



Helena Kotisalo & Lea Rättyä

DIAKONISSAT TERVEYDEN EDISTÄJINÄ

Raportti tutkimus- ja kehittämishankkeesta (1.3.2011 – 28.2.2014)

*Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden
edistämisen toimijoina*



Diakonia-ammattikorkeakoulu
Helsinki 2014

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA
B Raportteja 58

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu

Kannen kuva: Shutterstock.com

Taitto: Ulriikka Lipasti, Turun Etusivu Oy

ISBN 978-952-493-219-6 (nid)

ISBN 978-952-493-220-2 (pdf)

ISSN 1455-9927

Juvenes Print Oy
Tampere 2014

TIIVISTELMÄ

Helena Kotisalo
Lea Rättyä

Diakonissat terveyden edistäjinä

Helsinki:

Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2014

180 s.

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja

Liitteitä 13

B Raportteja 58

ISBN

ISSN

978-952-493-219-6 (nid)

1455-9927

978-952-493-220-2 (pdf)

Seurakuntien diakoniatyötä ei ole aiemmin tarkasteltu terveyden edistämisen näkökulmasta, vaikka diakoniatyöntekijöistä sairaanhoitaja (AMK) -tutkinnon suorittaneet diakonissat osaavat toimia hoitotyön lisäksi myös terveyden edistäjinä ja hengellisen työn tekijöinä. Tutkimus- ja kehittämishankkeen ”Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina” tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla diakonissojen roolia kokonaisvaltaisen terveyden edistäjinä seurakunnissa, laitosympäristöissä ja niiden yhteistyöverkostoissa.

Tämä julkaisu jakautuu kahteen osaan. Ensimmäinen osa muodostuu tutkimusosasta, ja toinen osa paikallisen yhteistyön ja terveyden edistämisen ammattikäytäntöjen kehittämisestä. Hankkeessa oli mukana kuusi seurakuntaa ja kaksi diakonissalaitosta. Tutkimusaineistoja kerättiin asiakkailta, diakonissoilta ja yhteistyökumppaneilta. Hankkeessa kehitettiin lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden kokonaisvaltaista terveyden edistämistä seurakunnissa ja diakonissalaitoksissa. Hanke oli Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) hallinnoima ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) rahoittama.

Tutkimustulosten ja kehittämistoiminnan perusteella diakonian asiakkaiden kokonaisvaltaisen terveyden edistäminen edellyttää diakonissoilta yksilö- ja yhteisötason terveyden edistämisen osaamista ja yhteistyötä paikallisten toimijoiden kanssa. Diakonissa on seurakunnan diakoniatyössä itsenäinen terveyden edistämisen toimija. Hän käyttää työssään terveyttä suo-

jelevia, terveyttä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä sekä kuntouttavia menetelmiä. Diakonissoilla on erityinen rooli kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. He edistävät yksilöllisen ja yhteisöllisen toiminnan avulla lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia. Ryhmät tarjoavat erityisesti ikääntyneille mahdollisuuksia virkistymiseen, osallisuuteen ja yhdessäoloon. Yksilöllisessä terveyden edistämisessä keskeistä on terveyttä suojaavien ja kuormittavien tekijöiden tunnistaminen, terveysvalinnoissa ohjaaminen, voimavarojen ja selviytymisen tukeminen sekä osallisuuden vahvistaminen. Hengellisyys on osa sekä yksilöllistä että yhteisöllistä terveyden edistämistä.

Hankkeen aikana diakonissojen terveyden edistämisen osaaminen tunnistettiin. Hankeseurakuntien diakonissat kehittivät ja juurruttivat kuntien ja järjestöjen toimijoiden kanssa uudenlaisia ammattikäytäntöjä ja työvälineitä paikalliseen terveydenedistämistyöhön. Yhteistyössä korostuivat kumppanuus, verkostomainen työote ja yhteisöllisyys. Paikalliset neuvottelut, keskinäinen tiedotus ja koulutusyhteistyö lisääntyivät samoin kuin ammatillisen konsultoinnin hyödyntäminen ja yhteistyössä toteutettavat voimavararyhmät. Diakonissojen itseyttä roolistaan ja valmiuksistaan hoitotyön ja terveyden edistämisen ammattilaisina vahvistui, ja sen myötä heidän paikansa moniammatillisessa paikallisessa yhteistyössä selkiytyi. Hankeseurakunnissa kehitettiin toimintamalli, jossa diakonissa on mukana yhtenä terveyden edistämisen toimijana.

