

Kati Kataikko & Petra Koivula

# KOTKALAISTEN KOKEMUKSIA OSAL- LISUUDESTA TERVEYTTÄ EDISTÄ- VIEN PALVELUJEN KEHITTÄMISESSÄ

Opinnäytetyö  
Sairaanhoitaja

2018



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

<b>Tekijä/Tekijät</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Kati Kataikko & Petra Koivula	Sairaanhoitaja	Helmikuu 2018
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		
Kotkalaisten kokemuksia osallisuudesta terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä		59 sivua 11 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
Kotkan kaupungin terveydenedistämisenyksikkö, terveydenedistämisen koordinaattori Johanna Sipari		
<b>Ohjaaja</b>		
Lehtori Sari Engelhardt		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotkalaisten kokemuksia osallisuudesta terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Tavoitteena oli tutkia, toteutuuko osallisuus terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä ja millä tavalla kotkalaiset voivat itse vaikuttaa terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kysely toteutettiin paperikyselynä ja internetkyselynä Kotkan Korttelikodeissa, Kumppanuustalo Viikarissa ja Kotka-Kymin seurakunnan arkiruokailuissa kahdessa toimipisteessä. Kysely toteutettiin elo- ja syyskuun vaihteessa 2017. Vastauksia saatiin yhteensä 125 kappaletta ja vastausprosentti oli 61 %. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla.</p> <p>Tutkimuksessa selvisi, että suurin osa vastaajista koki terveyttä edistävät palvelut erittäin tärkeiksi. Kotkan terveyttä edistäviin palveluihin oli suurin osa vastaajista tyytyväisiä. Osallisuutta tarkasteltaessa vajaa kolmasosa vastaajista koki, ettei terveyden edistämisen palveluiden kehittämiseen voi itse vaikuttaa. Vastaajat kokivat vaikuttavansa asioihin antamalla palautetta, kertomalla mielipiteensä, äänestämällä ja vapaaehtoistominnan kautta. Merkittävimmät syyt osallistumattomuuteen liittyivät joko siihen, että vastaajat kokivat, että eivät pystyneet tai eivät tieneet miten he voisivat vaikuttaa. Näiden lisäksi osa vastaajista koki, että he eivät jaksaneet yrittää vaikuttaa. Vaikuttamishalukkuuteen vähentäväsi vaikutti vastaajan pienituloisuus ja matala koulutustaso.</p> <p>Suurin osa kyselyyn vastanneista toivoisi ja haluaisi vaikuttaa nykyistä enemmän terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen kehittämiseen vastaajat halusivat osallistua joko vastaamalla internetkyselyyn tai postikyselyyn. Tutkimuksemme perusteella voisi päätellä, että kaupunki voisi tuoda asukkailleen enemmän esille, kuinka he voivat vaikuttaa kuntalaisina terveyden edistämisen palveluihin. Vaikuttamisesta voisi yrittää myös tehdä kuntalaisille helpommaksi.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
eriarvoisuus, hyvinvointi, kunta, osallisuus, terveydenedistäminen		

<b>Author (authors)</b>  Kati Kataikko, Petra Koivula	<b>Degree</b> Bachelor of Health Care, Nursing	<b>Time</b>  February 2018
<b>Thesis Title</b> Experiences of citizen of Kotka of participation in the development of health promoting services		59 pages 11 pages of appen- dices
<b>Commissioned by</b> Kotka's Health Promotional Unit, Cordinator Johanna Sipari		
<b>Supervisor</b>  Sari Engelhardt		
<b>Abstract</b>  <p>The purpose of this thesis was to survey how well the citizens of Kotka contribute to developing health promotional services. The purpose of this thesis was also to study if citizens of Kota are involved in developing health promotional services and in which way they can contribute to this development.</p> <p>The study was conducted by using the quantitative research method. The inquiry was done in paper and Internet form in four units of Kotka's Korttelikoti, Kumppanuustalo Viikari and at the lunches of Kotka-Kymi church. The research material was collected at the end of August and the beginning of September 2017. The total number of re- sponses was 125 and the total response rate was 61 %. The responses were analyzed with SPSS-program.</p> <p>The results showed that the majority of participants considered the services of the health promotion very important and were satisfied with these services in Kotka. Less than a third of the participants said that they could not participate in developing the ser- vices of the health promotion. The participants said that they were affecting the matters by giving feedback, expressing their own opinions, voting and being involved in volun- tary activities. Those who thought that they did not participate said that it was because they were not able to do it or did not know how they could influence matters. Some of the participants said that they did not have the strength to try. The participants with a low salary and education level were the least willing to participate.</p> <p>Most of the participants would like to participate more in the health promotion. Espe- cially they wanted to participate by answering Internet or mail inquiries. On the basis of the results, the city of Kotka should give information to how the citizens of Kotka can participate in the services of the health promotion. Also, the participation could be made easier.</p>		
<b>Keywords</b>  social inequality, welfare, commun, participation, health promotion		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN MÄÄRITTELY .....	7
2.1	Hyvinvointi.....	7
2.2	Terveys .....	8
2.3	Koettu terveys.....	10
2.4	Kotkalaisten terveys ja hyvinvointi .....	11
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN .....	13
3.1	Terveyttä edistävä politiikka .....	14
3.2	Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä.....	15
3.3	Terveyttä edistävä ympäristö .....	16
3.4	Terveyden edistämisen palvelut.....	17
3.5	Terveyden edistämisen haasteet .....	18
4	OSALLISUUS.....	20
4.1	Osallisuuden edistäminen .....	22
4.2	Osallisuus käytännössä sosiaali- ja terveystalouksissa .....	23
5	KUVAUSTA KOTKASTA .....	25
5.1	Terveyttä edistävät palvelut.....	25
5.2	Korttelikodit, Kumppanuustalo Viikari ja Kotka-Kymin seurakunta .....	27
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	28
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	28
7.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	28
7.2	Tutkimuksen kohderyhmä .....	29
7.3	Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laadinta .....	30
7.4	Aineiston analysointi.....	31
8	TUTKIMUSTULOKSET .....	32
8.1	Taustakysymykset .....	33
8.2	Terveyttä edistävät palvelut.....	36

8.3	Vaikutusmahdollisuudet ja halu vaikuttaa terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen.....	40
9	POHDINTA.....	47
9.1	Tulosten tarkastelu .....	47
9.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	49
9.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	52
	LÄHTEET .....	54

## LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa
- Liite 2. Tutkimustaulukko
- Liite 3. Muuttujataulukko
- Liite 4. Kyselylomake
- Liite 5. Saatekirje
- Liite 6. Sisällönanalyysi

## 1 JOHDANTO

Osallisuus on tärkeä ja ajankohtainen aihe, joka on mukana myös nykyisessä hallitusohjelmassa. Lisäämällä osallisuutta voidaan ehkäistä syrjäytymistä ja vähentää eriarvoisuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b; Osallisuuden edistäminen s.a.) Osallisuuden toteutuminen on osa terveyden edistämistä. Suomen terveystalouden tavoitteena on jo yli 40 vuoden ajan ollut kansalaisten mahdollisimman hyvä terveys ja sen tasainen jakauma kaikille. Terveyden edistämisen suurimpia haasteita on eriarvoisuus, erot sosioekonomisten ryhmien kesken ovat edelleen suuria. (Sihto ym. 2013, 9; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Terveyden edistäminen on kunnan perustehtävä, josta säädetään laissa. Kunnan tai kuntayhtymän tulee järjestää asukkailleen riittävät terveyden- ja hyvinvoinninpalvelut. Kuntien tulee ottaa päätöksenteossaan huomioon myös päätösten ja ratkaisujen vaikutukset kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. (Terveyden edistämien kunnissa s.a.) Jokaisen tulee olla itse aloitteellinen ja pitää huolta itsestään ja läheisistään, kunnan tehtävänä on mahdollistaa asukkaidensa aktiivisuus. Kunnan tuottamilla palveluilla on tärkeä rooli kuntalaisten terveyden edistämässä ja kunnan tehtävä on mahdollistaa kuntalaisille omasta terveydestään huolehtiminen. (Pentikäinen 2014, 32–36.)

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Tutkimuksen toimeksiantaja on Kotkan kaupungin terveydenedistämisyksikkö. Tutkimus on jatkotutkimusaihe opinnäytetyöstä ”Terveyttä edistävä ja ennaltaehkäisevä työ kuntalaisille Kotkan kaupungissa” (Erikäinen & Sutinen 2016). Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kotkalaisten kokemuksia osallisuudesta terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään osallisuutta, terveyden edistämistä sekä terveyden ja hyvinvoinnin määritelmiä. Opinnäytetyö on kvantitatiivinen tutkimus, jonka kohderyhmänä olivat Kotkan alueen Korttelikotien, Kumppanuustalo Viikarin ja seurakunnan arkiruokailujen asiakkaat. Tutkimuksessa haluttiin tuoda esille pienempituloisten ja työelämän ulkopuolella olevien asukkaiden mielipiteitä osallisuudesta.

## 2 HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN MÄÄRITTELY

### 2.1 Hyvinvointi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015c) mukaan hyvinvointi jaetaan yleensä kolmeen osatekijään. Nämä osatekijät ovat terveys, materiaallinen hyvinvointi ja koettu hyvinvointi tai elämänlaatu. Suomen kielessä hyvinvointikäsitettä voidaan käyttää tarkoittaessa yksilön hyvinvointia tai yhteisötason hyvinvointia. Yksilön hyvinvointiin liittyviä osatekijöitä ovat sosiaaliset suhteet, sosiaalinen pääoma, itsensä toteuttaminen ja onnellisuus. Yhteisötason hyvinvoinnin osatekijät ovat elinolot sekä työhön ja koulutukseen liittyvät asiat. Jos yksilön materiaaliset elinolot ovat hyvät, mutta yksilöllä on terveys- ja perheongelmia, ei hän ole hyvinvoiva. Toisaalta, jos yksilö elää materiaalisesti vaatimattomissa olosuhteissa terveenä, perheensä ja ystäviensä ympäröimänä sekä kokee olevansa arvostettu yhteisön jäsen, voi hän elinolosuhteista huolimatta olla hyvinvoiva ja onnellinen. (Moisio ym. 2008, 28; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015c.)

Hyvinvointi on ilmiönä moniulotteinen. Vuonna 2008 Ranskan presidentti Nicholas Sarkozyn aloitteesta joukko tutkijoita aloitti selvityksen koskien bruttokansantuotteen rajoja. Selvityksen muut tavoitteet olivat kehittää parempia mittareita talouden suorituskyvyn ja yhteiskunnan edistyksen indikaattoreiksi. Selvitystä on kutsuttu Stiglitzin komissioksi puheenjohtaja Joseph Stiglitzin mukaan. Komission raportti muodostuu kolmesta osiosta, jotka ovat bruttokansantuotetta koskevat kysymykset, elämänlaadun mittaaminen sekä kestävä kehitys ja ympäristö. Raportissa kuvataan hyvinvointia ja onnellisuutta moniulotteiseksi usean indikaattorin avulla mitattavaksi. (Hamunen 2009.)

Väestöön liittyvät muutokset vaikuttavat hyvinvointiin ja elinoloihin. Yhden hengen talouksien määrä on kasvanut, koska yksinasuvien määrä ikääntyneissä ja nuorissa aikuisissa on lisääntynyt. Haja-asutusalueilla väestön määrä vähenee, kun vastaavasti väestön määrä kasvukeskuksissa lisääntyy. Tästä syystä palvelut haja-asutusalueilta poistuvat ja siellä asuvien sosiaaliset suhteet vähenevät. Suuren kysynnän vuoksi kasvukeskuksissa asumiskustannukset nousevat ja työmatkat pitenevät. Muutto uudelle paikkakunnalle voi aiheuttaa yksinäisyyttä, koska mahdollisesti perhe ja ystävät asuvat muualla.

Bruttokansantuotteen mukaan suomalaisten elintaso on hyvä, mutta tuloerot kasvoivat erityisesti 1990-luvun lopulla. (Moisio 2008, 31–32.)

Työoloja kuvastaa 2000-luvulla työsuhteiden epävarmuus, sosiaalinen työympäristö, henkinen kuormitus ja monipuolinen työnkuva. Negatiivinen seuraus työolojen muutoksessa on työuupumisien lisääntyminen. Positiivisia asioita ovat työssä kehittymisen ja kouluttautumisen mahdollisuus. Osalla on ollut mahdollisuus vaikuttaa lisäksi työnsä sisältöön. Työttömyys vaikuttaa hyvinvointiin. Tilastokeskuksen (2017a) mukaan syyskuussa 2017 työttömyysaste oli 8,0 %. Hyvinvoinnin yksi keskeinen osa-alue on osaaminen eli koulutustaso. Peruskoulutustason työllistyminen nykyisillä työmarkkinoilla on vaikeampaa, ja voi olla osa syy syrjäytymiseen. (Moisio 2008, 29–32.)

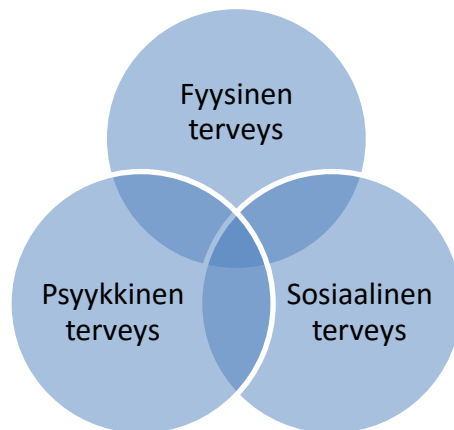
## 2.2 Terveys

Sanaa terveys on vaikea määritellä lyhyesti. Terveiden määritteitä on kymmeniittäin, koska eri tieteenalat määrittelevät sanan oman tieteenalansa näkökulmasta. Sanallisten määritteiden lisäksi terveyttä määritellään erilaisin kuvin havainnollistaen, esimerkiksi janan ja spiraalin avulla. Vertio (2003) toteaa: ”Terveys on moniulotteinen, laaja-alainen, yksilöllinen ja yhteiskunnallinen, subjektiivinen kokemus.” Tärkeänä pidetään ihmisen subjektiivista kokemusta omasta terveydestään. Kun liikuntarajoitteisen ihmisen elinympäristössä on huomioitu hänen liikuntarajoituksensa ja hänellä on ystäviä, jotka auttavat ja tukevat häntä, voi hän itse kokea olevansa terve. Subjektiivista kokemusta terveydestä tukee myös Lehtosen (2008) tekemä tutkimus ikääntyneiden kokemuksia terveydestä ja terveyden edistämisestä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet kokivat terveyttä, vaikka kaikilla osallistuneilla oli säännöllistä lääkehoitoa vaativa diagnosoitu sairaus. Tutkimuksessa tuli esiin terveyden arvon muuttuminen ihmisen elinkaaren aikana. Osallistujat olivat pitäneet terveyttä nuorena itsestäänselvyytenä, mutta ikääntymisen myötä terveyden arvo oli noussut. Terveys on asia, joka mahdollistaa useita asioita. Terveiden menettäminen koettiin ahdistavana ja masentavana asiana. Tämä aiheutti huolta turvallisuudesta ja omien asioiden hoitamisesta. (Vertio 2003, 15, 27; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10; Lehtonen 2008; Huttunen 2015.)



World Health Organization (2016), Maailman terveysjärjestön määritelmä terveydestä on vuodelta 1948. Sen mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä ainoastaan sairauksien ja toiminnanvajavuuden puuttumista. WHO:n määritelmää on vuosien ajan kritisoitu, koska sen määrittelemää tilaa on mahdoton tavoittaa. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016a) määrittää sanan terveys seuraavasti: ”Fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tila. Laajempi merkitys, kuin pelkkä vaivan tai sairauden puute. Voimavara, jonka avulla myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä ylipäänsä voivat toteutua. Terveys on inhimillinen perusarvo ja välttämätön sosiaaliselle ja taloudelliselle kehitykselle.”

Terveydellä on kolme perusulottuvuutta. Ulottuvuudet ovat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveys. Kuten kuvassa 1 terveyden ulottuvuudet kuvataan usein päällekkäisinä ympyröinä. Kuva auttaa hahmottamaan ja ymmärtämään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden kokonaisuudeksi. (Vertio 2003, 26.)



Kuva 1. Terveyden ulottuvuudet (Vertio 2003, 26)

Fyysinen terveys pitää sisällään ihmisen biologisen elimistön, kuten hengityksen, ruuansulatuksen ja liikuntakyvyn. Koska kyse on terveydestä, lähtökohdiana on elimistön virheetön toiminta. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10; Kannas ym. 2010, 20.)

Psyykinen terveys on ihmisen kykyä hyödyntää henkisiä voimavarojaan. Psyykinen terveys muodostuu kolmesta osa-alueesta. Nämä ovat emotio-

naalinen, mentaalinen ja henkinen terveys. Kun ihminen ilmaisee omia tunteitaan ja lukee toisten ihmisten tunteita, hän toiminnallaan ilmentää emotionaalista terveyttä. Kyky oppia on asia, joka liittyy mentaaliseen terveyteen. Henkiseen terveyteen liittyy elämänhallinnan tunne. Kun ihminen kokee, että arki on mielekästä ja hänen elämä on merkityksellinen, on hänen henkinen terveytensä tällöin vahva. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10; Kannas ym. 2010, 20.)

Kyky luoda ihmissuhteita ja ylläpitää niitä, kuvaavat sosiaalista terveyttä. Sosiaalisten suhteiden luontiin ja ylläpitämiseen vaikuttavat jokaisen ihmisen omat sosioemotionaaliset taidot. Näistä taidoista merkittävin on luottamus. Luottamus toisiin ihmisiin ja siihen, että itse on luotettava. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10; Kannas ym. 2010, 20.)

### **2.3 Koettu terveys**

Kun puhutaan koetusta terveydestä, tarkoitetaan henkilön itsensä kokemaa tuntemusta omasta yleisestä terveydentilastaan. Koettu terveys vaihtelee ikäryhmittäin. Keskiarvona suomalaisista reilu kolmannes kokee oman terveytensä enintään keskinkertaiseksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Elämäntilanne ja elämänkulku vaikuttavat siihen, mikä terveyden kolmesta ulottuvuudesta on korostunut suhteessa toisiinsa. Osalle ihmisistä fyysinen terveys on hyvin tärkeää, kun vastaavasti joillekin sosiaalinen terveys on tärkeintä. Painopisteestä huolimatta kokonaisuus vaikuttaa koetun terveyden tunteeseen. (Kannas ym. 2010, 21.)

Taulukoissa 1 ja 2 esitetään suomalaisten koettua terveyttä vuosina 2013–2015. Prosenttiluvut osoittavat sitä, kuinka moni vastaajista koki terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi. Tutkimustulokset ovat Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta, joka toteutettiin vuosina 2013–2015. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.)

