio/oppiaineet/terveys-tieto/tk/tv11/vita1-1601152/kuka-on-terve2/2ti/terveysterrorismi>
- Pessi, Anne & Grönlund Henrietta 2011. Viitattu 9.4.2018. The Place of the Church: Public Sector or Civil Society? Welfare provision of the Evangelical Lutheran Church of Finland. Viitattu 13.5.2018. http://vapaaehtoiset.kirkonsuuntaviivat.fi/pessigrönlund_jcs_article_2011.pdf
- Pietikäinen, Arto. 2017. Joustava mieli-vapaudu stressin, uupumuksen ja masennuksen ylivallasta. Kustannus Oy Duodecim ja Arto Pietikäinen. Helsinki.
- Pietilä, Anna-Maija 2010. Terveystieteen edistäminen- teoriasta toimintaan. Sanomapro oy. Helsinki.
- Puska, Arja & Lehtimäki, Susanna. Elintapaohjausta verkossa. Terveystieteen lehti. 3-4/2016.
- Pyhäranta, Tuija. 2018. Diakin rehtori Tapio Kujala Tarvitaanko diakonisseja? Viitattu 24.7.2018. <https://www.kotimaapro.fi/artikkeli/diakin-rehtori-tapio-kujala-tarvitaanko-diakonisseja/?katselukoodi=6152ce7dcf2fc314ca06c754034a74d06f87751be76d5ca23406bfb52a45a862>
- Raunio, Kyösti 2006. Syrjäytyminen. Sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Sosiaali ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Rintala, Tuula-Maria; Kotisaari, Sirpa; Olli, Seija & Simonen, Ritva (toim.) 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Otava kirjapaino, Keuruu.
- Ruotsalainen, Helena. 2016. Väitöskirja. Elintapaohjausinterventioiden vaikuttavuus ylipainoisten ja lihaviin nuorten fyysiseen aktiivisuuteen ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Oulun yliopisto.
- Rättyä, Lea 2009. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Saarikko, Annika 2018. Helsingin sanomat 2018. Vieraskynä, Helsingin Diakonissalaitoksen toimitusjohtaja Holmström Olli. Yhteisöllinen ruoka-

- apu torjuu köyhyyttä. Viitattu 27.7.2018. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000005681302.html>
- Sakasti, Mitä on diakonia 2018b. Viitattu 6.2.2018 <http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?open&cid=Content43EA4D>
- Sakasti, Terveiden edistäminen 2018a. Viitattu 18.6.2018 <http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?open&cid=Content32E883>
- Sakasti, Yhteinen keittiöhanke 2017. Viitattu 15.9.2018. <http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?open&cid=Content52A16F>
- Savola Elina & Koskinen-Ollonqvist Pirjo 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja julkaisuja. Viitattu 28.6.2018. http://www.soste.fi/media/pdf/terveyden_edistaminen_esimerkein_2005.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö - SMT 2018b. Viitattu 17.4.2018. <http://stm.fi/hyvinvoinnin-edistaminen/lainsaadanto>
- Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2016. Hallituksen kärkihanke. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Viitattu 24.7.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap_ja_mui_2_2016__.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Suomen evankelisluterilainen kirkko 2018. Aamenesta öylättiin. Viitattu 16.8.2018. <https://evl.fi/sanasto/-/glossary/word/Karitatiivisuus>
- Teerineva, Tuula; Pietilä, Anna-Maija; Sinikallio, Sanna & Kangasniemi, Mari. Terveystieteiden lehti 5/2017 Tunteet ohjaavat terveysvalintoja.
- Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos THL 2014. Elintavat ja ravitsemus. Viitattu 22.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/terveellinen-ruokavalio>
- Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos THL 2016. Huono-osaisuuden ylisukupolvisuus. Viitattu 21.10.2018. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/nuorten-syrjaytyminen/huono-osaisuuden-ylisukupolvisuus
- Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos THL 2018a. Keskeisiä käsitteitä. Terveys. Viitattu 27.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>

- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos THL 2018b. Keskeisiä käsitteitä. Syrjäytyneisyys. Viitattu 06.02.2018 <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL 2018d. Lihavuusohjelma. Viitattu 27.7.2018. <https://thl.fi/documents/920246/0/Vy%C3%B6t%C3%A4r%C3%B6n+mitausohje.pdf/fcf1c95a-b94f-44e3-9136-32eb17220ab6>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, THL 2018c Hyvinvointi- ja terveyserot. Viitattu 4.2.2018 <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/yhteistyö/kansainvalinen/who>
- Terveyskirjasto. Bmilaskuri Kehon painoindeksi. Viitattu 28.7.2018. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/pgr/bmilaskuri.htm>
- Tesso 2016. Elinajanodotteessa suuria eroja tuloryhmien välillä. Viitattu 28.8.2018 <https://tesso.fi/artikkeli/elinajanodotteessa-suuria-eroja-tuloryhmien-valilla>
- Tuomarla, Heljä 2018. Kuinka tukea oppimista vaikeasti lihaviin elintapojen muutosprosessin eri vaiheissa? Terveydenhoitaja 3-4/2018. Helsingin yliopisto.
- Uriell, Malanda; Welschen, Laura; Riphagen, Ingrid; Dekker, Jacqueline; Niipels, Giel & Bot, Sandra 2012. PubMed.gov.US National Library of Medicine National Institutes of health. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. Viitattu 24.7.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22258959>
- Uusitupa, Matti 2001. Liikuntalääketiede, Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 28.10.2018. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92156.pdf>
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Viitattu 28.10.2018 <https://etene.fi/etusivu>
- Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

World health organization, 2018. Health promotion. Viitattu 27.10.2018

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

LIITTEET

LIITE 1: Mainos tapahtumasta

Huolettaako terveys?

Haluatko tietää verenpaineesi tai verensokeriarvososi?

Entä miten on painon tai vyötärön ympäryksen laita?



Tule

TERVEYSTAPAHTUMAAN

- ma 12.3. tai ma 26.3.
klo 11.30 – 13 diakoniaruokailujen yhteydessä
- Hyvinkään kirkon eteistilaan, Hämeenkatu 16
- Mittaukset ovat ilmaisia ja ne voidaan tehdä nimettömänä



Järjestäjät: DIAK – opiskelijat ja Hyvinkään seurakunnan diakoniatyö

Sponsorit: Hyvinkään seudun sairaanhoitopalvelut, Ascensia Diabetes Care ja Berner Oy

LIITE 2:Haastattelukysymykset

1. Millainen Hyvinkään seurakunta on toimintaympäristönä?
2. Miten diakoninen hoitotyö näkyy diakoniatöinnässä Hyvinkään seurakunnassa?
3. Mitä ajattelet tulevasta tapahtumasta diakoniaruokailujen yhteydessä?
4. Millaisena koet tulevan terveystapahtuman, onko tällaista toimintaa järjestetty aikaisemmin Hyvinkään seurakunnassa?
5. Miten koet diakoniatyön roolin näkyvän tulevaisuudessa syrjäytymisvaarassa / syrjäytyneiden ihmisten kohtaamisessa.

LIITE 3: Terveystietokortti

TERVEYSTIETOKORTTISI:

Päivämäärä: _____

Verenpaine: _____

Verensokeri: _____

Paino: _____

Vyötärönympäryys: _____

BMI: _____



Mikäli sinulla herää huoli terveydestäsi ota yhteyttä omalle terveysasemallesi:

Pääterveysasema, Sandelininkatu 1, jossa sijaitsee Hakala-Hyvinkäänkylän, eteläisen, itäisen ja läntisen piirin vastaanotot.

Paavolan terveysasema, Jussilankatu 6, jossa sijaitsee Paavolan piirin vastaanotto.

Ajanvaraus puhelimitse ma-to 7-15, pe 7-13

Puh: . 019 459 3939

LIITE 4: Palautekysely

PALAUTEKYSELY TERVEYSTAPAHTUMA

kyllä Ei

1. Oliko terveystapahtuma mielestäsi tarpeellinen?

--	--

2. Saitko riittävästi tietoa terveydentilastasi?

--	--

3. Oliko tapahtumaan mielestäsi helppo osallistua?

--	--

RISUT JA RUUSUT