Tuloksia voidaan hyödyntää erityisesti Diakin sairaanhoitaja (AMK) -diakonissakoulutuksessa sekä kirkon ja hiippakuntien lisä- ja täydennyskoulutuksessa.

Asiasanat: seurakunnat, diakonissat, terveyden edistäminen, diakonia, hoitotyö, asiakkaat, kehittäminen, alueellinen yhteistyö, projektit

Teemat: Hyvinvointi ja terveys
Kirkko ja seurakunta

Julkaistu:

Painettuna ja Open Access -verkkajulkaisuna www.diak.fi

ABSTRACT

Helena Kotisalo

Lea Rättyä

Deaconesses as Health Promoters

Helsinki:

Diaconia University of Applied Sciences, 2014

180 p.

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja

13 app.

B Reports 58

ISBN

ISSN

978-952-493-219-6 (print) 1455-9927

978-952-493-220-2 (pdf)

Diaconia work in parishes has not earlier been looked at from the viewpoint of health promotion although those diaconia workers with a university of applied sciences nurse degree can work not only as health care workers but also as health promoters and workers in work with devotional content. The purpose of the research and development project “Healthy mind in a healthy body – deaconesses as health promotion actors” is to find out and describe the roles of deaconesses as promoters of health as a whole in parishes, institutions and their co-operative networks.

This publication is divided into two parts. The first one consists of a research part, and the second one of the development of local co-operation and professional health promotion practices. Six parishes and two diaconia institutes were involved in the project. Research data was collected from clients, deaconesses and co-operation partners. In the project, a comprehensive health promotion of families with children, working age citizens and senior citizens was developed in parishes and diaconia institutes. The project was managed by Diaconia University of Applied Sciences (DIAK) and funded by National Institute for Health and Welfare (THL).

On the basis of the research results and the development, the comprehensive health promotion of diaconia work clients requires, from the deaconesses, know-how concerning health promotion at the individual and community level and co-operation with local actors. A deaconess uses in her work methods which protect and promote health and prevent illnesses and which are rehabilitative. Deaconesses have a special role as promo-

ters of health and welfare as a whole. They promote, with individual and communal activity, the health and welfare of families with children, working age citizens and senior citizens. Groups offer senior citizens in particular opportunities for recreation, participation and being together. What is essential in individual health promotion is recognizing factors protecting and straining health, guidance in health choices, supporting resources and coping and strengthening participation. Spirituality is part of both individual and communal health promotion.

During the project, deaconesses' expertise regarding health promotion was recognized. The deaconesses in the parishes involved in the project developed and established, together with actors in municipalities and organizations, new professional practices and tools for local health promotion work. In the co-operation, partnership, a network-like work approach and communality were highlighted. Local negotiations, internal communication and education co-operation, as well as the utilization of professional consultation and resource groups managed in co-operation, increased. The deaconesses' self-awareness of their role and abilities as professionals of health care and health promotion was strengthened, and thus their role in the multi-professional co-operation became clearer. In the parishes involved in the project, an action method was developed whereby a deaconess would be involved as one actor in health promotion.

The results can be utilized especially within nurse-deaconess education at DIAK, and in supplementary education provided by the Church and dioceses.

Keywords: parishes, deaconesses, health promotion, diaconia, health care, clients, development, regional co-operation, projects

Themes: Welfare and health
Church and parish

Available:

Printed and Open Access at www.diak.fi

Sisältö

Johdanto.....	9
---------------	---

OSA 1

1 Diakonissa terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä.....	15
1.1 Diakonissan ammatillinen osaaminen diakoniatyössä ja hoitotyössä	15
1.2 Diakonian asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeet.....	18
1.3 Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen.....	24
1.4 Terveyden edistäminen paikallisena yhteistyönä.....	30
2 Tutkimuksen toteuttaminen.....	35
2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	35
2.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi.....	35
2.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	38
3 Terveyden edistäminen seurakunnissa ja diakonissalaitoksissa.....	41
3.1 Diakonian asiakkaiden kuvauksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä.....	41
3.1.1 Lapsiperheiden terveys ja hyvinvointi vanhempien kuvaamana.....	41
3.1.1.1 Lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia kuormittavat ja edistävät tekijät.....	43
3.1.1.2 Lapsiperheiden vanhempien odotukset terveyttä ja hyvinvointia edistävästä toiminnasta.....	48
3.1.2 Ikääntyneiden terveys ja hyvinvointi ikääntyneiden itsensä kuvaamana.....	52
3.1.2.1 Ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia kuormittavat ja edistävät tekijät.....	53
3.1.2.2 Ikääntyneiden odotukset terveyttä ja hyvinvointia edistävästä toiminnasta.....	58
3.1.3 Diakonian asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia edistävä tuki.....	62
3.2 Diakonissojen kuvauksia terveyden edistämisestä.....	67
3.2.1 Diakonissojen terveyden edistämisen osaaminen diakoniatyössä.....	67
3.2.2 Diakonissat terveyden edistäjinä diakoniatyössä.....	73
3.2.3 Hengellisyys terveyttä suojaavana ja edistävänä tekijänä.....	86

3.2.4	Diakonissat terveyden edistäjinä diakonissalaitoksissa.....	89
3.2.5	Diakonissojen erityisosaaminen diakonissalaitoksissa.....	92
3.3	Paikallinen yhteistyö terveyden edistämässä.....	94
4	Alustava malli kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä ja johtopäätökset.....	99
	LÄHTEET.....	102
	LIITTEET.....	109
 OSA 2		
1	Tutkimus- ja kehittämishankkeen toimintaympäristöt.....	125
1.1	Hankeseurakunnat toimintaympäristöinä.....	125
1.2	Oulun ja Helsingin Diakonissalaitokset toimintaympäristöinä.....	130
2	Tutkimus- ja kehittämishankkeen eteneminen prosessina.....	133
3	Terveyden edistämisen kehittäminen seurakunnissa ja diakonissalaitoksissa.....	139
3.1	Yhteistyö lapsiperheiden ja työikäisten terveyden edistämässä....	139
3.2	Yhteistyö ikääntyneiden terveyden edistämässä.....	146
3.3	Valtakunnallinen terveyden edistämisen verkosto diakoniatyön kehittäjänä.....	151
3.4	Diakonissat terveyden edistämisen toimijoina seurakunnissa -toimintamalli.....	152
3.5	Diakonissat terveyden edistämisen kehittäjinä diakonissalaitoksissa.....	153
4	Tutkimus- ja kehittämishankkeen tuotokset.....	157
5	Tutkimus- ja kehittämishankkeen arviointi.....	161
5.1	Hankkeen sisäinen arviointi.....	161
5.2	Hankkeen työntekijöiden ja ohjausryhmän itsearviointi.....	164
	LÄHTEET.....	167
	LIITTEET.....	168

JOHDANTO

Diakonia-ammattikorkeakoulu (Diak) kouluttaa ammattilaisia yhteiskunnan ja kirkon tehtäviin. Tämän lisäksi Diakilla on muiden ammattikorkeakoulujen tavoin työelämää palveleva tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotehtävä. Diakin tutkimus- ja kehittämishanke ”**Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina**” toteutui 1.3.2011–28.2.2014. Hankkeen rahoitti Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahasta.

Tutkimus- ja kehittämishankkeen tarkoituksena on selvittää ja kuvailla diakonissojen roolia ja toimijuutta kokonaisvaltaisen terveyden edistäjänä seurakunnissa, laitosympäristöissä ja niiden yhteistyöverkostoissa. Tavoitteena on kehittää lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden kokonaisvaltaista terveyden edistämistä seurakunnissa ja diakonissalaitoksissa luomalla uusia työmenetelmiä diakoniatyöhön ja paikalliseen terveyden edistämiseen. Hankkeessa ovat mukana Espoonlahden, Keski-Porin, Seinäjoen, Iisalmen, Perhon ja Karjasillan seurakunnat sekä Helsingin ja Oulun Diakonissalaitokset. Hankkeen tavoitteet ovat yhteydessä kansallisiin terveyden edistämisen tavoitteisiin ja ohjelmiin.