Taulukko 1. ATH-tilastokuviot, keskitasoinen tai sitä huonompi koettu terveys ikäryhmittäin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a)

Alue	Kaikki Miehet / naiset	20–54-v. Miehet / naiset	55–74-v. Miehet / naiset	75+ -v. Miehet / naiset
Suomi	38 % 38,4 % / 37,7 %	27,8 % 29,1 % / 26,6 %	46,0 % 48,0 % / 44,2 %	67,9 % 66,0 % / 69,2 %
Kymenlaakso	43,4 % 42,9 % / 43,8 %	33,5 % 33,5 % / 33,7 %	47,9 % 49,7 % / 46,4 %	67,6 % 67,8 % / 67,4 %
Kotka	44,7 % 45,1 % / 44,3 %	34,9 % Ei saatavilla tie- toa	50 % Ei saatavilla tie- toa	69,9 % Ei saatavilla tie- toa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa 38 % kaikista vastanneista 20-yli 75-vuotiaista koki terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi. Sukupuolella ei ole erityistä merkitystä mitattaessa koettua terveyttä. Vastajien koettu terveys on keskitasoinen tai sitä huonompi, mitä vanhempaa ikäryhmää tarkastellaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.)

Ikääntyminen aiheuttaa fyysisen toimintakyvyn alenemista, mahdollisesti yksinäisyyttä ja masennusta. Pienituloisuus, ongelmat palveluiden saatavuudessa ja tyytymättömyys ovat riskitekijöitä, jotka saavat ikääntyneet tuntemaan terveyden ja toimintakyvyn huonoksi. Viime vuosien tutkimukset osoittavat, että koettu terveys on keski-ikäisten ja iäkkäiden osalta viime vuosikymmenien aikana parantunut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Pursio (2016) pro gradu -tutkimuksessaan ”Työttömien kokemuksia terveyttä edistävästä hyvinvointipalveluista” kuvaa tuloksissaan, että työttömät kokevat tarvitsevansa tukea fyysisen ja psyykkisen terveyden parantamiseen. Lisäksi he kokevat tarvitsevansa tukea elämänhallinnan vahvistamiseen sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. (Pursio 2016, 49.)

## 2.4 Kotkalaisten terveys ja hyvinvointi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa on nähtävissä, että Kymenlaaksossa, koko Suomeen verrattuna, on enemmän asukkaita, jotka kokiivat terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi. Kymenlaaksoa kuvaava luku on 43,3 %. Kotkan lukuja verrattaessa koko Suomeen, on määrä vielä suurempi, 44,7 %. Tilastotietoja ikäryhmittäin ei ole Kotkan osalta saatavilla, koska Kotka ei ole ostanut näitä tutkimustietoja. Hyvinvointikompassi on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima tilastotietoa sisältävä internet-

sivusto. Sivustoon on kerätty tietoa liittyen kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen. Elinoloja tarkasteltaessa Kotkan ongelma suhteessa muuhun Suomeen on vaikeasti työllistyvien määrä. Kotkassa vaikeasti työllistyviä kuvaava luku on 9,7 %, koko maassa 6 %. Kotkassa koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17–24-vuotiaiden määrä on 14 %, vastaava luku koko maassa 8,6 %. Pienituloisuus indikaattori kuvaa pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien henkilöiden osuuden prosentteina kaikista alueella asuvista henkilöistä. Pienituloisuusaste Kotkassa vuonna 2015 oli 15,6 %, vastaava luku koko maassa on 12,7 %. Tilastollisesti pienituloisuus tarkoittaa usein samaa asiaa kuin suhteellinen köyhyys. Suhteellisesta köyhyydestä puhuttaessa tarkoitetaan ihmisen kykyä saavuttaa yhteiskunnassa odotettu, kohtuullinen vähimmäiselintaso. Koettuun terveyteen vaikuttaa mahdollisesti sairastavuus. Sairastavuus on Kotkassa koko maan keskiarvoa suurempi. Ikävakioitu sairastavuusindeksi (2013) oli Kotkassa 121,5. Koko Suomea kuvaava luku oli 100. Sairastavuusindeksi kuvaa alueen sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a; Osallisuuden edistäminen s.a.)

Terveys 2011 -tutkimuksesta vastasi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus oli jatkoa Terveys 2000 -tutkimukselle. Terveys 2011 -tutkimukseen kutsuttiin aiemmassa tutkimuksessa olleet, sekä tutkimukseen otettiin uusi satunnaisotos 18–28-vuotiaita. Tuloksista kävi ilmi, että koettu terveys heikkenee johdonmukaisesti iän myötä. Oman terveyden kokeminen huonoksi tai melko huonoksi yleistyi ikävuosien kasvaessa. Osallistuneista terveytensä arvioi huonoksi tai melko huonoksi 30–44-vuotiaista noin 4 %, 55–64-vuotiaista 9 %, ja 75 vuotta täyttäneistä 21 %. Naisten ja miesten välillä ei ole koetun terveyden osalta merkittävää eroa. Kun verrataan Terveys -2000 ja Terveys 2011 -tutkimuksia, on havaittavissa, että terveytensä hyväksi ja melko hyväksi kokevien osuus oli suurempi Terveys 2011 -tutkimuksessa. (Koskinen ym. 2012, 77–78.)

Taulukossa 2 esitetään Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimukseen vastanneiden kokema keskitasoinen tai sitä huonompi koettu terveys koulutuksen mukaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a).

Taulukko 2. ATH-tilastokuviot, keskitasoinen tai sitä huonompi koettu terveys koulutuksen mukaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a)

Alue	Koulutustaso Matala	Koulutustaso Keskitasoa	Koulutustaso Korkea
Suomi	44,1 %	34,2 %	29,5 %
Kymenlaakso	46,1 %	40,0 %	39,3 %

Sosioekonominen asema ja työllisyystilanne vaikuttavat koettuun terveyteen. Korkeakoulutuksen opiskelleet, toimihenkilöt tai suurituloiset kokevat terveytensä paremmaksi kuin vastaavasti matalan koulutustason suorittaneet, työntekijäammateissa toimivat ja pienituloiset. Työttömät kokevat terveytensä huonommaksi kuin työssä käyvät. Koko Suomea tarkasteltaessa ero matalan ja korkean koulutustason välillä oli suurempi kuin tarkasteltaessa tätä eroa Kymenlaakson osalta. Koulutus ei näin ollen ole Kymenlaaksossa niin merkittävässä roolissa kuin koko Suomea tarkasteltaessa. Tutkimuksesta ei ole saatavilla lukuja pelkästään Kotkan alueelta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.)

### 3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistäminen antaa ihmiselle mahdollisuuden vaikuttaa ja parantaa terveyttensä. Se mahdollistaa ihmiselle sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöönsä vaikuttamisen. Terveyden edistäminen on laaja kokonaisuus, johon liittyy useat yhteiskunnan palvelut ja toiminnot. Terveyden edistäminen kohdistuu yhtä aikaan yksilöön kuin myös yhteisöön, koska terveyden edistämässä ei ole kyse pelkästään yksilön terveydestä. (World Health Organization 1986; Vertio 2003, 29.)

Terveyden perusedellytysten tulee olla lujalla pohjalla, jotta terveyden edistäminen onnistuisi. Perusedellytyksiä ovat rauha, ravinto, tulot, vakaat ekologiset olosuhteet, koulutus, sosiaalinen oikeuden mukaisuus sekä tasa-arvo. Lähtökoh- tien parhaaseen mahdolliseen terveyteen tulisi olla samat kaikille. Terveystien vähentäminen ja tasa-arvoisuus antavat parhaat mahdollisuudet terveyden

edistämisen toimille. (World Health Organization 1986.) Lähtökohtana terveyden edistämässä on se, että ihminen toimii itse aktiivisesti elämässään (Pietilä 2010, 11).

Terveyden edistämiseen liittyy terveydenhuollon lisäksi esimerkiksi hallituksen, kunnan, järjestöjen, elinkeinoelämän ja tiedotusvälineiden toiminta. Yhteiskuntapolitiikka, ympäristö sekä terveydenhuollon palvelujen uudistaminen ja järjestäminen ovat terveyden edistämisen kannalta oleellisia asioita. (World Health Organization 1986; Pietilä 2010, 10.)

### **3.1 Terveyttä edistävä politiikka**

Terveyspolitiikalla on merkittävä vaikutus kansanterveyteen. Yhteiskunnan muutoksilla on monia vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin. Suomen terveyspolitiikan tavoitteena on jo yli 40 vuoden ajan ollut kansalaisten mahdollisimman hyvä terveys ja sen tasainen jakauma kaikille. (Sihto ym. 2013, 9.) Sosiaali- ja terveysministeriöllä on vastuu valvoa ja ohjata terveyden edistämisen toimia Suomessa (Terveyden edistäminen s.a.).

Nykyisessä hallitusohjelmassa on kymmenen vuoden tavoitteena asetettu suomalaisten hyvinvoinnin parantuminen ja se, että kansalaiset kokevat pärjäävänsä eri elämäntilanteissa. Hallituskauden tavoitteiksi on määritetty muun muassa terveys- ja hyvinvointierojen pieneneminen, terveydenedistämisen ja varhaisen puuttumisen edistyminen kaikkien toimijoiden kohdalla, eri-ikäisten tukeminen siinä, että he kantaisivat vastuuta omasta terveydestään sekä se, että ikääntyneiden ja perheiden hyvinvointi ja palvelut paranisivat. Hallitusohjelmaan on merkitty myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoite parantaa peruspalveluita sekä tietojärjestelmiä ja sosiaaliturvan uudistus, jonka tarkoituksena olisi kannustaa työssäkäyntiin ja osallistuvuuteen. Hallituskauden kärkihankkeiksi on nimetty muun muassa palveluiden saaminen asiakaslähtöisiksi, terveyden ja hyvinvoinnin parantuminen ja eriarvoisuuden väheneminen sekä työllistymisen parantuminen. (Valtioneuvosto 2015, 20–22; Larivaara 2016, 4.)

Terveyttä kaikissa politiikoissa -malli on keskeinen osa Suomen terveyspolitiikkaa niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. Mallin tavoitteena on,

että terveysvaikutukset, terveyshaittojen välttäminen ja yhteisten etujen etsiminen otetaan huomioon kaikkien sektoreiden päätöksenteossa. Tavoitteena on kansalaisten terveyden edistäminen sekä terveyserojen pienentäminen. Terveys ja tasa-arvoisuus ovat tärkeitä myös yhteiskunnallisten tavoitteiden kannalta, koska terve ja hyvinvoiva ihminen oppii paremmin, voi paremmin ja pysyy pidempään työkykyisenä. (Leppo ym. 2013, 6; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016d.)

### **3.2 Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä**

Terveiden edistäminen on kunnan perustehtävä, josta säädetään kuntalaissa ja terveydenhuoltolaissa. Kunnissa tai kuntayhtymissä tulee olla pysyviä tahoja, jotka osallistuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Tällaisia tahoja ovat muun muassa hyvinvointityöryhmät ja terveyden edistämisen koordinaattorit. Kuntien tulee ottaa päätöksenteossa huomioon päätösten ja ratkaisujen vaikutukset kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Terveyserojen kaventaminen on yksi tärkeimmistä asioista, jonka edistämiseksi kunnan tulisi toimia. Jokaisella kunnan toimijalla on omat vastuualueensa. Kuntalaisten tarpeet tulisi olla toiminnan perusteena, koska hyvinvoivat kuntalaiset vaikuttavat positiivisesti kunnan talouteen. (Institutet för hälsa och välfärd 2011, 5, 31; Terveiden edistäminen kunnissa s.a.)

Kunnan tulee myös seurata asukkaidensa hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä sekä asettaa terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteet ja määrittää niitä tukevat toimet. Valtuustokausittain tulee valmistella laaja hyvinvointikertomus. Kunta toteuttaa terveyden edistämisen yhteistyössä eri toimialojensa, eri julkisten ja yksityisten toimijoiden tai muiden kuntien kanssa. Terveidenhuolto toimii kunnassa terveyden edistämisen asiantuntijana. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tukee kuntia ja sairaanhoitopiirejä terveyden edistämässä. (Terveiden edistäminen kunnissa s.a.)

Poukan (2011, 31–32) tutkimuksen mukaan terveyden edistäminen kunnissa perustuu hyvin kansallisiin terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin ohjelmiin. Terveiden edistämisen asiantuntijoiden tehtävät ovat myös hyvin pitkälti sa-

moja, mitä THL määrittelee heidän tehtäväkseen. Keskeisiksi tehtäviksi tutkimuksessa ilmoitettiin kehittäminen, koordinointi, päätöksenteko- ja strategia-työ sekä yhteistyö paikallisten ja valtakunnallisten toimijoiden kanssa.

Kunnissa tärkeä suunnittelun, arvioinnin ja seurannan työväline on hyvinvointikertomus (Terveysten edistäminen kunnissa s.a.). Pentikäisen (2014, 32–36) tutkimuksen mukaan hyvinvointikertomus antaa tietoa väestön hyvinvoinnista. Se kertoo kuntalaisten hyvinvoinnin vahvuudet sekä ongelmat ja esittää myös toimia tilanteen kehittämiseen. Hyvinvointikertomuksen koetaan esimerkiksi ohjaavan asiakaslähtöisyyteen ja ennaltaehkäisevään työhön, tuovan enemmän ymmärrystä päätöksentekoon ja laajentavan näkökulmaa sekä nostavan asiakkaan tarpeet palvelujen suunnittelun lähtökohdaksi. Jokaisen tulisi kantaa vastuuta ja pitää huolta omasta ja läheistensä hyvinvoinnista sekä olla aloitteellinen, sillä yhteiskunta ei voi määrätä ketään voimaan hyvin. Kunnan tehtävä on kuitenkin mahdollistaa asukkaidensa aktiivisuus. Kunnan tuottamalla palveluilla on selkeästi tärkeä rooli kuntalaisten terveyden edistämässä ja kunnan tehtävä on mahdollistaa kuntalaisille omasta terveydestään huolehtiminen.

### **3.3 Terveyttä edistävä ympäristö**

Ympäristöterveydellä tarkoitetaan elinympäristön tilaa, joka pitää yllä ja edistää ihmisen terveyttä. Ympäristöterveyteen kuuluvat terveyteen ja sairauteen liittyvät asiat, joihin ympäristötekijät voivat vaikuttaa. Terveysteen vaikuttavia ympäristötekijöitä ovat kemialliset, fysikaaliset, biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Tartuntataudit, ilmansaasteet ja pienhiukkaset, melu ja ionisoiva säteily ovat esimerkkejä näistä. (Vähäkangas & Tuomisto 2010, 53–60.) Ilman puhtaus, melu ja veden laatu ovat muun muassa tärkeitä tekijöitä, jotka vaikuttavat ympäristön terveyteen. Ympäristöterveydenhuolto pitää huolta siitä, että elinympäristön tekijät, esimerkiksi pienhiukkaset, tupakan savu tai melu eivät aiheuta haittaa terveydelle. Yhdyskuntarakenteiden tasapainoisuus, turvallisuus, viihtyvyys sekä sosiaaliset kontaktit vaikuttavat myös terveyteen. (Elintavat ja ympäristö s.a.)



Terveyttä edistävä ympäristö on esteetön, turvallinen, viihtyisä, virikkeellinen ja sosiaalista hyvinvointia edistävä. Elinympäristöksi luetaan luonnonympäristön lisäksi rakennettu, sosiaalinen, kulttuurinen sekä taloudellinen ympäristö. Terveyttä edistävät ratkaisut ja näkökulmat tulisi ottaa huomioon yhdyskuntarakentamisessa, esimerkiksi suunnittelussa ja kaavoituksessa sekä liikenne-ratkaisuissa, kuten kevyenliikenteen väylissä ja joukkoliikenteessä. Myös erityisryhmien tarpeet ja esteettömyys ovat tärkeitä ottaa huomioon. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 21–22.)

Ympäristöterveydenhuollon tehtävänä on suojella ihmisiä ja eläimiä ympäristön aiheuttamilta haitoilta. Ympäristöterveydenhuollon lainsäädäntöä valvovat Sosiaali- ja terveysministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö. (Ympäristöterveydenhuollon järjestäminen s.a.) Terveydensuojelulain (19.8.1994/763 2. §) mukaan ”elinympäristöön vaikuttava toiminta on suunniteltava ja järjestettävä siten, että väestön ja yksilön terveyttä ylläpidetään ja edistetään.”

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja Elintarviketurvallisuusvirasto (Evira) valvovat ja ohjaavat sitä, että lainsäädäntö toteutuu valtakuntatasolla. Kunnat vastaavat valvonnasta ja toimeenpanosta omilla alueillaan. Kuntien vastuulla ympäristöterveydenhuollossa ovat muun muassa elintarvikevalvonta, terveydensuojelu, tupakkavalvonta, kemikaalivalvonta, eläinlääkintähuolto ja ympäristöterveyshaittojen arviointi ja erityistilanteisiin puuttuminen. (Ympäristöterveydenhuollon järjestäminen s.a.)

### **3.4 Terveyden edistämisen palvelut**

Kuntalain (10.4.2015/410 1.§) mukaan ”kunta edistää asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa sekä järjestää asukkailleen palvelut taloudellisesti, sosiaalisesti ja ympäristöllisesti kestäväällä tavalla.” Terveydenhuolto-laissa (30.12.2010/1326 4.§) määrätään, että ”kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin.”

Terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat sairauksien ennaltaehkäiseminen, tutkimukset, joita tarvitaan sairauden toteamiseen sekä sairauden hoito ja kuntoutus. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee järjestää terveydenhuollon palvelut niin, että ne ovat yhdenvertaisesti kaikkien kuntalaisten saatavissa. Palvelujen tulee olla laajuudeltaan ja sisällöltään sellaisia kuin kunnan asukkaiden hyvinvointi, potilas- ja sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila edellyttävät. Kunnan tulee järjestää alueellaan sairaanhoitopalvelut, kotisairaanhoito, suun terveyden palvelut, tarvittava mielenterveys- ja päihdehoito sekä sairaanhoitoon kuuluva lääkinnällinen kuntoutus. Lain perusteella kunnan tulee huolehtia myös kuntalaisten terveyttä edistävästä palveluista ja terveysneuvonnasta, seulontojen järjestämisestä, neuvolapalveluista ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä työterveyshuollon järjestämisestä sekä ympäristöterveydenhuollosta. (Terveydenhuoltolaki 7a§, 10§, 24–29§.)

Terveydenhuollon palveluiden lisäksi kunnan terveyttä edistäviä palveluita ovat esimerkiksi sosiaalipalvelut sekä kulttuuri-, vapaa-aika- ja liikuntapalvelut, koulutus ja kirjastot. Kunnan liikuntatoiminnalla esimerkiksi on pystytty edistämään kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia, ehkäisemään syrjäytymistä ja lisäämään osallisuutta sekä vähentämään päihteiden käyttöä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b.)

### **3.5 Terveyden edistämisen haasteet**

Terveyden edistämisen suurimpia haasteita on eriarvoisuus. Vaikka terveys ja hyvinvointi ovat yleisesti parantuneet, erot sosioekonomisten ryhmien kesken ovat kuitenkin suuria. Hyvinvointierojen pienentäminen on ollut tavoitteena pitkään, mutta siinä ei ole edistytty. Sosioekonomiseen asemaan vaikuttavat tulot, asumistaso ja omaisuus. Näiden hankkimiseen taas vaikuttavat koulutus, ammatti ja työ. Koulutus vaikuttaa ihmisen tietoihin, taitoihin ja arvoihin ja ammattiasemaan. Työ, ammatti ja asuinpaikka vaikuttavat taas ihmisen tuloihin ja toimeentuloon, taloudellinen tilanne taas säätelee kulutustapoja ja asuinoloja. Sosiaalinen eriarvoisuus tulee esille lähinnä terveyseroina. Vähävaraisilla ei aina ole välttämättä samanlaista mahdollisuutta käyttää tarvitsemiaan terveyspalveluita. Terveydenhuoltojärjestelmäkin lisää näin eriarvoisuutta. Terveyserojen kaventaminen ja sosioekonomisten erojen pieneneminen pidentävät

työuria, lisää työn tuottavuutta, vähentää palvelujen tarvetta ja sosiaali- ja terveyskuluja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b; Larivaara 2016, 6.)

Hallituksen eriarvoisuuden vähentäminen -kärkihankkeen tavoitteena on ehkäistä eriarvoisuutta ja syrjäytymistä ja edistää vähävaraisten terveyttä ja hyvinvointia. Tavoitteena on lisätä terveitä elintapoja, edistää mielenterveyttä ja osallisuutta sekä torjua yksinäisyyttä. Onnistuessaan kärkihanke parantaisi psyykkistä ja fyysistä terveyttä ja ehkäisisi sairauksista johtuvaa varhaiselle eläkkeelle joutumista eli näin ollen se pidentäisi työuria, edistäisi työllisyyttä, lisääisi työkykyä ja työhyvinvointia. (Larivaara 2016, 4.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) uudistus jakaa Suomen 18 sote-alueeseen, joiden tehtävänä on vastata 1.1.2020 alkaen alueensa sosiaali- ja terveyspalveluista. Näin ollen kunnat ja kuntayhtymät eivät enää järjestä palveluja. Uudistuksen tarkoituksena on saada yhdenvertaiset ja tasa-arvoiset, laadukkaat ja asiakaslähtöiset sosiaali- ja terveyspalvelut koko maahan. Kuntien aktiivinen rooli kuitenkin tulee säilymään asukkaidensa terveyden edistämisessä. Sote- uudistuksen tavoitteena on myös parantaa asukkaiden valinnanvapautta, koska uudistuksen myötä on laajempi mahdollisuus päättää itse mistä palvelunsa ottaa. (Hallituksen reformi s.a.)

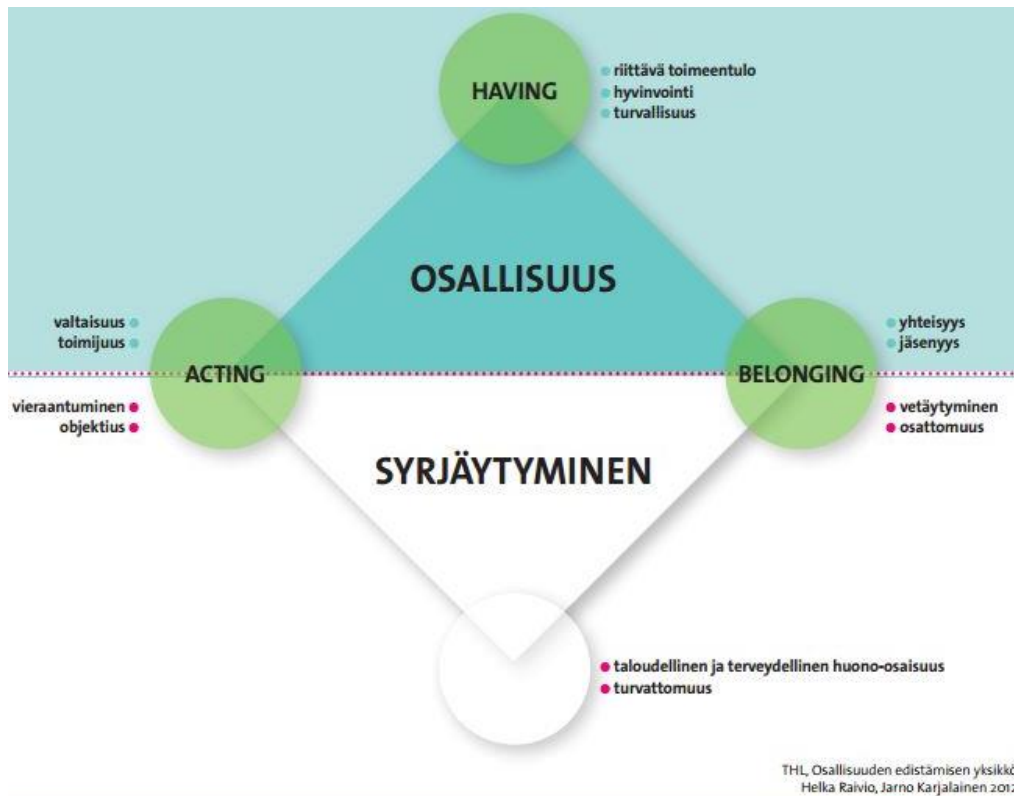
Tulevan sote-uudistuksen vuoksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteutti väestötutkimuksen, jossa tavoitteena oli saada tietoa sosiaalipalveluista väestön ja asiakkaiden arvioimana. Vastaajista 60–70 % luottavat sosiaalipalvelujen toimivuuteen, ammattitaitoiseen henkilöstöön sekä palveluiden lisäävän tasa-vertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta. Henkilöstön kanssa tapahtuvaa vuorovaikutusta selvitettäessä noin 90 % palvelujen käyttäjistä kokee, että heidän äidinkieli ja kulttuuri otettiin huomioon sekä henkilöstö kohteli heitä aina tai useimmiten kunnioittavasti. Lisäksi vastaajista 80 % oli sitä mieltä, että henkilökunta aina tai useimmiten selitti asiat ymmärrettävästi, kuunteli asiakasta ja vastasi asiakkaan kysymyksiin. Vastaavasti kyselyyn vastanneista 75 % vastasi, että ainakin joskus asioiden hoito on monimutkaista ja työlästä. Puolella asiakkaista oli lisäksi kokemuksia luukulta toiselle siirtymisistä, ja asiakkaat kokivat myös, että joutuivat kertomaan samat asiat useaan kertaan. (Ilmarinen ym. 2016.)

## 4 OSALLISUUS

Osallistuminen ja osallisuus sekoittuvat puhekielessä, mutta käsitteinä nämä tarkoittavat eri asioita. Kun henkilö on mukana muiden määrittelemässä tilanteessa, on hän osallistunut. Vastaavasti osallisuus syntyy osallistumisen, toiminnan ja vaikuttamisen kautta. Lisäksi osallisuus on ennakoivaa, siinä katsotaan kohti tulevaisuutta ja se on kokonaisvaltaista. (Kettunen & Kivinen 2012, 40–41.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016b) määrittelee osallisuuden seuraavasti: ”Osallisuus on yhteisöön liittymistä, kuulumista ja siihen vaikuttamista sekä kokemuksen myötä syntyvää sitoutumista. Siihen liittyy oikeus saada tietoa itseä koskevista asioista, mahdollisuus ilmaista mielipiteensä ja sitä kautta vaikuttaa terveyttä ja hyvinvointia määrittäviin tekijöihin. Osallisuus on keskeinen hyvinvointia ja terveyttä tuottava tekijä.” Osallisuus yhteisössä ilmenee jäsenten tasavertaisuutena ja toisten arvostamisena. Osallisena oleminen ilmenee mahdollisuutena asuntoon, terveyteen, koulutukseen, työhön ja toimeentuloon sekä sosiaalisiin suhteisiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

Osallisuudella on kolme ulottuvuutta, jotka ovat esitetty kuvassa 2. Nämä ovat taloudellinen osallisuus, toiminnallinen osallisuus sekä yhteisöllinen osallisuus (Raivio & Karjalainen 2013, 16).



Kuva 2. Osallisuus syrjäytymisen vastaparina (Raivio & Karjalainen 2013, 17)

Kuvassa 2 on havainnollistettu osallisuuden ulottuvuuksien lisäksi vastakohta syrjäytyminen. Taloudellinen osallisuus, having, ilmenee riittävänä toimeentulona, hyvinvointina ja turvallisuutena. Vastaavasti syrjäytymistä edesauttaa, jos henkilö on taloudellisesti ja terveydellisesti huono-osainen sekä kokee turvattomuutta. Toiminnallinen osallisuus, acting, ilmenee yksilön mahdollisuutena vaikuttaa elämäänsä sekä erilaisina toimintamahdollisuuksina. Kun henkilö ei koe pystyvänsä vaikuttamaan elämäänsä eikä toimintamahdollisuuksiinsa, voi syrjäytymisriski kasvaa. Yhteisöllinen osallisuus, belonging, ilmenee yhteisöön kuulumisena ja jäsenyytenä. Henkilö kuuluu yksilönä yhteiskuntaan. Vetäytyminen ja osattomuus ovat yhteisöllisen osallisuuden vastakohtat. Jos yhdessä kolmesta osallisuuden ulottuvuudessa tapahtuu osallisuuden vähenemistä, ei täysimääräinen osallisuus toteudu. Tämän kaltainen tilanne lisää syrjäytymisriskiä. (Raivio & Karjalainen 2013, 15, 17.)

Osallisuutta voidaan tarkastella yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla. Yksilötasolla tuetaan omatoimisuutta ja elämänhallinnan tunnetta. Näin vahvistetaan yksilön uskoa omiin vaikutus- ja toimintamahdollisuuksiinsa. Yksilötasoon sisältyy elämänhallintavalmiuksien ja terveysvalintojen vahvistaminen. Yhteisötasolla osallisuus on osa yhteistoimintaa. Osallisuuden kannalta on tärkeää

järjestön päätöksenteon läpinäkyvyys. Toimintaa kuvaa jäsenien luottamus toisiinsa, yhteisöllisyys, tasavertaisuus, mielipiteiden arvostaminen ja osallisuus. Yhteiskuntatasolla osallisuus tarkoittaa kansalaisten lakisääteistä mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa. Julkisen hallinnon ohjelmissa ja strategioissa tunnustetaan osallisuuden tärkeys, esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön terve ja hyvinvoiva Suomi 2020 -ohjelmassa. Oikeus osallistua, vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen kuuluvat kansalaisten oikeuksiin. Tämä tulee esiin perustuslaissa. (Rouvinen 2011; Särkelä 2011, 156.)

Kailio (2014) pro gradu -tutkielmassaan Kotona asuvien ikäihmisten osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa tutki teemahaastattelemalla kahdeksan ikäihmisen näkemystä asiaan. Tutkimuksen mukaan ikääntyneet haluavat, että hyvinvointipalveluiden suunnittelussa otetaan heidän näkemykset huomioon, tiedonsaantia, he saisivat itse osallistua päätöksentekoon ja että kaiken kaikkiaan heidät otettaisiin huomioon palveluita suunniteltaessa. (Kailio 2014, 38, 58–59.)

#### **4.1 Osallisuuden edistäminen**

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on osallisuuden vahvistaminen. Osallisuutta edistämällä estetään syrjäytymistä sekä vähennetään eriarvoisuutta. Osallisuuden vahvistamiseen kuuluu oleellisena asukkaiden kohtuullinen toimeentulo ja toimivat peruspalvelut. Köyhyys ja syrjäytyminen aiheuttavat terveyseroja, eriarvoisuutta ja kärsimystä. Ehkäisemiskeinoja ovat osallisuuden ja työkyvyn vahvistaminen. Toimilla pyritään vähentämään työttömyyttä, köyhyyttä, ihmisten näköalattomuutta ja osattomuutta. Sosiaaliturvasta ja peruspalveluista huolehtiminen ovat osa ehkäisystrategiaa. Itsenäistä asumista tuetaan palveluilla ja asumistuella sekä torjutaan asunnottomuutta. Tuetaan kieli-, kulttuuri- ja muiden vähemmistö- tai erityisryhmien osallisuutta ja ihmisarvoista elämää. Vahvistetaan hyvinvointia ja turvataan toimeentulo. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016b; Osallisuuden edistäminen s.a.)

Osallisuuden edistäminen on nähtävä monitasoisena edistämiskohteena. Huomio on kiinnitettävä osallisuuden edistämiseksi kulttuurissa, käytännössä sekä rakenteissa ja strategioissa. Sosiaali- ja terveyspalvelut ja työllisyyspal-

velut ovat tärkeässä roolissa osallisuuden edistämisessä. Palkkatyö tarjoaa siteet työyhteisöön ja yhteiskuntaan. Muita tärkeitä osallisuuden vahvistamisessa ovat muun muassa koulut, erilaiset harrastusseurat ja järjestöt sekä seurakunnat. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

#### **4.2 Osallisuus käytännössä sosiaali- ja terveystalveissa**

Käytännön esimerkkejä osallistumisesta ovat tilanteet, joissa asiakas osallistuu ohjaukseen, hoitotoimenpiteeseen tai terveystarkastukseen. Näissä tilanteissa yhdistävänä tekijänä on se, että terveydenhuollon ammattilainen on suunnitellut tilanteen sisällön, aikataulun, paikan ja toteutustavan. Jotta osallisuus toteutuu, on vuorovaikutuksen oltava tasavertaista, molemmat saavat ilmaista mielipiteensä ja päätökset ovat tehty yhteisesti. (Kettunen & Kivinen 2012, 40–41.)

Terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan tasavertainen suhde ei ole helppo asia toteuttaa. Terveydenhuollon ammattilainen on hoitosuhteessa asiakkaaseen, toisin sanoen potilaan palveluksessa. Terveydenhuollon ammattilaiselta tasavertainen hoitosuhde edellyttää uudenlaista oppimiskäsitystä ja kykyä ohjata potilasta. Jotta asiakas voi olla avoin ja rehellinen, vaaditaan hoitajalta sallivuutta. Asiakkaan pitäisi pystyä kertomaan omista arvoistaan, toiveista, kokemuksista ja mahdollisuuksista. Jos asiakas ei kykene tekemään hoitoa koskevia päätöksiä, voi ammattihenkilö joutua tekemään hoitopäätökset asiakkaan puolesta. Tämä tilanne on terveydenhuollossa esimerkiksi akuuttitilanteissa. (Routasalo ym. 2009; Kettunen & Kivinen 2012, 40–41.)

Terveydenalan ammattihenkilö on oman alansa asiantuntija, joka tietää uusinman teoritiedon. Asiakas on vastaavasti oman elämänsä asiantuntija. Terveydenhuollon ammattilaisen on ensin selvitettävä asiakkaan lähtökohdat ja toiveet sekä kartoitettava hänen elämäntilanteensa. Ammattihenkilö antaa tietoa sairaudesta, hoidon tavoitteista ja keinoista. Lisäksi hän kertoo, mistä asiakas voi etsiä lisätietoa sairaudestaan, neuvottelee asiakkaan hoidosta hänen kanssaan ja motivoi asiakasta. Asiat on kerrottava niin selkeästi, että asiakas ymmärtää hoidon tavoitteet ja hoitotyön toiminnot. Terveydenhuollon ammattilainen tekee yhdessä asiakkaan kanssa yksilöllisen hoitosuunnitel-

man, jonka tavoitteet asiakkaan on mahdollista toteuttaa. Ammattihenkilö tukee potilaan voimaantumista, autonomiaa ja motivaatiota sekä luo pystyvyyden tunnetta omahoitoon. Asiakas itse loppujen lopuksi päättää, noudattaako hän hoitosuunnitelmaa ja ottaako hän itse vastuun hoidon onnistumisesta. Asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen suhteen muututtua tasa-vertaisuutta korostavaan ja keskustelevaan vuorovaikutukseen, määrällävän hoitosuhteen sijaan, on alettu puhua potilaan sitoutumisesta hoitoon. (Routasalo ym. 2009; Ahonen ym. 2015, 40.)

Potilaalla on sitä suurempi rooli omasta hoidostaan ja elintavoistaan, mitä pidempiaikainen hänen terveysongelmansa tai sairautensa on. Hoitoon sitoutuminen käsitteenä kuvaa asiakkaan aktiivista roolia omassa hoidossaan paremmin kuin esimerkiksi sana hoitomyönteisyys. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäiset tekijät ovat kognitiivisia tekijöitä, kuten muistitoiminnot sekä ohjeiden ja tiedon ymmärtäminen. Muut sisäiset tekijät ovat persoonallisuus, elämänasenteet, uskomukset ja pelot. Ulkoiset tekijät liittyvät ammattihenkilöön ja terveydenhuollon järjestelmiin. Muita ovat hoidosta saatavaan koettuun hyötyyn ja haittaan liittyvät tekijät, sairauteen ja oireisiin liittyvät tekijät sekä sosiaalisen verkoston tuki. Hoidon tavoitteena on, että potilas alkaisi hallita omaa elämäänsä ja kokisi onnistumisen tunteita. (Ahonen ym. 2015, 40–41.)

Omahoidon merkitys korostuu kroonisesti sairailta asiakkailla. Kroonisesti muun muassa sairaan potilaan hoidossa elämää rajoittavat muun muassa nesterajoitukset, sairauteen sopiva ruokavalio sekä sitoutuminen lääkehoitoon ja dialyysihoitoon. Ongelma kroonisesti sairailta on hoitoon sitoutuminen. Hoitoon sitoutuminen ja koettu elämänlaatu ovat yhteydessä toisiinsa. Hoitoon sitoutumista ja koettua elämänlaatua tutkittiin haastattelemalla keuhko- ja sydämsairauksissa olevia potilaita. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaan persoona ja ympäristötekijät vaikuttivat hoitoon sitoutumiseen ja koettuun elämänlaatuun. Terveydenalan ammattihenkilön pitäisi ottaa potilaan persoona ja ympäristötekijät huomioon ja ymmärtää potilaiden yksilölliset erot. Yksilöllisiä eroja on muun muassa kognitiivisissa taidoissa, asioiden tärkeysjärjestyksessä, tavoissa ja sosiaalisessa verkostossa. Osalla potilaista on sosiaalisia ongelmia, sekä ymmärtämisessä ja ohjauksen vastaanotossa eroavaisuuksia. Potilaiden



toiveena oli saada tietoa yksilöllisiin tarpeisiin sairauden joka vaiheessa. (Guerra-Guerrerro ym. 2014.)

## **5 KUVAUSTA KOTKASTA**

Rannikkokaupunki Kotka sijaitsee Kaakkois-Suomessa, Kymenlaakson maakunnassa, noin 140 km Helsingistä itään. Se on maakunnan toiseksi suurin kaupunki. Vuoden 2015 lopussa väkiluku oli 54 319. Naapurikuntia ovat Kouvolaa, Hamina ja Pyhtää. Kotka on tunnettu muun muassa satamasta, puistoista, teollisuudesta sekä Meripäivistä. (Tietoa Kotkasta s.a.)

Kotkan asukasluvusta naisia oli 2015 lopussa 50,6 % ja miehiä 49,4 %. Alle 18-vuotiaita oli 18,5 %, 19–64-vuotiaita 57 % ja yli 65-vuotiaita 24,5 %. Asukasluvun muutos on ollut 2013–2015 miinusmerkkinen. 2015 ulkomaalaisten osuus Kotkan väkiluvusta oli 3353 kpl, heistä suurimpina väestöryhminä venäläiset, virolaiset, irakilaiset ja somalit. (Kotkan kaupunki 2015.)

Tammikuussa 2017 Kotkan työttömyysprosentti oli 19,7. Verrattaessa tammikuuhun 2016 se on pienentynyt 7 prosenttiyksikköä. Alle 25-vuotiaiden työttömyys on vähentynyt 10,1 prosenttiyksikköä, mutta pitkäaikaistyöttömien (yli vuoden yhtäjaksoinen työttömyys) määrä on kasvanut kahdella prosenttiyksiköllä. Avoimien työpaikkojen määrä seudulla on lisääntynyt. (Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus 2017.)

### **5.1 Terveyttä edistävät palvelut**

Terveystieteiden palvelut uudistuvat sote-uudistuksen myötä. Päivystystoiminta, terveysasemat, hammashoitolat, mielenterveyskeskus on suunniteltu siirtyvän vaiheittain keskussairaalan ympärille. Joihinkin kaupunginosaan jää lähipalvelupisteet, joiden toiminta perustuu lähinnä hoitajatasoiseen ennaltaehkäisevään toimintaan, pieniin toimenpiteisiin, mittauksiin sekä palveluohjaukseen. Lähipalvelut on tarkoitus pitää matalan kynnyksen paikkoina. (Kotkan kaupunki 2012, 18.)

Kotkan kaupunkistrategian (2013–2016) mukaan palveluissa siirrytään entistä enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan ja kuntalaisia kannustetaan ottamaan enemmän vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Lasten ja nuorten palveluissa varhaisen tuen palvelu- ja kehittämiskeskus huolehtii lasten ja nuorten ongelmien ennaltaehkäisystä ja yhteistyö kaupungin sisäisten, kolmannen sektorin, muiden toimijoiden ja erikoissairaanhoidon kesken pitää huolen palveluista. Ikääntyneillä korostetaan kotihoidon, ennaltaehkäisevien palveluiden ja toimintakyvyn lisäämisen tärkeyttä.

Kotkan kaupungilla on tällä hetkellä muun muassa kolme terveysasemaa, Karhulan sairaala, kolme hammashoitolaa, neuvoloita, kotihoidon palvelut, mielenterveyden ja päihdehuollon avopalvelut sekä mielenterveyskuntoutujien yksikkö Mieku, hoivakoteja, päivähoiton yksiköt, apuvälinelainaamo, veteraanikuntoutus ja terveystioskit sekä sosiaalipuolen palveluita. (Kotkan kaupunki 2012, 19.) Alakouluja Kotkassa on 15 kpl, yläkouluja 4 ja yksi yhtenäiskoulu. Lukioita on kaksi. Kouluissa on järjestetty kouluterveydenhuolto. (Koulutus ja opiskelu s.a.)

Kotkan kulttuuri-, liikunta- ja urheilutarjonta on monipuolista. Kaupungin kulttuurilautakunta vastaa kulttuuritoiminnasta, kirjasto- ja tietopalveluiden sekä museotoiminnan järjestämisestä. Liikuntayksikön vastuulla on julkiset liikuntapalvelut sekä liikunta- ja harrastuspaikkojen rakentaminen ja kunnossapito. (Kotkan kaupungin liikuntapalvelut s.a.; Kulttuuripalvelut Kotkassa s.a.)

Kotkan kaupungin terveydenedistämisyksikkö sijaitsee Karhuvuoren kaupunginosassa. Yksiköllä on erilaisia hankkeita ja tapahtumia liittyen terveyden edistämiseen ja terveystkasvatukseen monien eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Terveydenedistämisyksikön tehtävänä on myös tuoda esiin kuntalaisten terveyteen liittyviä näkökulmia, jotta ne tulisivat huomioiduksi kunnan päätöksenteossa. (Kotkan kaupunki s.a.)

Kotkan kaupunki toteutti syksyllä 2016 asukastutkimuksen, jossa selvitettiin kotkalaisten mielipidettä siihen, miten kaupungin palveluita, imagoa ja ilmapii-riä sekä elinvoimaisuutta tulisi kehittää. Tutkimuksessa kysyttiin asukkailta myös, miten he haluaisivat osallistua kaupungin kehittämiseen. Mukana tutki-

muksessa olivat Kotkan sen hetkiset palvelut esimerkiksi koulut, kulttuuripalvelut, liikuntapalvelut, joukkoliikenne, katujen huolto, viheralueet ja elinkeinopalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut oli jätetty tulevan sote-uudistuksen takia tutkimuksesta pois. Kohderyhmänä olivat Kotkan asukkaat ja vastauksia saatiin yhteensä 2390 kappaletta. Tuloksista kävi ilmi, että kuntalaiset pitivät tärkeimpinä tulevaisuuden kehittämiskohteina terveydenhuollonpalveluita, katujen ja teiden hoitoa, mielenterveys- ja päihdepalveluita, vanhuspalveluita sekä joukkoliikennettä. Onnistuneimpina palveluina pidettiin kulttuuripalveluita, tapahtumia ja puistojen ja leikkipaikkojen hoitoa. Huonoiten onnistuneina koettiin mielenterveys- ja päihdepalvelut, vanhustenhuolto, sosiaalipalvelut, katujen ja teiden hoito, kaupunkisuunnittelu sekä terveydenhuollon palvelut. Kotkalaisille mieluisimmat tavat osallistua kaupungin kehittämiseen olivat sosiaalisen median kautta vaikuttaminen ja sähköpostitse lähetettävään kyselyyn vastaaminen. (Kotkan kaupunki 2017.)

## **5.2 Korttelikodit, Kumppanuustalo Viikari ja Kotka-Kymin seurakunta**

Kotkan Korttelikotiyhdistys ry:n Korttelikoteja ovat Alvariska, Muorikka, Naapuri ja Ratikka sekä Kumppanuustalo Viikarin tiloissa sijaitseva Loisto. Korttelikodit tarjoavat apua ja huolenpitoa, sekä tilan jonne voi mennä viettämään aikaa kahvin tai ruokailun merkeissä tai lukemaan päivän lehden. Tiloissa on asiakastietokone ja saatavilla on tietotekniikkaopetusta. Kortteli-kotiyhdistys tarjoaa tukea työllistymiseen sekä vähätuloisille apua kotitöihin ja asiointiin. Korttelikodeissa on monipuolinen viikko-ohjelma ja siellä kokoontuu erilaisia virikeryhmiä. (Kotkan Korttelikotiyhdistys ry 2015.)

Kumppanuustalo Viikari sijaitsee Kotkan keskustassa. Viikari on yhdistysten ja erilaisten ryhmien arjen ja juhlan kokoontumispaikka. Keskeisinä periaatteina ovat tasavertaisuus, oikeudenmukaisuus, avoimuus ja yhteisöllisyys. (Kumppanuustalo Viikari s.a.)

Kotka-Kymin seurakunta järjestää arkiruokailun Kotkan alueella kolmessa toimipisteessä. Ruokailut järjestetään kerran viikossa Kotkan seurakuntakeskuksessa, Karhulan seurakuntakeskuksessa ja Aittakorven seurakuntatalossa. Aterian hinta on 1,50 €. (Kotka-Kymin seurakunta s.a.)

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kotkalaisten kokemuksia osallisuudesta terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Osallisuus ja sen toteutumisen selvittäminen ovat ajankohtaisia aiheita. Osallisuudella edistetään syrjäytymistä ja eriarvoisuutta

Tutkimuskysymykset:

1. Toteutuuko osallisuus terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?
2. Millä tavalla kotkalaiset voivat vaikuttaa terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen teoriaosuuden ja tutkimukseen tutustumisen aloitimme tammi-kuussa 2017. Tutkimuksen kyselylomake valmistui toukokuussa. Tutkimuslupa opinnäytetyön tutkimukselle haettiin toukokuussa 2017 Kotkan kaupungilta ja saimme sen kesäkuussa 2017 (liite 1). Tutkimuksen kysely toteutettiin elo-syyskuun vaihteessa 2017. Vastaamisaikaa kyselylle asetettiin 2 viikkoa. Tarkoituksena oli tarvittaessa jatkaa vastaamisaikaa.

### 7.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä, koska se soveltuu hyvin isomman joukon tutkimiseen. Opinnäytetyössä oli tavoitteena saavuttaa mahdollisimman kattava määrä vastaajia. Tutkimuksessa selvitetään usein eri asioiden välillä olevia riippuvuuksia tai ilmiöissä tapahtuneita muutoksia. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija tarkastelee tutkittavia ulkopuolelta. Suhde tutkittaviin jää usein etäiseksi, mutta samalla pyritään objektiivisuuteen. Tutkimuskohteilla on sama puolueeton asema. (Heikkilä 2014, 8; Hakala 2015, 20–23.)

Opinnäytetyö aloitettiin keräämällä aikaisempien tutkimusten ja teorioiden pohjalta teoreettinen viitekehys, joka toi tutkimukselle näkökulman tutkimusaineiston tarkasteluun (liite 2). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa taustalla pitää

olla tutkittavaa ilmiötä selittävä teoria ja sen pohjalta saadaan tutkimusongelmaan liittyvät tutkimuskysymykset. Teorian ja käsitteiden avulla voidaan kuvata ja perustella tuloksia ja päätelmiä. Tulosten tulkinta tehdään kerätystä aineistosta johdetuilla luvuilla, joiden tulkintaohjeet on tarkasti määritelty. Tutkijan omien tulkintojen varaan ei jätetä mitään. (Hirsjärvi ym. 2009, 140; Vilkkä 2015, 37–38; Kananen 2015, 73, 203.)

Kysely on kvantitatiivisen tutkimuksen yleisin aineistonkeruumuoto. Kysely on usein strukturoitu eli vastausvaihtoehdot ovat valmiina. Hyvä teorian tuntemus on edellytyksenä, jotta kysymykset ja vastausvaihtoehdot osattaisiin määrittää oikein ja täsmällisesti. Tutkimuslomakkeen kysymykset mietitään teorian pohjalta. Jokaisen kysymyksen tulee olla tarpeellinen tutkimusongelman tai -kysymyksen ratkaisun kannalta. Tutkimuskysymykset tulee erottaa tutkimuslomakkeen kysymyksistä. Itse tutkimuskysymyksiä ei voi käyttää sellaisenaan vastaajille. Kyselylomakkeen kysymykset ovat tutkimuskysymystä yksityiskohtaisempia ja tarkempia. Tutkimuskysymykset muutetaan kysymyksiksi tutkimuslomakkeeseen, ja kysymyksille on eri vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja valitsee itselle sopivimman. Vaihtoehdot on koodattu numeroilla, mikä mahdollistaa määrällisen analyysin eli vastausten erilaiset laskutoimitukset. (Kananen 2015, 73–74, 84, 198, 229; Tilastokeskus 2017b.)

Kyselytutkimuksen etuja ovat pienet kustannukset, melko nopea aineiston keruu ja vastaajien anonymiteetti sekä objektiivisuus eli puolueettomuus. Haittapuolia ovat esimerkiksi vastaajien alhainen kyselyyn vastaaminen, joustamattomuus sekä mahdolliset virheet kysymyksissä. (Kananen 2015, 202.) Internet pohjainen kysely rajaa vastaajien mahdollisuutta osallistua kyselyyn, koska tietokoneiden käyttö ei ole kaikille tuttua ja osalla siihen ei ole mahdollisuuksia. Tämän vuoksi kyselyymme oli mahdollista osallistua Webropol-kyselyn lisäksi paperikyselyllä.

## **7.2 Tutkimuksen kohderyhmä**

Tutkimuksen kohderyhmä oli Kotkan kaupungin alueella olevien Korttelikotien asiakkaat, Kumppanuustalo Viikarin asiakkaat ja Kotka-Kymin seurakunnan arkiruokailuissa käyvät asiakkaat. Arkiruokailuja järjestetään Kotkassa kol-

messa toimipisteessä. Kohderyhmä valikoitui terveydenedistämisen koordinaattorin ehdotuksesta, koska haluttiin saada esille pienituloisempien ja työelämän ulkopuolella olevien ryhmien mielipidettä osallisuuteen ja vaikuttamiseen. Aiemmat tutkimukset ovat kohdentuneet lähinnä työelämässä oleville. Koska kyselyn kohderyhmä oli hyvin rajattu, eikä sitä ollut suunnattu kaikille kotkalaisille, ei tutkimusta voi yleistää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104; Kotkan Korttelikotiyhdistys ry 2015; Kotka-Kymin seurakunta s.a.; Kumppanuustalo Viikari s.a.)

Tutkimuksessa voi olla haasteena tutkittavien saatavuus eli se, kuinka moni haluaa osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen kato käsitteenä tarkoittaa niitä henkilöitä, jotka eivät halua osallistua tutkimukseen. Kadon suuruutta on vaikea etukäteen arvioida. (Vilka 2007, 52, 56–57; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 105, 109.)

Opinnäytetyön kyselyn ajankohdaksi valitsimme elo-syyskuun 2017. Kesällä emme halunneet järjestää kyselyä, koska tällöin asiakkaiden määrä voi olla vähäisempi kuin normaalisti. Kyselyyn vastaamisaika oli kaksi viikkoa.

### **7.3 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laadinta**

Kyselylomake on kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114). Kyselylomakkeen eli mittarin on mitattava sitä mitä tutkitaan. Kyselyn vastausohjeet on kirjoitettava selkeästi ja yksinkertaisesti, jotta vastaaja ei voisi väärinymmärtää ohjeita. Kyselylomakkeen laadinnassa on panostettava, että kysymykset ovat selkeitä ja huolellisesti laadittu. Kysymysten kuuluu merkitä samaa kaikille vastaajille ja niiden on parempi olla lyhyitä kuin pitkiä, koska lyhempiä kysymyksiä on pääsääntöisesti helpompi ymmärtää. Kyselylomakkeessa on huomioitava, että jokaisessa kysymyksessä kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. (Vilka 2007, 66–67, 70–71; Hirsjärvi ym. 2009, 202.)

Tutkimusongelmat, teoreettinen tarkastelu ja kysymysnumero on koottu muutujataulukkaan (liite 3). Taustamuuttujia kysytään useimmiten kyselylomakkeen alussa, ja näin toteutimme omassa kyselyssä. Taustamuuttujat olivat tut-

kimuksessamme sukupuoli, ikä, siviilisääty, peruskoulutus, pääasiallinen toiminta, äidinkieli ja vuositulot. Siviilisäätyä kuvaavat vaihtoehdot ovat Tilastokeskuksen siviilisäätyluokituksen mukaiset. Samaa asiakokonaisuutta mittaavat kysymykset oli sijoitettu kyselylomakkeessa peräjälkeen. Kysymysten on kattavasti käsiteltävä kyseinen asiakokonaisuus. Asiakokonaisuudet on hyvä sijoittaa niin, että helpommat kysymykset tulisivat alkuun ja vaikeammat tai arkaluonteiset kyselyn loppuun. Kontrollikysymyksillä varmistetaan annettujen vastausten luottavuus. Kysymysten määrä ei kuitenkaan saa olla liian suuri, koska kyselyn vastaamiseen ei olisi hyvä kulua kauempaa kuin 15 minuuttia. Kyselylomake oli visuaalisesti selkeä ja moitteeton (liite 4). Lomake oli helposti täytettävän näköinen. (Ks. Vilkkä 2007, 71; Hirsjärvi ym. 2009, 203–204, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116–117; Tilastokeskus s.a.)

Saatekirjeen (liite 5) sisältö kuului esittää yleiskielellä ja hyvällä asiatyylillä. Saatekirjeessä esitetään, mihin tarkoitukseen vastaajan tietoja ja mielipiteitä käytetään. Saatekirjeen lukeminen ei velvoita vastaamaan tutkimukseen, vaan vastaaja voi päättää olla myös vastaamatta. Osallistujien henkilösuoja on turvattu ja vastaaminen on nimetöntä. Saatteessa on riittävästi tietoa tutkimuksesta ja tutkimuksen tekijöistä yhteystietoineen ja tutkimuksen tarkoitus. Saatteessa tuodaan esille kerätyn aineistoon liittyvät asiat, joita ovat aineiston käsittely, säilytys ja hävittäminen. Lisäksi saatteessa on ei-internetpohjaisten kyselylomakkeiden palautusohje. Saatteen lopussa kiitetään vastaamisesta kyselyyn. Saatteen visuaalinen ulkoasu on yhteneväinen kyselylomakkeen kanssa. (Vilkkä 2007, 65, 81, 87–88.) Kaikki nämä tiedot esitimme saatekirjeessä ja saatekirje oli visuaalisesti yhteneväinen kyselylomakkeen kanssa.

#### **7.4 Aineiston analysointi**

Paperiset lomakkeet syötettiin manuaalisesti Webropol 3.0 -ohjelmaan. Aineisto siirrettiin SPSS tilasto-ohjelmaan, jonka avulla se analysoitiin. Kaikista kysymyksistä ohjelma laski suorat jakaumat ja tuloksia tarkasteltiin suhteellisina lukuina eli prosenttilukuina. Suhteellinen luku laskettiin kysymykseen vastanneiden kokonaismäärästä (n), kysymykseen vastaamattomat eivät ole luvuissa mukana. Taulukoissa esitetään kappalemäärät (n) ja suhteellinen luku (%). Kysymyksen 8. (Mitä terveyttä edistäviä palveluita olette käyttä-

neet?) tarkastelimme kappalemäärinä, koska vastaaja on voinut valita palveluista useamman vaihtoehdon, joten katsoimme kappalemäärien olevan selkeämpiä tämän kysymyksen kohdalla. Ristiintaulukoimme taustamuuttujat ja varsinaiset kysymykset keskenään.

Avoimet kysymykset kävimme läpi manuaalisesti sisällönanalyysin avulla. Vastaukset ryhmiteltiin samansuuntaisten vastausten perusteella ja ryhmille annettiin yleistävä nimitys. Avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset esitetään kappalemäärinä (n) sekä sanallisesti. Esimerkki sisällönanalyysistä on liitteenä 6.

Suorat jakaumat, ristiintaulukointi sekä avointen kysymysten tulosten selvittäminen ovat yleisiä tapoja esittää saatuja tuloksia. Suora jakauma eli frekvenssijakauma (f) on yksinkertainen tapa analysoida ja esittää tietoa. Se kertoo yksittäisen kysymyksen eri vaihtoehtojen saamat vastaukset, joita tarkastellaan suhteellisina lukuina. Kvantitatiivisella tutkimuksella pyritään yleistettävyyteen, jolloin kappalemäärillä ei ole merkitystä, vaan sillä mikä on muuttujan arvon suhteellinen osuus (%) koko aineistosta. Yleistettävyyden onnistuu ainoastaan suhteellista esitystapaa käyttämällä. (Kananen 2011, 75; Kananen 2015, 288–290.)

Eri asioiden väliset riippuvuudet ovat usein kiinnostuksen kohteena kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Ristiintaulukointi on yksinkertainen tapa, jolla voidaan tarkastella samanaikaisesti kahta eri muuttujaa, kysymystä. Näin voidaan selvittää ryhmien välisiä eroja sekä riippuvuuksia, joita eri muuttujien välillä on. (Kananen 2011, 77; Kananen 2015, 290–291.)

## **8 TUTKIMUSTULOKSET**

Kyselytutkimus toteutettiin 4.9.–17.9.2017. Kyselyä jatkettiin vähäisen vastausmäärän vuoksi viikolla 24.9.2017 asti. Seurakunnan diakonin ehdotuksesta toteutimme kyselyn Kotkan ja Karhulan seurakuntakeskuksissa ja jätimme Aittakorven seurakuntatalon pois. Seurakunnan ruokailuissa olimme itse paikalla kertomassa kyselystä. Korttelikotien toiminnanjohtaja vastasi kyselyiden toimittamisesta Korttelikotien asiakkaille. Kyselylomakkeita Kortteliko-



teihin toimitimme yhteensä 115 kpl ja seurakuntaan 90 kpl. Kaikki kyselylomakkeet eivät seurakunnassa päätyneet asiakkaiden saataville, joten veimme uudet lomakkeet. Kadonneet lomakkeet eivät ole mukana vastausprosentin laskennassa. Kyselyyn vastasi yhteensä 125 henkilöä. Vastaajista internet-pohjaiseen kyselyyn vastasi 9 ja 116 vastaajaa täytti paperikyselyn. Vastausprosentiksi saatiin 61. Arkiruokailuissa ja korttelikodeissa käy osittain samoja asiakkaita, mutta todennäköisyys sille, että joku olisi vastannut kyselyyn kahden kertaan, on pieni.

### 8.1 Taustakysymykset

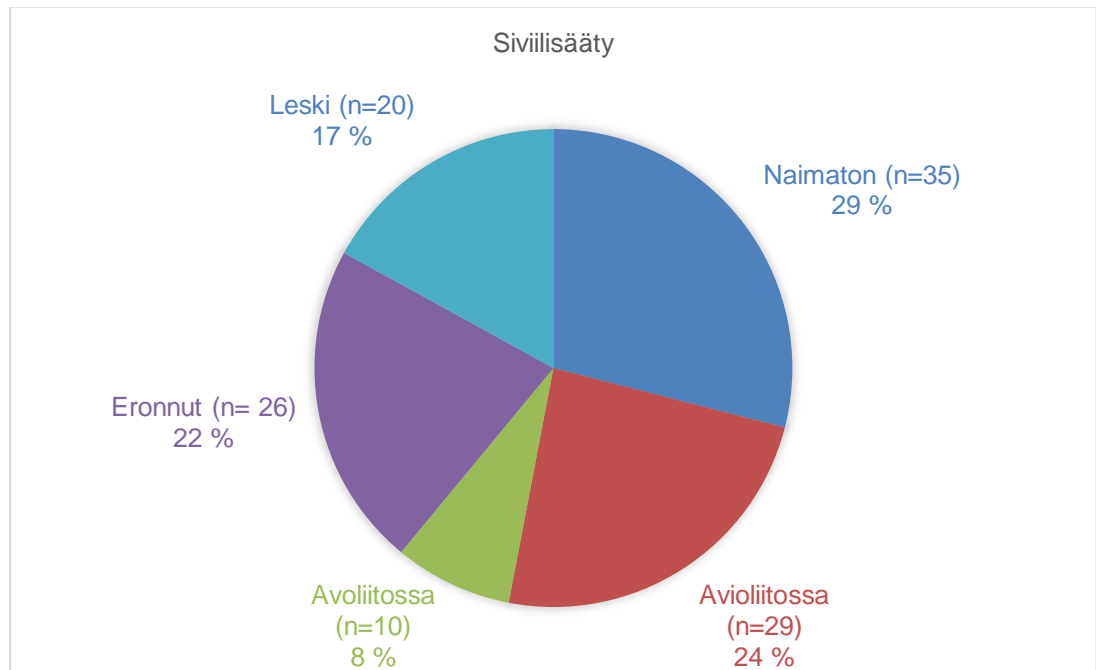
Kyselyyn vastanneiden taustatietoja selvitettiin kysymyksissä 1–7. Ensimmäisissä kysymyksissä selvitettiin vastaajien sukupuolta ja ikää. Kyselyyn vastanneista 69 % oli naisia (n=86) ja 24 % miehiä (n=30). Kysymykseen vastaamattomia oli 9 henkilöä. Taulukossa 3 esitetään kyselyyn vastanneiden ikä lukumäärinä ja prosentiosuuksina vastaajista. Ikää koskevaan kysymykseen vastasi 118 vastaajaa.

Taulukko 3. Vastaajien ikä (n=118)

Ikä	n	%
18–29-v.	4	3
30–44-v.	22	19
45–54-v.	20	17
55–64-v.	27	23
65–74-v.	20	17
75–85-v.	20	17
yli 85-v.	5	4
Yhteensä	118	100

Alle 30-vuotiaita oli 3 % vastaajista. 30–64-vuotiaita oli vastaajista 58 %. Yli 65-vuotiaita oli vastaajista 38 %.

Kysymyksessä kolme selvitimme vastaajien siviilisäätystä (kuva 3). Siviilisäätystä koskevaan kysymykseen vastasi 120 vastaajaa.



Kuva 3. Siviilisäätty (n=120)

Reilu neljännes vastaajista oli naimattomia. Vastaajista avio- tai avoliitossa oli 33 %. Eronneita oli 22 % ja leskiä 17 %. Vastaamattomia oli 5 henkilöä. Vastaajien koulutustasoa ja tämän hetkistä elämäntilannetta selvitettiin kysymyksillä neljä ja viisi. Vastaajien koulutustasoa kuvataan taulukossa 4. Kysymykseen vastasi 118 vastaajaa.

Taulukko 4. Vastaajien koulutustaso (n=118)

Koulutus	n	%
Kansakoulu tai peruskoulu	47	40
Ammatillinen toisen asteen koulutus	53	45
Ylioppilastutkinto	7	6
Alempi korkeakoulututkinto	9	7
Ylempi korkeakoulututkinto	2	2
Yhteensä	118	100

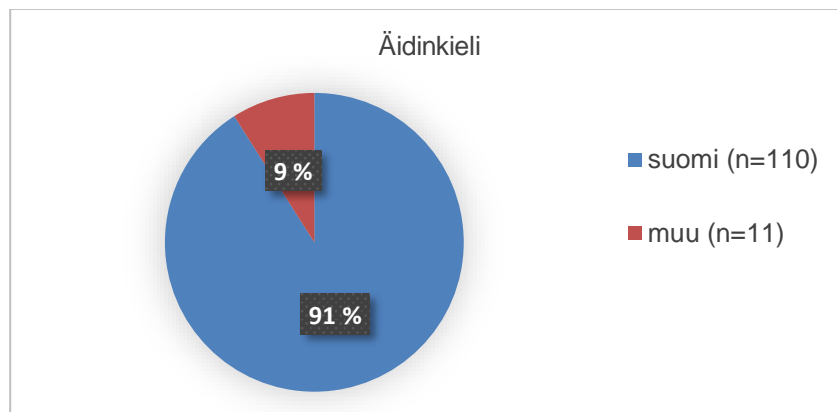
Vastanneista suurin osa oli joko kansakoulun tai peruskoulun suorittaneita (40 %) tai ammatillisen toisen asteen koulutuksen suorittaneita (45 %). 6 % vastanneista oli ylioppilastutkinnon suorittaneita ja 9 % joko alemman tai ylempään korkeakoulututkinnon suorittaneita. Kysymykseen jätti vastaamatta 7 vastaajaa. Vastaajien elämäntilannetta kuvataan taulukossa 5. Kysymykseen vastasi 121 vastaajaa.

Taulukko 5. Vastaajien elämäntilanne (n=121)

Elämäntilannetta kuvaava tekijä	n	%
Työssä	22	18
Työtön	27	22
Eläkkeellä	58	48
Kotihoidontuella	1	1
Toimeentulotuella	4	3
Ansiosidonnaisella päivärahalta	1	1
Muu, mikä	8	7
Yhteensä	121	100

Vastanneista lähes puolet oli eläkeläisiä (48 %). Työttömiä oli vastaajista 22 % ja työssäkäyviä 18 %. 7 % oli valinnut vaihtoehdon muu. Vastanneista viisi oli työllistymistä tukevan palvelun piirissä joko palkkatuella tai kuntouttavassa työtoiminnassa. TE-toimisto voi myöntää työnantajalle työttömän työnhakijan palkkauskustannuksiin taloudellisen palkkatuen (Työ- ja elinkeinoministeriö 2017). Kuntouttavaa työtoimintaa järjestää kunta. TE-toimiston ja kunnan virkailija laativat yhdessä pidempään työttömänä olleen henkilön kanssa suunnitelman kuntouttavasta työtoiminnasta ja sen sisällöstä. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014.) Loput kolme olivat eläkkeellä oleva yrittäjä, työkokeilussa ja työssä tarpeen mukaan olevat henkilöt. 5 % vastaajista oli joko toimeentulotuella, kotihoidontuella tai ansiosidonnaisella päivärahalta. Kysymykseen vastaamattomia oli 4 henkilöä.

Taustakysymyksiin kuului myös äidinkielen selvittäminen. Kuvassa 4 esitetään kyselyyn vastanneiden äidinkielen jakaumaa. Kysymykseen vastasi 121 vastaajaa.



Kuva 4. Äidinkieli (n=121)

Selkeästi enemmistön äidinkieli oli suomi. 9 % vastanneista ilmoitti äidinkielen olevan jokin muu kuin suomi tai ruotsi. Näistä lähes kaksi kolmesta vastasi äidinkielen olevan venäjä. Muut (n=4) oli yksittäisiä kieliä, ja yksi vastaajista ei tarkentanut äidinkieltään lainkaan. Kysymykseen ei vastannut 4 henkilöä.

Kyselyn viimeinen taustakysymys koski vastaajien vuosituloja (taulukko 6).

Vastaajista 115 vastasi kysymykseen.

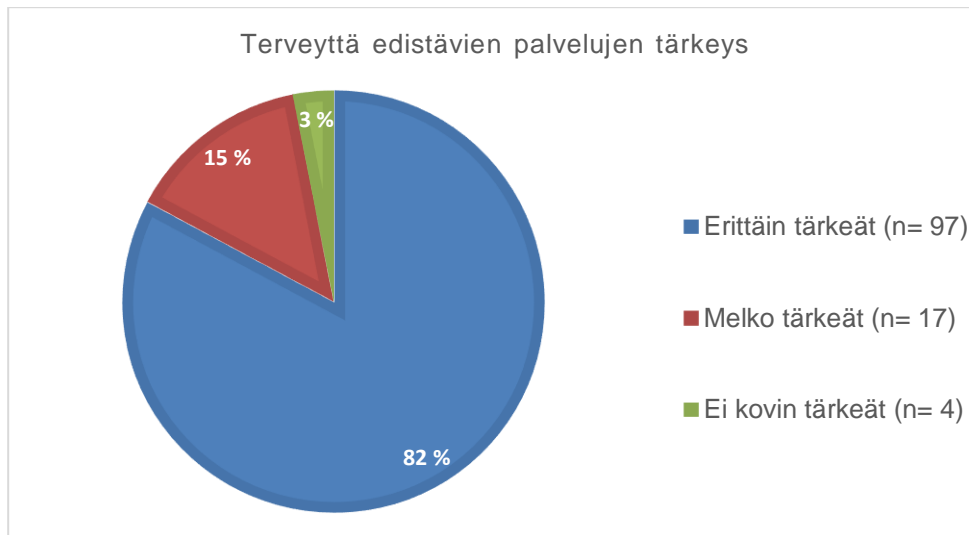
Taulukko 6. Vuositulot (n=115)

Vuositulot	n	%
alle 10 000 €	49	43
10 000–15 000 €	43	37
15 001–20 000 €	8	7
20 001–25 000 €	8	7
25 001–30 000 €	4	3
30 001–35 000 €	1	1
35 001–40 000 €	1	1
40 001–45 000 €	1	1
Yhteensä	115	100

Vastaajista neljä viidestä ansaitsi vuosituloja alle 15 000 €. 15 001–30 000 € ansaitsevia oli 17 % vastaajista. Yli 30 000 € ansaitsevia oli 3 % vastaajista. Kysymykseen jätti vastaamatta 10 henkilöä.

## 8.2 Terveyttä edistävät palvelut

Kysymyksissä 8 ja 9 selvitettiin, mitä terveyttä edistäviä palveluja vastaajat olivat käyttäneet ja kuinka tärkeäksi he kokivat terveyttä edistävät palvelut. Terveyttä edistävästä palveluista suurin osa vastanneista oli käyttänyt terveydenhuollonpalveluita (n=109). Sosiaali- ja terveyspalveluita oli käyttänyt 36 vastaajaa. Kulttuuripalveluita ja seurakunnan tarjoamia palveluita oli käyttänyt 57 vastaajaa. Liikuntapalveluita oli käyttänyt 52 vastaajaa ja vapaa-ajanpalveluita 28 vastaajaa. Kysymykseen jätti vastaamatta 5 vastaajaa. Vastaajien mielipidettä terveyttä edistävästä palvelujen tärkeydestä kuvataan kuvassa 5.



Kuva 5. Terveyttä edistävien palveluiden tärkeys (n=118)

Terveyttä edistävien palvelujen tärkeyttä kysyttäessä 82 % vastanneista koki palvelut erittäin tärkeäksi. Vastaaajista 15 % koki palvelut melko tärkeäksi ja 3 % ei kovin tärkeäksi. Kysymykseen jätti vastaamatta 7 henkilöä.

Taulukossa 7 kuvataan, miten ikä vaikutti vastaajien mielipiteeseen ja siihen, kuinka tärkeäksi he kokivat terveyttä edistävät palvelut. Molempiin kysymyksiin vastasi 105 henkilöä.

Taulukko 7. Ikä ja kuinka tärkeäksi vastaajat kokivat terveyttä edistävät palvelut (n=105)

	Kysymys 9. Kuinka tärkeäksi koette terveyttä edistävät palvelut?				Valid %		
	Erittäin tärkeä	Melko tärkeä	Ei kovin tärkeä	Yhteensä	Erittäin tärkeä	Melko tärkeä	Ei kovin tärkeä
Ikä	n	n	n	n	%	%	%
18–29-v.	1	2	0	3	33	67	0
30–44-v.	17	3	0	20	85	15	0
45–54-v.	16	2	1	19	84	11	5
55–64-v.	18	2	2	22	82	9	9
65–74-v.	16	1	1	18	89	6	6
75–85-v.	14	5	0	19	74	26	0
yli 85-v.	3	1	0	4	75	25	0
Yhteensä	85	16	4	105			

Jos verrataan iän merkitystä siihen, kuinka tärkeäksi vastaajat kokivat terveyttä edistävät palvelut, niin 18–29-vuotiaista yksi vastaaja koki palvelut erittäin tärkeäksi ja kaksi melko tärkeäksi. 30–44-vuotiaista 85 % koki palvelut erittäin tärkeäksi ja 15 % melko tärkeäksi. 45–74-vuotiaista vastaajista 85 % koki palvelut erittäin tärkeäksi, 8 % melko tärkeäksi ja 7 % ei kovin tärkeäksi.

75-vuotiaista tai sitä vanhemmista vastaajista 74 % koki palvelut erittäin tärkeäksi ja 26 % melko tärkeäksi.

Tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä käytettyihin terveyttä edistäviin palveluihin selvitettiin kysymyksillä 10 ja 11. Vastaajilla oli myös mahdollisuus vastata avoimeen kysymykseen, miksi he olivat tyytyväisiä tai miksi he eivät olleet tyytyväisiä näihin palveluihin (taulukko 8).

Taulukko 8. Tyytyväisten ja tyytymättömien määrä terveyttä edistäviin palveluihin

Terveyttä edistävä palvelu	Tyytyväiset n	Tyytyväiset %	Tyytymätön n	Tyytymätön %	n	%
Terveydenhuollonpalvelut	76	61	52	42	128	103
Sosiaalihuollon palvelut	26	21	23	18	49	39
Liikuntapalvelut	44	35	9	7	53	42
Vapaa-ajanpalvelut	21	17	9	7	30	24
Kulttuuripalvelut	41	33	7	6	48	39
Seurakunnan palvelut	46	37	12	10	58	47
Ei vastausta	17	14	51	41	68	55

108 vastaajaa vastasi tyytyväisyyttä koskevaan kysymykseen ja 84 tyytymättömyyttä koskevaan kysymykseen. 61 % vastaajista oli tyytyväisiä terveydenhuollonpalveluihin ja 42 % vastaajista oli tyytymättömiä palveluihin. Näin ollen osa vastaajista oli sekä tyytyväisiä että tyytymättömiä terveydenhuollon palveluihin. Perusteluja tyytyväisyyteen oli 42 avointa vastausta. Yli puolet vastaajista (n=28) oli tyytyväisiä saamaansa terveydenhuollon palveluun, kuten osaavaan henkilökuntaan, hoitoon ja hintaan. Vastaajista seitsemän oli tyytyväisiä nopeasta hoitoon pääsystä. Muita syitä tyytyväisyyteen (n=7) oli muun muassa sijainti. Perusteluja tyytymättömyyteen oli 38 vastausta. Merkittävin tyytymättömyyttä aiheuttava asia oli vastaanottoajan saannin vaikeus (n=20). Osa vastaajista kokivat saavansa huonoa palvelua (n=11). Nämä palveluun liittyvät perustelut koskivat lähinnä terveydenalan ammattilaisten ammattitaidottomuutta tai heidän tapansa kohdella heitä asiakkaana. Muita syitä (n=7) tyytymättömyyteen oli muun muassa palvelujen hinta ja palvelujen sijainti.

Sosiaalihuollon palveluihin tyytyväisiä oli 21 % ja tyytymättömiä 18 % vastaajista. Perusteluja tyytyväisyyteen oli 14 avointa vastausta. Vastaajista lähes puolet (n=6) oli tyytyväisiä sosiaalihuollon palveluihin, jotka liittyivät yhteistyöhön sosiaalihuollon kanssa ja sosiaalihuollon alla oleviin palveluihin. Lisäksi vastaajat (n=5) olivat tyytyväisiä sosiaalihuollon antamaan rahalliseen tukeen. Muita yksittäisiä vastauksia oli 3. Perusteluja tyytymättömyyteen oli 16 vastausta. Vastaajat olivat tyytymättömiä rahalliseen tukeen (n=5) ja palvelujen hitauteen (n=4). Muita perusteluja (n=7) olivat muun muassa tyytymättömyys kotihoidon laatuun, kotihoidon käyttämään aikaan asiakkaan luona sekä sosiaalihuollon toimintaan, kun ihmisiä ei auteta muuten kuin rahallisesti.

Liikuntapalveluihin tyytyväisiä oli 35 % ja tyytymättömiä 7 %. Perusteluja tyytyväisyyteen oli 27 avointa vastausta. Vastaajat olivat tyytyväisiä liikuntapaikkojen määrään, kuntoon ja monipuolisuuteen. Perusteluja tyytymättömyyteen oli 6 avointa vastausta. Nämä liittyivät liikuntapalveluiden korkeaan hintaan ja vaihtoehtojen vähäisyyteen.

Vapaa-ajanpalveluihin tyytyväisiä oli 17 % ja tyytymättömiä 7 % vastaajista. Perusteluja tyytyväisyyteen oli 9 avointa vastausta. Vastaajat olivat tyytyväisiä Korttelikotien toimintaan ja pitivät Kotkan vapaa-ajanpalveluita monipuolisina. Perusteluja tyytymättömyyteen oli 6 avointa vastausta, ja nämä liittyivät korkeaan hintaan ja vaihtoehtojen vähäisyyteen.

Kulttuuripalveluihin tyytyväisiä oli 33 % ja tyytymättömiä 6 % vastaajista. Perusteluja tyytyväisyyteen oli 21 avointa vastausta ja näistä noin puolet (n=10) olivat tyytyväisiä kirjastojen palveluihin. Kotkan kulttuuritarjontaan vastaajat pitivät monipuolisena (n=7). Yksittäisiä muita perusteluja oli 4. Perusteluja tyytymättömyyteen oli 2 avointa vastausta, ja nämä liittyivät palvelujen korkeaan hintaan.

Seurakunnan tarjoamiin palveluihin tyytyväisiä oli 37 % ja tyytymättömiä 10 %. Perusteluja tyytyväisyyteen oli 30 avointa vastausta. Vastaajista puolet oli tyytyväisiä seurakunnan järjestämään kerho- ja piiritoimintaan. Seurakunnan järjestämään arkiruokailuun vastaajat (n=9) olivat myös tyytyväisiä. Muut yksittäiset perustelut (n=6) liittyivät suurilta osin vastaajien saamaan ystävälliseen

kohteluun ja asioiden toimivuuteen. Perusteluja tyytymättömyyteen oli 8 avoimessa vastauksessa. Tyytymättömyyttä aiheuttivat kotikäyntimahdollisuuden puuttuminen (n=2), ruokailut (n=2) ja yksittäiset syyt (n=4).

### 8.3 Vaikutusmahdollisuudet ja halu vaikuttaa terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen

Kysymyksissä 12–15 selvitettiin vastaajien mielipidettä siihen, onko heillä mahdollisuutta ja halua vaikuttaa terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Vastaajista 30 % oli sitä mieltä, että terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen voi vaikuttaa. Vastaavasti 70 % oli sitä mieltä, että heillä ei ole vaikutusmahdollisuutta kehittämiseen. (Taulukko 9.) Kysymykseen vastasi 86 vastaajaa.

Taulukko 9. Vastanneiden mielipide, voiko terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen vaikuttaa (n=86)

Voiko terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen vaikuttaa?	n	%
Kyllä	26	30
Ei	60	70
Yhteensä	86	100

Avoimia perusteluja siihen, miten vastaajat voivat vaikuttaa terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen oli 20. Palautteen antaminen ja mielipiteen esittäminen oli yleisin (n=8). Vastaajat kokivat, että terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen pystyy itse vaikuttamaan osallistumalla toimintaan (n=6), kuten äänestämällä ja vapaaehtoistoiminnan kautta. Yksittäisiä perusteluja oli kuusi vastausta. Avoimia vastauksia, miksi ei voisi vaikuttaa terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen, oli 28. Suurin osa vastaajista (n=23) ei uskonut, että itse pystyisi vaikuttamaan, ei tiennyt miten voisi vaikuttaa tai ei jaksanut yrittää vaikuttaa terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Muita yksittäisiä perusteluja oli viisi. Taulukossa 10 esitetään vastanneiden halua vaikuttaa ja osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Kysymykseen 13 vastasi 102 vastaajaa ja kysymykseen 14 vastasi 97 vastaajaa.



Taulukko 10. Vastaajien halu vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä (n=102) ja halua osallistua palvelujen kehittämiseen (n=97)

Kysymys 13. Toivoisitteko, että voisitte vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?		
	n	%
Kyllä	79	77
Ei	23	23
Yhteensä	102	100
Kysymys 14. Haluatteko osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?		
	n	%
Kyllä	63	65
Ei	34	35
Yhteensä	97	100

Vastanneista 77 % toivoi, että voisi vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä ja vastaajista 65 % halusi osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Kysymykseen, millä tavoin kehittämiseen haluaisi osallistua, vastasi 79 vastaajaa. Vastaaja pystyi kysymyksessä valitsemaan useamman vaihtoehdon. Vastauksia tuli kaiken kaikkiaan 114. Vastaajista 33 halusi osallistua vastaamalla internet kyselyyn ja 28 vastaamalla postikyselyyn. 21 vastaajaa halusi osallistua vapaaehtoistyöhön, 17 raatiin ja 15 vastaajaa valitsi vaihtoehdon ”muuten, miten?”. Avoimeen kysymykseen vastaajat kirjoittivat haluavansa tuoda oman näkökulmansa kuuluksi ja antamalla palautetta (n=4). Osa toivoi mahdollisuutta osallistua toimintaan (n=3) ja muut (n=5) olivat yksittäisiä keinoja osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen.

Taulukoissa 11–14 verrataan, miten vastaajien ikä, siviilisäätö, koulutus ja vuositulot vaikuttavat kysymyksen ”Toivoisitteko, että voisitte vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?” vastauksiin.

Taulukko 11. Ikä ja kysymys: ”13. Toivoisitteko, että voisitte vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?” (n=98)

Ikä	n	Kyllä		Ei		Valid %	
		n	%	n	%	Kyllä	Ei
18–29-v.	3	2	2	1	1	67	33
30–44-v.	19	16	16	3	3	84	16
45–54-v.	19	11	11	8	8	58	42
55–64-v.	24	23	23	1	1	96	4
65–74-v.	15	11	11	4	4	73	27
75–85-v.	15	10	10	5	5	67	33
yli 85-v.	3	3	3	0	0	100	0
Yhteensä	98	76	76	22	22		

Vastaajista ikään ja kysymykseen ”toivoisitteko, että voisitte vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?” vastasi 98 vastaajaa. Kaikki yli 85-vuotiaat ja lähes kaikki 55–64-vuotiaista vastaajista toivoi, että voisi vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. 30–44-vuotiaista 84 %, 65–85-vuotiaista 70 % ja 18–29-vuotiaista 67 % toivoi, että voisi vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Vähiten vaikutusmahdollisuutta toivoi 45–54-vuotiaat, joista 58 % toivoi, että voisi vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Taulukossa 12 käsitellään siviilisäädyn vaikutusta vastaajien toiveeseen vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen (taulukko 12).

Taulukko 12. Siviilisäätö ja kysymys: ”13. Toivoisitteko, että voisitte vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?” (n=101)

Siviilisäätö	n	Kyllä		Ei		Valid %	
		n	%	n	%	Kyllä	Ei
Naimaton	32	26	26	6	6	81	19
Avoliitossa	22	16	16	6	6	73	27
Avoliitossa	8	5	5	3	3	63	37
Eronnut	24	21	21	3	3	88	12
Leski	15	10	10	5	5	67	33
Yhteensä	101	78	77	23	23		

Molempiin kysymyksiin vastanneita oli 101 vastaajaa. Naimattomista ja eronneista yli kolme neljästä toivoi, että he voisivat vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. 70 % avio- tai avoliitossa olevista vastaajista ja 67 % leskeksi jääneistä toivoi, että voisi vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Taulukossa 13 käsitellään koulutuksen vaikutusta vastaajien toiveeseen vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen (taulukko 13).

Taulukko 13. Koulutus ja kysymys: "13. Toivoisitko, että voisitte vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?" (n=99)

Koulutus	n	Kyllä		Ei		Valid %	
		n	%	n	%	Kyllä	Ei
Kansakoulu tai peruskoulu	39	31	31	8	8	80	20
Ammatillinen toisen asteen koulutus	42	32	32	10	10	76	24
Ylioppilastutkinto	7	5	5	2	2	71	29
Alempi korkeakoulututkinto	9	7	7	2	2	78	22
Ylempi korkeakoulututkinto	2	2	2	0	0	100	0
Yhteensä	99	77	78	22	22		

Molempiin kysymyksiin vastanneita oli 99 vastaajaa. Koulutusta verrattaessa, ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneista kaikki toivoivat, että voisivat vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Vastaava luku oli kansakoulun tai peruskoulun suorittaneista 80 %. Yli 70 % mutta alle 80 % ammatillisen toisen asteen koulutuksen, alemman korkeakoulututkinnon ja ylioppilastutkinnon suorittaneista toivoi pääsevänsä vaikuttamaan terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Taulukossa 14 esitetään, miten vuositulot vaikuttavat vastaajien toiveeseen vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen.

Taulukko 14. Vuositulot ja kysymys: ”13. Toivoisitteko, että voisitte vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?” (n=97)

Vuositulot	n	Kyllä		Ei		Valid %	
		n	%	n	%	Kyllä	Ei
Alle 10 000 €	43	31	32	12	12	72	28
10 000–15 000 €	34	26	27	8	8	77	23
15 001–20 000 €	7	5	5	2	2	71	29
20 001–25 000 €	6	6	6	0	0	100	0
25 001–30 000 €	4	3	3	1	1	75	25
30 001–35 000 €	1	1	1	0	0	100	0
35 001–40 000 €	1	1	1	0	0	100	0
40 001–45 000 €	1	1	1	0	0	100	0
Yhteensä	97	74	76	23	24		

Molempiin kysymyksiin vastanneita oli 97 vastaajaa. Vuosituloihin verrattaessa kaikki 30 001 € tai enemmän ansaitsevat sekä kaikki 20 001–25 000 € ansaitsevat toivoi, että voisi vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Kolme neljästä 25 001–35 000 € ja 74 % 20 000 € tai alle ansaitsevista toivoi, että voisi vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä

Taulukoissa 15–18 verrataan, miten eri taustamuuttajat vaikuttavat kysymyksen ”Haluatteko osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?”. Käytetyt taustamuuttajat ovat ikä, siviilisääty, koulutus ja vuositulot.

Taulukko 15. Ikä ja kysymys: ”14. Haluatteko osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?” (n=92)

Ikä	n	Kyllä		Ei		Valid %	
		n	%	n	%	Kyllä	Ei
18–29-v.	3	2	2	1	1	67	33
30–44-v.	17	11	12	6	7	65	35
45–54-v.	20	11	12	9	10	55	45
55–64-v.	22	20	22	2	2	91	9
65–74-v.	13	8	9	5	5	62	38
75–85-v.	15	6	7	9	10	40	60
yli 85-v.	2	1	1	1	1	50	50
Yhteensä	92	59	64	33	36		

Vastaajista ikään ja kysymykseen ”Haluatteko osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?” vastasi 92 vastaajaa. Ikäryhmä 55–64-vuotiaat oli ikäryhmänä kaikkein halukkain osallistumaan terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Ikäryhmästä 91 % halusi osallistua palvelujen kehittämiseen. 18–44-vuotiaista 65 %, 45–54-vuotiaista 55 % ja 65–74-vuotiaista 62 % halusi osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen.

Yli 85-vuotiaista toinen vastaaja halusi osallistua ja toinen vastaaja ei halunnut osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Ikäryhmä 75–85-vuotiaat olivat ainoa ikäryhmä, jossa suurempi määrä ei halunnut osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Ikäryhmästä kehittämiseen halusi osallistua 40 % vastaajista. Siviilisäädyn merkitystä haluan osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen tarkastellaan taulukossa 16. Molempiin kysymyksiin vastanneita oli 95 vastaajaa.

Taulukko 16. Siviilisäätö ja kysymys: ”14. Haluatteko osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?” (n=95)

	n	Kyllä		Ei		Valid %	
		n	%	n	%	Kyllä	Ei
Siviilisäätö	31	22	23	9	10	71	29
Naimaton	22	14	15	8	8	64	36
Avoliitossa	7	4	4	3	3	57	43
Eronnut	22	16	17	6	6	73	27
Leski	13	5	5	8	8	39	61
Yhteensä	95	61	64	34	36		

Eronneista 73 % halusi osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Naimattomia määrällisesti oli eniten vastaajista ja heistä 71 % halusi osallistua kehittämiseen. Avio- tai avoliitossa olevista vastaajista 62 % halusi osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Lesket olivat ryhmänä ainoa, jossa vähemmistö halusi osallistua palvelujen kehittämisessä. Leskistä kehittämiseen halusi osallistua 39 %. Koulutuksen merkitystä haluan osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen tarkastellaan taulukossa 17. Molempiin kysymyksiin vastanneita oli 93 vastaajaa.

Taulukko 17. Koulutus ja kysymys: ”14. Haluatteko osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?” (n=93)

	n	Kyllä		Ei		Valid %	
		n	%	n	%	Kyllä	Ei
Koulutus	37	21	23	16	17	57	43
Kansakoulu tai peruskoulu	42	28	30	14	15	67	33
Ammatillinen toisen asteen koulutus	5	3	3	2	2	60	40
Ylioppilastutkinto	7	6	6	1	1	86	14
Alempi korkeakoulututkinto	2	2	2	0	0	100	0
Ylempi korkeakoulututkinto	93	60	65	33	35		

Lähes kaikki alemman- tai ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneista halusi osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Kansakoulun, peruskoulun, ammatillisen toisen asteen koulutuksen tai ylioppilastutkinnon suorittaneista 62 % halusi osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Vuositulojen merkitystä haluan osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen tarkastellaan taulukossa 18. Molempiin kysymyksiin vastanneita oli 93 vastaajaa.

Taulukko 18. Vuositulot ja kysymys: ”14. Haluatteko osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?” (n=93)

	n	Kyllä		Ei		Valid %	
		n	%	n	%	Kyllä	Ei
Vuositulot	42	26	28	16	17	62	38
Alle 10 000 €	33	19	20	14	15	58	42
10 000–15 000 €	7	5	5	2	2	71	29
15 001–20 000 €	5	5	5	0	0	100	0
20 001–25 000 €	3	2	2	1	1	67	33
25 001–30 000 €	1	1	1	0	0	100	0
30 001–35 000 €	1	0	0	1	1	0	100
35 001–40 000 €	1	1	1	0	0	100	0
40 001–45 000 €	93	59	63	34	37		

Kaikki vastaajat, jotka ansaitsivat vuosituloja 20 001–25 000 €, 30 001–35 000 € tai 40 001–45 000 € halusi osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. 71 % 15 001–20 000 € ansaitsevista ja 67 % 25 001–30 000 € ansaitsevista halusi osallistua terveyttä edistävien palvelujen

kehittämiseen. Noin neljä viidestä kaikista vastaajista ansaitsi vuosituloja 15 000 € tai vähemmin, ja näistä 60 % halusi osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. 35 001–40 000 € vuosituloja ansaitsevia oli 1 vastaaja, ja hän ei halunnut osallistua terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen.

## **9 POHDINTA**

### **9.1 Tulosten tarkastelu**

Hallituskauden tavoitteeksi on määritetty muun muassa terveys- ja hyvinvointierojen pieneneminen, terveyden edistämisen ja varhaisen puuttumisen vahvistuminen päätöksenteossa, palveluissa ja työelämässä, tuetaan eri-ikäisten vastuunottamista omasta terveydentilasta ja elämäntavoistaan sekä ikääntyneiden ja perheiden hyvinvoinnin ja palveluiden parantaminen. (Valtioneuvosto 2015, 20–22; Larivaara 2016, 4.) Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on osallisuuden vahvistaminen. Osallisuutta edistämällä estetään syrjäytymistä sekä vähennetään eriarvoisuutta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b; Osallisuuden edistäminen s.a.) Sosiaali- ja terveystyöpalvelut ja työllisyyspalvelut ovat tärkeässä roolissa osallisuuden edistämisessä. Muun muassa erilaiset harrastusseurat ja järjestöt sekä seurakunnat ovat myös tärkeitä osallisuuden vahvistamisessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotkalaisten kokemuksia osallisuudesta terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Kotkan kaupunki toteutti syksyllä 2016 asukastutkimuksen, jossa selvitettiin kotkalaisten mielipidettä siihen, miten kaupungin palveluita, imagoa ja ilmapiiriä sekä elinvoimaisuutta tulisi kehittää. Tutkimuksessa kysyttiin asukkailta myös, miten he haluaisivat osallistua kaupungin kehittämiseen. (Kotkan kaupunki 2017.)

Vuosituloilla oli tutkimuksessamme vaikutusta siihen, halusiko vastaaja vaikuttaa enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämiseen. Yli 20 000 € vuodessa ansaitsevista suurin osa halusi vaikuttaa enemmän, kun taas alle 20 000 € vuodessa ansaitsevista vaikutusmahdollisuutta toivoi selkeästi pienempi määrä. Tutkimustuloksessamme tulee kuitenkin huomioida, että yli 20 000 € vuodessa ansaitsevia oli vastaajista selkeä vähemmistö. Kaikki

ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneista toivoivat, että voisivat vaikuttaa nykyistä enemmän, mutta heitä oli määrällisesti vain kaksi vastaajaa. Muuten koulutustasolla ei ollut vaikutusta haluan vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Sosioekonomisella asemalla on vaikutus osallisuusaktiivisuuteen. Korkeammassa ammattiasemassa ja korkeammin koulutetut osallistuvat aktiivisemmin kuin esimerkiksi työttömät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

Tutkimukseemme vastanneista selkeä enemmistö oli koulutustasoltaan peruskoulun tai toisen asteen koulutuksen käyneitä. Noin kolmannes vastaajista ei ollut palkallisessa ansiotyössä, joten koulutus voi osaltaan vaikuttaa vastaajien työllistymiseen. Moision (2008) mukaan peruskoulutustason työllistyminen nykyisillä työmarkkinoilla on vaikeampaa ja voi olla osa syy syrjäytymiseen.

Tutkimuksessamme suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä kulttuuripalveluihin. Terveystieteiden palveluihin tutkimuksessamme oli tyytyväisiä reilu puolet vastaajista ja vastaavasti tyytymättömiä vajaa puolet. Sosiaalihoitoon palveluihin vastaajista puolet oli tyytyväisiä ja puolet tyytymättömiä. Kotkan kaupungin kyselyssä onnistuneimpina palveluina pidettiin kulttuuripalveluita ja vastaavasti heikoimmin onnistuneimpina palveluina olivat terveyden- ja sosiaalihoitoon palvelut.

Opinnäytetyössä sosiaalihoitoon palveluihin tyytymättömistä 16 vastaajaa perusteli, miksi he eivät olleet tyytyväisiä palveluihin. Tärkeimmät syyt olivat tyytymättömyys rahalliseen tukeen ja palveluiden hitaus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016) toteutti tutkimuksen sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksessa vastaajista noin kolmasosa piti toimeentulotukea riittämättömänä ja 75 % arvioi, että asioiden hoito oli monimutkaista ja työlästä.

Kysyttäessä, miten haluaisi osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen, reilu kolmasosa vastaajista halusi osallistua vastaamalla internetkyselyyn. Kotkan kaupungin asukastutkimukseen vastanneista 48 % halusi osallistua kehittämiseen sosiaalisen median kautta ja 46 % halusi vastata sähköpostikyselyihin. Tutkimuksessamme lähes kolmasosa vastaajista halusi osal-



listua vastaamalla postikyselyyn. Kotkan kaupungin kyselyssä kyseistä vastausvaihtoehtoa ei ollut. Tutkimuksessamme eläkeläisiä oli lähes puolet vastaajista ja vastaavasti Kotkan teettämässä tutkimuksessa heitä oli vain 10 % vastaajista. Tilastokeskuksen (2014) tutkimuksen mukaan 86 % 16–89-vuotiaista käytti internetiä. 75–89-vuotiaista 28 % oli internetin käyttäjiä. Tämä osaltaan voi vaikuttaa tutkimuksessamme postikyselyn suosioon.

Kailio (2014) pro gradu -tutkielmassaan kotona asuvien ikäihmisten osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa tutki 71–93-vuotiaiden kokemuksia osallisuudesta. Tutkimuksen mukaan osallisuutta estävä tekijä oli oman kiinnostuksen puute toimintaan. Lisäksi osallisuutta esti kokonaan tai vähensi vastaajan huono fyysinen kunto sekä kiinnostumattomuus palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Näiden lisäksi osallisuutta saattoi estää haluttomuus vaikuttaa, aloitekyvyttömyys ja yleisesti vanhuus. Pursio (2016) tutki pro gradu -tutkimuksessaan työttömien kokemuksia terveyttä edistävästä hyvinvointipalveluista. Hänen tutkimuksessaan osallistumismotivaatiota heikentäviksi tekijöiksi nousivat esimerkiksi palvelujen vaikea saavutettavuus, huono yhteisymmärrys henkilökunnan kanssa sekä se, etteivät palvelut vastanneet omaa tarvetta. Tutkimuksessamme syyt heikkoon osallisuushalukkuuteen olivat samansuuntaisia.

## **9.2 Luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat reliiäabelius ja validius. Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta parantaa se, että tutkimusongelmat on määritelty selkeästi ja täsmällisesti ja oikeaa asiaa on tutkittu kyselylomakkeella. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoitus. Tutkimuksen yleistettävyyden on osa validiteettia. Tulosten yleistettävyyteen vaikuttaa se, kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. Tutkimuksen tulosta saattaa vääristää tutkimuksen kato. Reliabiliteetista puhuttaessa tarkoitetaan mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tietoa on luotettavaa, kun sama tulos saadaan eri mittauskerroilla. (Vilka 2007, 152; Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189, 195.)

Tieteellisessä työssä on tärkeimmät käsitteet määriteltävä oikein, koska näitä tarvitaan tutkimuksen mittauksessa ja mittarin laadinnassa (Kananen 2015, 346). Tutkimuksen keskeiset käsitteet olemme määritelleet teoreettisessa osassa.

Kyselylomakkeen esitestaus tarkoittaa sitä, että pieni joukko tutkimusotosta vastaavia henkilöitä vastaa kyselylomakkeeseen. Esitestauksella selvitetään lomakkeen luotettavuutta ja toimivuutta. Esitestauksessa olisi hyvä saada lomakkeen täyttäjiltä palautetta, kuten puuttuuko jotakin oleellista jota ei ole kysytty. Lisäksi olisi hyvä saada tietoa olivatko kysymykset selkeät, oliko kysymyksiin vaikea vastata, olivatko vastausohjeet selkeät ja oliko vastausvaihtoehtoja riittävästi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191–192.) Esitestauksen suoritimme elokuussa ennen kyselyn aloittamista viidellä 25–65-vuotiaalla, eri elämäntilanteessa olevalla henkilöllä, jotka edustivat molempia sukupuolia. Saadun palautteen pohjalta muutimme kysymyksen 4. otsikoksi koulutus peruskoulutuksen sijaan ja vastausvaihtoehdoista lukion ylioppilastutkinoksi.

Vastausprosentti vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Kyselyä ei lähetetty, vaan se oli täytettävissä Korttelikodeissa, Kumppanuustalo Viikarissa ja seurakunnan arkiruokailuissa. (Ks. Vilka 2007, 150.) Korttelikodeissa ja seurakunnan ruokailuissa käy paljon samoja asiakkaita. Kyselylomakkeemme tavoitti siis samat ihmiset useampaan kertaan. Emme kuitenkaan usko, että kukaan olisi vastannut useamman kerran. Arkiruokailuissa useampi asiakas kertoi meille, että oli vastannut kyselyyn jo edellisellä viikolla tai toisessa toimipisteessä. Korttelikodeissa henkilökunta huolehti kyselyiden jakamisesta ja vastaanotosta. Vastausprosenttiamme voi siis pitää melko luotettavana.

Tutkimus tulee tehdä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, vain siten se voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Tutkimusetiikka on tutkimuksessa mukana ideoinnista raportointiin ja velvoittaa kaikkia tutkijoita samalla tavalla. Tutkimuksen teossa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen tulosten julkaisun tulee olla avointa, tuloksia ei pimitetä tai vääristellä vaikka ne olisivat erilaisia kuin olisi haluttu. Tutkimuksen raportointi on yksityiskohtaista. Muiden tutkijoiden töihin tulee suhtautua

kunnioittaen ja arvostaen ja niihin viitattaessa pitää olla asianmukaisesti lähdemerkinnät. Toisten tutkimusten plagiointi tai vääristely on tutkimusetiikan vastaista. Tutkimusta varten täytyy olla hankittuna tarvittavat tutkimusluvut. (Kuula 2011, 35; Kananen 2015, 125–126; Vilkkä 2015, 41–42.)

Paperisissa vastauslomakkeissa vaarana on, että käsialan takia saattaa tulla epäselvyyksiä vastauksista. Suurin osa kyselylomakkeen kysymyksistä olivat rasti ruutuun kysymyksiä ja avoimissa vastauksissa vastaukset olivat selkeästi kirjoitettu, joten väärinymmärtämisen vaaraa ei ollut. Muutamasta lomakkeesta mietimme, oliko vastaaja ymmärtänyt kysymyksen oikein, koska vastaus olisi sopinut paremmin johonkin toiseen kysymykseen. Muutamasta avoimista vastauksista olivat myös hieman kyseenalaisia, minkä perusteella päätelimme, että kysymyksen avoimeen osaan ei vastaaja ollut vastannut välttämättä tosissaan.

Tutkimuksen toteutuksessa on otettava huomioon tietosuojalain käytäntö, jolloin ihmisen yksityisyydensuoja toteutuu. Käytännöllä ei ole tarkoitus estää tutkimusaineistojen keräämistä ja analysointia, vaan tarkoituksena on suojata ihmisten henkilötietoja. Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiden on annettava suostumus tutkimukseen. Tutkittavan suostumus tulee olla vapaaehtoinen. Tutkimukseen kieltäytyminen on mahdollista ja vapaaehtoisuus on voimassa koko tutkimuksen ajan. Kerättyä aineistoa on tutkijan käsiteltävä laillisesti ja huolellisesti, ettei yksityisyyden suoja vaarannu. Aineistoa käsittelevät vain tutkijat, jotka huolehtivat myös sen asianmukaisesta säilyttämisestä ja hävittämisestä tutkimuksen päätyttyä. (Kuula 2011, 79, 85, 87–89, 209.) Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, jonka mainitsimme aina arkiruokailuissa paikalla ollessamme.

Anonymiteetti säilyi, koska vastaajat laittoivat itse vastauslomakkeensa vastauslaatikkoon. Lomakkeita ei voi yhdistää vastaajiin mitenkään, koska lomakkeissa ei kysytty tunnistettavia tietoja. Vastauslomakkeita ei ole myöskään näytetty ulkopuolisille henkilöille. Vastauslomakkeet säilytimme ja hävitimme asianmukaisesti. Tulosten esittämisessä olemme olleet avoimia. Tuloksia ei ole vääristelty eikä jätetty kertomatta mitään. Kaikki vastauslomakkeet olivat mukana tuloksissa.

### 9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Yhteiskunnassa on usean kymmenen vuoden ajan tavoitteellisesti pyritty vaikuttamaan asukkaiden terveyteen, hyvinvointiin ja osallisuuteen. Tutkimuksemme selkeä enemmistö vastaajista koki terveyden edistämisen palvelut erittäin tärkeiksi. Vastaajista enemmistö oli tyytyväisiä Kotkan kaupungin järjestämiin terveyden edistämisen palveluihin. Osallisuuden näkökulmasta katsottuna, vastaajista enemmistö koki, että terveyden edistämisen palveluiden kehittämiseen he eivät itse voisi vaikuttaa. Vastaavasti enemmistö toivoisi ja haluaisi vaikuttaa terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Merkittävimmät syyt osallistumattomuuteen liittyivät joko siihen, että vastaajat kokivat, että eivät pystyneet tai eivät tieneet, miten he voisivat vaikuttaa tai eivät jaksaneet yrittää vaikuttaa. Tutkimuksemme perusteella voisi päätellä, että yksilön vaikuttamismahdollisuuksista kaupunki voisi tuoda enemmän esille ja vaikuttamisesta voisi yrittää tehdä helpompaa.

Tutkimuksemme vajaa puolet vastaajista oli käyttänyt joko liikunta- tai kulttuuripalveluita tai Kotka-Kymin seurakunnan tarjoamia palveluita. Koska nämä terveyden edistämisen palvelut osaltaan vahvistavat osallisuutta, olisi Kotkan kaupungin aktivoitava kuntalaisia näiden palveluiden piiriin. Esimerkiksi liikuntapalveluiden osalta kaupunki voisi järjestää liikuntapäiviä tai -viikkoja, jolloin sisäänpääsymaksut olisivat kaikille selkeästi edullisemmat tai mahdollisuuksien mukaan jopa ilmaiset. Tarkoituksena olisi saada kuntalaiset mukaan toimintaan, ja näin edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia.

Jatkotutkimusaiheina voisi selvittää, mitä käytännön keinoja Kotkassa toteutetaan, joilla pyritään vahvistamaan kuntalaisten osallisuutta tai miten Kotkan kaupunki voisi kehittää asukkaidensa osallisuusmahdollisuuksia.

Kiinnostavaa olisi myös selvittää, miten tasavertainen suhde toteutuu käytännössä terveydenhuollon ammattihenkilön ja asiakkaan välillä. Tutkimuksen voisi rajata koskemaan vain asiakkaiden näkemyksiä. Toki paremman kokonais kuvan osallisuudesta saisi, kun tutkimuksessa selvitettäisiin myös terveydenhuollon ammattihenkilöstön näkemykset. Tällöin vastauksia pystyisi myös vertailemaan. Tutkimuksen voisi toteuttaa hyvinkin laajasti valitsemalla useita toimipisteitä tutkimukseen tai sen voisi rajata esimerkiksi tietyn terveysaseman

asiakkaisiin, haluttua pitkäaikaissairautta sairastaviin asiakkaisiin tai kotihoiton asiakkaisiin.

Tutkimukseemme vastanneista neljäsosa oli työttömiä. Voisi tutkia, miten vuoden alusta voimaan tullut aktiivimalli on vaikuttanut heidän elämäänsä ja työnhakuunsa. Onko se lisännyt aktiivisuutta työnhakuun vai onko ollut vaikutusta?

Korttelikodeista saimme kyselylomakkeestamme palautetta, että sieltä puuttui palveluvalikoimasta yhdistykset, joihin Korttelikoditkin kuuluvat. Tästä voisi miettiä Korttelikodeille oman tutkimuksen, jossa selvitettäisiin asiakkaiden tyytyväisyyttä/ tyytymättömyyttä toimintaan. Heiltä voisi kysyä, mitä palveluita voisi olla enemmän tai mitä puuttuu kokonaan sekä miten Korttelikotien toimintaa voisi kehittää vai tarvitseeko kehittää ollenkaan.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2015. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. 2017. Työllisyyskatsaus Kaakkois-Suomi, tammikuu 2017. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://www.ely-keskus.fi/documents/10191/21629902/Tyollisyyskatsaus\\_tammikuu\\_2017.pdf/b160b2be-9ebb-4d87-a7c4-5c70bfcf9cae](http://www.ely-keskus.fi/documents/10191/21629902/Tyollisyyskatsaus_tammikuu_2017.pdf/b160b2be-9ebb-4d87-a7c4-5c70bfcf9cae) [viitattu 10.3.2017].

Elintavat ja elinympäristö s.a. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/elintavat-ja-elinymparisto> [viitattu 26.2.2017].

Guerra-Guerrero, V., Santos Salas, A., Del Pilar Camargo Plazas, M., Cofre Gonzalez, C & Cameron, B. 2014. Understanding the Life Experience Of People on Hemodialysis: Adherence to Treatment and Quality of Life. Nephrology Nursing Journal Vol. 41, No. 3. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.xamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=681aeef6-cbd5-4909-9ba1-1918e8e298d7%40session-mgr4008&vid=0&hid=4209> [viitattu 13.3.2017].

Hakala, J. 2015. Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 4.painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 14–26.

Hallituksen reformi s.a. Sote ja maakuntauudistus. Mikä on sote-uudistus. WWW- dokumentti. Saatavissa: <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus> [viitattu 13.11.2017].

Hamunen, E., Sauli, H. & Kolttola, L. 2009. Yksi luku ei riitä hyvinvoinnin mittariksi. *Tieto&trendit* 7, ei sivunumeroita. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-11-10\\_001.html?s=0](http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-11-10_001.html?s=0) [viitattu 3.2.2017].

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Verkkokoulutusmateriaali. Edita publishing. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKI-MUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf](http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKI-MUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf) [viitattu 1.4.2017].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, J. 2015. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903) [viitattu 29.1.2017].

Ilmarinen, K., Aalto, A.-M. & Muuri, A. 2016. Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130696/URN\\_ISBN\\_978-952-302-674-2.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130696/URN_ISBN_978-952-302-674-2.pdf?sequence=1) [viitattu 18.11.2017].

Institutet för hälsa och välfärd. 2011. Ledning för en frisk och välmående kommun: Stödmaterial för kommunledningen. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085170> [viitattu 26.3.2017].

Kailio, A.-L. 2014. Kotona asuvien ikäihmisten osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140535/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140535.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140535/urn_nbn_fi_uef-20140535.pdf) [viitattu 26.1.2017].

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kannas, L., Eskola, K., Välimaa, P. & Mustajoki, P. 2010. Virtaa – terveyden perusteet. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.

Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva Hoitotyö* 4, 40–42.

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf) [viitattu 18.2.2017].

Kotka-Kymin Seurakunta s.a. Arkiruokailu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kotka-kymniseurakunta.fi/8115-arkiruokailu> [viitattu 30.1.2018].

Kotkan kaupungin liikuntapalvelut s.a. Kotkan kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/asukkaalle/liikunta\\_ja\\_vapaa-aika](http://www.kotka.fi/asukkaalle/liikunta_ja_vapaa-aika) [viitattu 18.3.2017].

Kotkan kaupunki. 2012. Palveluverkkoselvitys ja palvelustrategia 2020. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/19657\\_Kotka\\_palv-verkkoselv\\_palv-strat\\_valt151012.pdf](http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/19657_Kotka_palv-verkkoselv_palv-strat_valt151012.pdf) [viitattu 18.3.2017].

Kotkan kaupunki. 2013. Kaupunkistrategia 2013–2016. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/19663\\_Kaupunkistrategia\\_2013-2013\\_hyvak-sytyy.pdf](http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/19663_Kaupunkistrategia_2013-2013_hyvak-sytyy.pdf) [viitattu 18.3.2017].

Kotkan kaupunki. 2015. Tilastotietoja Kotkasta. Tilastotietoja 2015 -julkaisu. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/28387\\_Tilastotietoja\\_2015.pdf](http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/28387_Tilastotietoja_2015.pdf) [viitattu 10.3.2017].

Kotkan kaupunki. 2017. Asukastutkimus 2016. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/29065\\_Kotkan\\_kaupunki\\_-\\_Asukastutkimus\\_2016\\_02032017\\_1\\_.pdf](http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/29065_Kotkan_kaupunki_-_Asukastutkimus_2016_02032017_1_.pdf) [viitattu 3.1.2018].

Kotkan kaupunki s.a. Terveiden edistäminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/asukkaalle/terveyspalvelut/terveyden\\_edistaminen](http://www.kotka.fi/asukkaalle/terveyspalvelut/terveyden_edistaminen) [viitattu 26.3.2017].

Kotkan Korttelikotiyhdistys ry. 2015. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.korttelikoti.fi/index.php> [viitattu 12.3.2017].

Koulutus ja opiskelu s.a. Kotkan kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/asukkaalle/koulutus\\_ja\\_opiskelu](http://www.kotka.fi/asukkaalle/koulutus_ja_opiskelu) [viitattu 18.3.2017].

Kulttuuripalvelut Kotkassa s.a. Kotkan kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kotka.fi/asukkaalle/kulttuuripalvelut> [viitattu 18.3.2017].

Kumppanuustalo Viikari s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kumppanuustaloviikari.fi/> [viitattu 12.3.2017].

Kuntalaki 10.4.2015/410.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Larivaara, M. 2016. Kärkihanke Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3832-8> [viitattu 9.3.2017].

Lehtonen, H. 2008. Ikääntyneiden kokemuksia terveydestä ja terveyden edistämisestä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20090044/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20090044.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090044/urn_nbn_fi_uef-20090044.pdf) [viitattu 26.1.2017].

Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M., Cook, S. 2013. Health in All Policies- Seizing opportunities, implementing policies. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:9. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3407-8> [viitattu 17.3.2017].

Moisio, M., Karvonen, S., Simpura, J. & Heikkilä M. (toim.) 2008. Suomalaisen hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Osallisuuden edistäminen s.a. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/osallisuuden-edistaminen> [viitattu 18.2.2017].

Pentikäinen, S. 2014. Kunnan viranhaltijoiden ja valtuutettujen näkemyksiä hyvinvointikertomuksesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-201501121068> [viitattu 18.3.2017].



Pietilä, A (toim.) 2010. Terveyden edistäminen–Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro.

Poukka, A. 2011. Terveyden edistämisen asiantuntijuus kunnassa–terveyden edistämisen asiantuntijoiden näkemyksiä työssä tarvittavasta osaamisesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-2011120211757> [viitattu 18.3.2017].

Pursio, K. 2016. Työttömien kokemuksia terveyttä edistävästä hyvinvointipalveluista. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20160593> [viitattu 14.1.2018].

Puumalainen, P. 2011. Ikääntyneiden asuminen ja hyvinvointi. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110124/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110124.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110124/urn_nbn_fi_uef-20110124.pdf) [viitattu 6.3.2017].

Raivio, H. & Karjalainen, J. 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Julkaisussa Era, T. (toim.) Osallisuus-oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. 12–34. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAI-SUJA1562013\\_web.pdf?sequence=1](http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAI-SUJA1562013_web.pdf?sequence=1) [viitattu 18.2.2017].

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo98401&p\\_haku=omahoito](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98401&p_haku=omahoito) [viitattu 18.2.2017].

Rouvinen-Wilenius, P., Aalto-Kallio, M., Koskinen-Ollonqvist, P. & Nikula, T. 2011. Osallisuus osana tasa-arvoa. Teoksessa Rouvinen-Wilenius, P & Koskinen-Ollonqvist, P. (toim.) Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnan näyttäjiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 9/2011. Pdf-dokumentti, 49–76. Saatavissa: [http://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/tasa-arvo\\_ja\\_osallisuus\\_2012.pdf](http://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/tasa-arvo_ja_osallisuus_2012.pdf) [viitattu 12.3.2017].

Saari, J. 2011. Hyvinvointi: Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Teoksessa Saari, J (toim.). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) 2013. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Särkelä, R. 2011. Osallisuus, vaikutusmahdollisuudet ja sosiaalinen kestävyys. Teoksessa Pohjola, A. & Särkelä, R. (toim.) Sosiaalisesti kestävä kehitys. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki, 144–167.

Terveyden edistäminen s.a. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/terveyden-edistaminen> [viitattu 18.3.2017].

Terveyden edistäminen kunnissa s.a. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/terveyden-edistaminen/kunnat> [viitattu 18.3.2017].

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/terveyden-edistamisen-laatusuositus> [viitattu 26.2.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Terveyden edistäminen on kunnan tehtävä. Tiedä ja toimi-korttisarja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Koettu terveys. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/koettu-terveys> [viitattu 17.2.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. ATH-Tilastokuviot. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/graph/user-select.php?alue1=ath\\_08&alue2=ath\\_1001&osoi-tin=ath\\_srh\\_adult\\_345\\_cr&kuvio=educ3&laheta=N%E4yt%E4](http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/graph/user-select.php?alue1=ath_08&alue2=ath_1001&osoi-tin=ath_srh_adult_345_cr&kuvio=educ3&laheta=N%E4yt%E4) [viitattu 18.2.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Eriarvoisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus> [viitattu 18.3.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015c. Hyvinvointi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi> [viitattu 31.1.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Keskeisiä käsitteitä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita> [viitattu 29.1.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Osallisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus> [viitattu 18.2.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016c. THL:n sairastavuusindeksi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/> [viitattu 18.2.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016d. Terveys kaikissa politiikoissa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveys-kaikissa-politiikoissa> [viitattu 17.3.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Hyvinvointikompassi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/etusivu> [viitattu 18.2.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Liikunta mukaan kuntien hyvinvointikertomuksiin. Tiedä ja toimi- korttisarja. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201701171159> [viitattu 19.3.2017].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveydensuojelulaki 19.8.1994/763.

Tietoa Kotkasta s.a. Kotkan kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/tietoa\\_kotkasta](http://www.kotka.fi/tietoa_kotkasta) [viitattu 28.2.2017].

Tilastokeskus s.a. Käsitteet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/kas/siviilisaaty.html> [viitattu 11.5.2017].

Tilastokeskus. 2014. Puolet suomalaisista mukana yhteisöpalveluissa. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/sutivi/2014/sutivi\\_2014\\_2014-11-06\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/sutivi/2014/sutivi_2014_2014-11-06_tie_001_fi.html) [viitattu 7.1.2018].

Tilastokeskus. 2017a. Syyskuun työttömyysaste 8,0 prosenttia. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/tyti/2017/09/tyti\\_2017\\_09\\_2017-10-24\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/tyti/2017/09/tyti_2017_09_2017-10-24_tie_001_fi.html) [viitattu 17.11.2017].

Tilastokeskus. 2017b. Kysymysten ja lomakkeiden suunnittelu ja testaus. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.stat.fi/tup/htpalvelut/haastutk\\_toiminta\\_lomakesuunn.html#\\_ga=1.183467439.869270009.1493184294](http://www.stat.fi/tup/htpalvelut/haastutk_toiminta_lomakesuunn.html#_ga=1.183467439.869270009.1493184294) [viitattu 26.4.2017].

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2014. Kuntouttava työtoiminta – kunta tukee työllistymistäsi. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonhakijalle/tukea\\_tyollistymiseen/kuntouttava\\_tyotoiminta/index.html](http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonhakijalle/tukea_tyollistymiseen/kuntouttava_tyotoiminta/index.html) [viitattu 5.11.2017].

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2017. Palkkatuki. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonantajalle/loyda\\_tyontekija/tukea\\_rekrytointiin/palkkatuki/index.html](http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonantajalle/loyda_tyontekija/tukea_rekrytointiin/palkkatuki/index.html) [viitattu 5.11.2017].

Valtioneuvosto. 2015. Ratkaisujen Suomi – Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma> [viitattu 9.3.2017].

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Kustannusyhtiö Tammi.

Vähäkangas, K. & Tuomisto, J. 2010. Ympäristöterveyden edistämisen globaaleja ulottuvuuksia. Teoksessa Pietilä, A. (toim.) Terveyden edistäminen – Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro, 53–75.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

World Health Organization 2016. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> [viitattu 27.1.2017].

World Health Organization. The Ottawa Charter for health promotion. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [viitattu 25.2.2017].

Ympäristöterveydenhuollon järjestäminen s.a. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW- dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/ymparistoterveys/vastuut> [viitattu 26.2.2017].

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalveluiden palvelualue Terveystieteiden vastuualue Terveysjohtaja	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §  19.06.2017	33	Sivu  1
--	--	----	---------------

Dnro D/2053/13.00.00/2017

**Tutkimuslupa, Kataikko Kati ja Koivula Petra**

Valmistelija: Johdon sihteeri Pirjo Tamminen

Kati Kataikko ja Petra Koivula ovat anoneet tutkimuslupaa 26.5.2017 saapuneella tutkimuslupahakemuksella.

**Tutkimuksen nimi:**

Kotkalaisten kokemuksia osallisuudesta terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä.

**Tutkimuksen luonne:**

(Asiakkaisiin / henkilökuntaan kohdentuva haastattelu / kyselytutkimus)  
Kyselytutkimus Kotkan korttelikotien, Kumppanuustalo Viikarin ja Kotka-Kymin seurakunnan asiakkaille.

Päätös: Tutkimuslupa myönnetään tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Terveysjohtaja



Homanen Kati

Toimeenpano:

Ote: Kataikko Kati ja Koivula Petra  
Engelhardt Sari  
Kotkan korttelikodit, Kumppanuustalo Viikari  
Kotka-Kymi seurakunta  
Sipari Johanna  
Kaupunginhallitus  
Tiedoksi sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta

Muutoksenhakuohje liitteenä

Tämä viranhaltijan pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 3.7.2017 kaupungintalo 4. kerros (sosiaali- ja terveystoimen hallinto).

## Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos	Tutkimuksen tulokset
Guerra-Guerrero, V., Santos Salas, A., Del Pilar Camargo Plazas, M., Cofre Gonzalez, C & Cameron, B. Understanding the Life Experience Of People on Hemodialysis: Adherence To Treatment and Quality of Life. 2014	Tutkia dialyysihoidossa olevien potilaiden kokemuksia. Tutkia hoitoon sitoutumista ja elämänlaatua.	Syvähaastattelu.	15 dialyysihoidossa olevaa chileläistä. Haastattelututkimuksessa 2 pääteemaa, jotka ovat sairauden ja dialyysihoidon käsitteleminen sekä taudin etenemisen estäminen hoidolla.	Potilaan persoona ja ympäristötekijät vaikuttivat hoitoon sitoutumiseen ja koettuun elämänlaatuun. Terveystieteen alan ammattihenkilön kuului ottaa potilaan persoona ja ympäristötekijät huomioon ja ymmärtää potilaiden yksilölliset erot.
Lehtonen, H. Ikäntyneiden kokemuksia terveydestä ja terveyden edistämisestä. 2008.	Kuvailla kuopiolaisten kotona asuvien ikääntyneiden (yli 65- v.) kokemuksia terveydestä ja terveyden edistämisestä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa asiakaslähtöisten terveyden edistämisen toimintamallien kehittämiseen.	Teemahaastattelututkimus. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällysanalyysillä.	Kotona asuvia yli 65- vuotiaita kuopiolaista. Osallistujat saatiin tutkimukseen Kuopiossa toimivan eläkeläisjärjestön kautta.	Osallistuneet kokivat terveyden ja terveyden edistämisen laaja-alaisina ja elämään kuuluvina. Osallistujien mielestä monet tekijät vaikuttavat terveyteen myönteisesti tai heikentävästi. Terveyteen vaikuttamisen keskiössä oli ikääntyneiden asennoituminen elämään. Heidän näkemystensä mukaan ikä, kohtalo ja sattuma sekä perimä ja ympäristölliset tekijät olivat yhteydessä terveyteen, mutta niihin ei terveyttä tukevalla toiminnalla voinut vaikuttaa.
Kailio, A.-L. Kotona asuvien ikäihmisten osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa. 2014.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kotona asuvien ikäihmisten omia kokemuksia heidän osallisuudesta hyvinvointipalveluiden suunnittelussa.	Laadullisena tutkimus. Teemahaastattelu. Aineiston analyysissä käytin teoriasidonnaista sisällysanalyysia.	Kahdeksan Etelä-Kymenlaaksossa asuvaa 71–93-vuotiaasta henkilöä.	Osallisuus toteutui osallisuutena päätöksenteossa, informaation saamisena ja toiveiden ja mielipiteiden huomioonottamisena. Lisäksi osallisuuden vahvistamista palveluiden suunnittelussa korostettiin ja koettiin tarvittavan.

<p>Puumalainen, P. Ikääntyneiden asuminen ja hyvinvointi. 2011.</p>	<p>Saada muodostettua kattava kuvaus ikääntyneiden hyvinvoinnista ja asumisvaihtoehdoista Suomessa.</p>	<p>Kirjallisuustutkimus.</p>	<p>Koko Suomi.</p>	<p>Hyvinvointia tukee asumisen esteettömyys ja turvallisuus, asunnon sijainti ja palveluiden saavuttaminen. Asuminen ja palvelut suunnitellaan asukkaan omat tarpeet huomioiden ja asukkaalla on oltava mahdollisuus valita riittävästi tukipalveluita. Senioriasunnot ovat haluttuja asumisratkaisuja. Nämä ovat kodinomaisia, itenäistä ja liikkumista tukevia asumismuotoja.</p>
<p>Poukka, A. Terveiden edistämisen asiantuntijuus kunnassa - terveyden edistämisen asiantuntijoiden näkemyksiä työssä tarvittavasta osaamisesta. Pro gradu. 2011.</p>	<p>Kuntien terveyden edistämisen asiantuntijoiden toimenkuva; millaista työ on tällä hetkellä ja minkälaista osaamista tarvitaan.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, puhelin haastattelu, aineisto analysoitu sisällön analyysillä</p>	<p>Kuntien palveluksessa olevat terveyden edistämisen asiantuntijat, n= 10</p>	<p>Työ vastaa pääpiirteittäin THL:n suosituksia. Kokonaisuudessaan suosituksukset toteutuvat vain parissa kunnassa.</p>
<p>Kotkan kaupunki 2017. Asukastutkimus 2016.</p>	<p>Tutkimuksessa kysyttiin kuntalaisten mielipidettä kaupungin palveluiden kehittämiseen, Kotkan brändin ja imagon kehittämiseen ja siihen, miten kuntalaiset itse haluaisivat vaikuttaa.</p>	<p>Sähköinen kyselylomake</p>	<p>Kotkan kaupungin asukkaat. 2390 vastausta.</p>	<p>Tärkeimpinä kehittämiskohteina pidettiin terveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdehuollon sekä vanhustenhuollon palveluita sekä katujen ja teiden hoitoa ja joukkoliikennettä. Onnistuneimpina palveluina pidettiin kulttuuripalveluita, tapahtumia sekä puistojen ja leikki- paikkojen hoitoa.</p>

<p>Ilmarinen, K., Aalto, A-M. &amp; Muuri, A. Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016</p>	<p>Selvittää sosiaali- ja terveyspalveluita koskevia mielipiteitä ja kokemuksia.</p>	<p>Internet- ja paperikysely. Aineiston keruun toteutti Tilastokeskus. Väestön mielipiteitä analysoitiin taustatekijöiden mukaisissa ryhmissä.</p>	<p>Otokseen Tilastokeskuksen tietokannasta poimittiin 18–79-vuotiaiden Suomessa asuvien suomenkielisten henkilöiden joukosta 6000 henkilöä.</p>	<p>Korkea luottamus sosiaalipalveluihin. Vähiten luotetaan vanhustalujen saatavuuteen. Tyytyväisiä henkilökuntaan ja tyytymättömiä monimutkaiseen prosessiin. Palvelujen saatavuutta ja sujuvuutta parannettava.</p>
<p>Pursio, K. Työttömien kokemuksia terveyttä edistävästä hyvinvointipalveluista. Pro gradu. 2016.</p>	<p>Selvittää millaista tukea ja terveyttä edistäviä hyvinvointipalveluja työttömät kokevat tarvitsevänsä ja kuinka palvelut vastaavat heidän kokemukseensa hyvinvoinnin ylläpitämisestä ja edistämisestä.</p>	<p>Laadullinen haastattelututkimus</p>	<p>Porvoon työttömiä, n= 16</p>	<p>Vastaajat tarvitsisivat tukea fyysisen ja psyykkisen hyvinvointinsa parantamiseen. Motivatiota osallistumiseen lisää mm. kannustava ja tukeva henkilökunta sekä hyvä ilmapiiri. Vastaavasti näiden puute heikensi motivaatiota.</p>



## Muuttujataulukko

<b>Tutkimusongelmat ja tutkittava alue</b>	<b>Teoreettinen tarkastelu</b>	<b>Kysymysnumero</b>
Taustamuuttujat		1–7
Toteutuuko osallisuus terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?	Sivut 18–20, 25–26	8–11
Millä tavalla voi vaikuttaa terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?	Sivut 19–22	12–15

**1. Sukupuoli**

- Nainen
- Mies

**2. Ikä**

- alle 18
- 18-29
- 30-44
- 45-54
- 55-64
- 65-74
- 75-85
- yli 85

**3. Siviilisääty**

- naimaton
- naimisissa
- rekisteröidyssä parisuhteessa
- avoliitossa
- eronnut
- leski

**4. Koulutus**

- kansakoulu tai peruskoulu
- ammatillinen toisen asteen koulutus
- ylioppilastutkinto
- alempi korkeakoulututkinto
- ylempi korkeakoulututkinto

**5. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvastaa elämäntilannettanne?**

- työssä
- työtön
- opiskelija
- yrittäjä
- eläkkeellä
- kotihoidontuella
- sairauslomalla
- toimeentulotuella
- ansiosidonnaisella päivärahalta
- varusmies- tai siviilipalveluksessa
- muu, mikä \_\_\_\_\_

**6. Äidinkieli**

- suomi
- ruotsi
- muu, mikä? \_\_\_\_\_

**7. Vuositulot**

- alle 10 000 €
- 10 000–15 000 €
- 15 001–20 000 €
- 20 001–25 000 €
- 25 001–30 000 €
- 30 001–35 000 €
- 35 001–40 000 €
- 40 001–45 000 €
- 45 001–50 000 €
- yli 50 000 €

**8. Mitä terveyttä edistäviä palveluita olette käyttäneet? Voitte valita useamman vaihtoehdon.**

- Terveydenhuollonpalvelut (Terveyskeskukset, sairaalat ja erikoissairaanhoido, suun terveydenhuolto, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto, työttömien terveyspalvelut, seulonnat, neuvolat, terveysneuvonta ja terveystarkastukset)
- Sosiaalihuollonpalvelut (sosiaalityö ja sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kotipalvelu ja kotihoito, omaishoidon tuki, asumispalvelut, laitoshoido, liikkumista tukevat palvelut, päihde- ja mielenterveyshuolto, kasvatus- ja perheneuvonta)
- Liikuntapalvelut (urheilu- ja liikuntahallit, jäähallit, palloilu- ja luistelukentät, uimahallit ja uimarannat, ulkoilureitit ja hiihtoladut)
- Vapaa-ajanpalvelut (harrastusseurat ja -järjestöt)
- Kulttuuripalvelut (kirjastot, museot, teatteri)
- Seurakunnan tarjoamat palvelut

**9. Kuinka tärkeäksi koette terveyttä edistävät palvelut?**

- Erittäin tärkeäksi
- Melko tärkeäksi
- Ei kovin tärkeäksi
- Ei lainkaan tärkeäksi

**10. Mihin seuraavista terveyttä edistävästä palveluista olette olleet tyytyväinen? Voitte valita useamman vaihtoehdon.**

- Terveydenhuollonpalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Sosiaalihuollonpalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Liikuntapalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Vapaa-ajanpalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Kulttuuripalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Seurakunnan tarjoamat palvelut, miksi? \_\_\_\_\_

**11.** Mihin seuraavista terveyttä edistävästä palveluista ette ole olleet tyytyväinen? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- Terveydenhuollonpalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Sosiaalihuollonpalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Liikuntapalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Vapaa-ajanpalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Kulttuuripalvelut, miksi? \_\_\_\_\_
- Seurakunnan tarjoamat palvelut, miksi? \_\_\_\_\_

**12.** Voitteko mielestänne vaikuttaa terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?

- Kyllä, miten? \_\_\_\_\_
- Ei, miksi ette? \_\_\_\_\_

**13.** Toivoisitteko, että voisitte vaikuttaa nykyistä enemmän terveyttä edistävien palveluiden kehittämisessä?

- Kyllä
- Ei

**14.** Haluatteko osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen?

- Kyllä
- Ei

**15.** Jos haluatte osallistua terveyttä edistävien palveluiden kehittämiseen, niin millä tavoin? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- Osallistua Internet kyselyyn
- Osallistua postikyselyyn
- Osallistua vapaaehtoistyöhön
- Osallistua raatiin
- Muuten, miten? \_\_\_\_\_

## Saatekirje

Arvoisa vastaaja

Olemme Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa opiskelevia sairaanhoidon opiskelijoita. Opinnäytetyömme aiheena on kotkalaisten kokemuksia osallisuudesta terveyttä edistävien palvelujen kehittämisessä. Työn toimeksiantaja on Kotkan kaupungin terveydenedistämisyksikkö. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää toteutuuko kotkalaisten mahdollisuus vaikuttaa terveyden edistämisen palveluihin. Vastausten perusteella kotkalaiset päättäjät saavat tietoa asukkaiden mielipiteestä asiaan.

Kyselyyn on mahdollista vastata Kotkan alueella sijaitsevissa Korttelikodeissa, joita ovat Muorikka, Alvariska, Naapuri, Ratikka sekä Kumppanuustalossa sijaitseva Loisto. Kysely toteutetaan lisäksi Kumppanuustalo Viikarissa, Kotkan seurakuntakeskuksessa ja Kymin seurakuntakeskuksessa. Kyselyyn voitte vastata joko Internetissä (<https://www.webropol-surveys.com/S/DEAAEC2ED4DC836E.par>) tai vastaamalla paperikyselyyn. Kyselyyn vastataan vapaaehtoisesti ja nimettömästi. Vastausten analysoinnin jälkeen vastaukset hävitetään asianmukaisesti. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 15 minuuttia. Paperikyselyyn vastaamisen jälkeen laittakaa kysely ohessa tulleet kirjekuoreen ja sulkekaa se. Kirjekuoren voitte antaa henkilökunnalle.

Vastatthän kyselyyn 17.9.2017 mennessä.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii koulun puolesta lehtori Sari Engelhardt. Kotkan kaupungin puolesta terveydenedistämisen koordinaattori Johanna Sipari.

Mikäli teillä on kysyttävää kyselylomakkeesta, otatthän yhteyttä meihin.

kati.kataikko@edu.xamk.fi, puh 040 xxx xxxx

petra.koivula@edu.xamk.fi, puh 040 xxx xxxx

Apua vastaamiseen voitte kysyä myös henkilökunnalta.

Kiitos osallistumisestanne!

Yhteistyö terveisin

Kati Kataikko ja Petra Koivula

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu

## SISÄLLÖNANALYYSI