Terveyserojen kaventamisohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a) korostaa kunnan, järjestöjen, yritysten, työvoimahallinnon, seurakuntien ja tiedotusvälineiden välisen yhteistyön käynnistämistä. Terveydenhuoltolaki (2010/1326; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011) tähdentää paikallisten voimavarojen yhdistämistä väestön terveyden edistämiseksi. Uusi vanhuspalvelulaki (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a) painottaa hyvinvointia edistäviä palveluja ja kokonaisvaltaista palvelutarpeen arviointia. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE 2012–2015)

nostaa esiin riskiryhmien osallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden vahvistamisen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Myös kirkon diakonia ja yhteiskuntatyön toimikunta puolustaa kannanotoissaan pohjoismaista hyvinvointivaltiomallia ja sellaisten palvelujen tuottamista, jotka edistävät ihmisten hyvinvointia (Kuusimäki 2012, 43–46).

Diakonian asiakkailta voi olla puutetta terveyttä suojaavista tekijöistä, voimavaroista, sosiaalisesta tuesta ja terveystalveluiden saamisesta. He tarvitsevat elämäntilanteensa selvittämiseen kokonaisvaltaista tukea. Kirkon nelivuotiskertomuksen mukaan vuosina 2008–2011 kirkon diakoniatyöltä haettiin eniten apua taloudellisiin ongelmiin, mutta samanaikaisesti asiakaskontaktien sisällöissä terveyteen ja sairauteen liittyvät kysymykset lisääntyivät. (Kirkon tutkimuskeskus 2012.) Kirkkohallituksen diakonia- ja yhteiskuntatyön (KDY) toimikunta asetti vuonna 2007 työryhmän pohtimaan diakoniatyöhön sisältyvää terveyden edistämistä. Raportin mukaan diakonisoiden terveyden edistämisen ja diakonisen hoitotyön osaamista tulee arvioida nykyistä enemmän luomalla järjestelmä diakonisoiden hoitotyön osaamisen päivittämiseen ja vahvistamalla seurakuntien diakoniatyön ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä. (Kirkkohallitus 2009.) Julkisuudessa diakoniatyön painopiste on viime vuosina ollut taloudellisessa auttamisessa, jolloin on herännyt keskustelua diakonisoiden hoitotyön osaamisen hyödyntämisestä ja käyttökelpoisuudesta diakoniatyössä (ks. Rättyä 2009a).

Sairaanhoitaja (AMK) -diakonissan koulutuksen suorittanut diakonissa on terveydenhuollon ammattihenkilö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994), ja hänellä on koulutuksensa perusteella valmiuksia toimia terveyden edistäjänä erilaisissa hoitotyön tehtävissä. Koulutus antaa kelpoisuuden myös diakonian virkaan Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakoniatyössä, jolloin toimintaympäristönä voi olla seurakunta, hiippakunta, koko kirkon diakoniatyö tai kirkon lähetysjärjestö.

Tämä tutkimus- ja kehittämishanke tuottaa uutta tietoa diakonian asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeista, diakonisoiden tekemästä terveyden edistämisestä seurakunnissa ja laitoksissa sekä paikallisesta yhteistyöstä. Seurakuntien ja diakoniatyön roolista terveyden edistämisessä on niukasti tutkimustietoa vaikka diakoniatyön asiakkaiden elämässä sairaus ja köyhyys ovat tutkimusten (Juntunen, Grönlund & Hiilamo 2006; Juntunen & Saarela 2009, 36-50; Rättyä 2009a) mukaan usein sidoksissa toisiinsa. Diakoniatyössä ja diakonisessa hoitotyössä ihminen ja hänen elämäntilanteensa näh-

dään kokonaisuutena. Ammatilliseen auttamiseen sisältyy tiedollista, emotionaalista, henkistä, hengellistä ja käytännöllistä tukea (ks. Kotisalo 2005; Rättyä 2004, 2009a, 2012). Hankkeen nimi kuvastaa jo itsessään diakonia-työn omaleimaisuutta suhteessa muuhun auttamistyöhön. Tämä julkaisu on kaksiosainen. Ensimmäinen osa painottuu tutkimustulosten kuvaamiseen, toinen osa paikalliseen yhteistyöhön ja terveyden edistämisen kehittämiseen.

Osa 1

1 DIAKONISSA TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ

1.1 Diakonissan ammatillinen osaaminen diakoniatyössä ja hoitotyössä

Diakonissaksi voi Suomessa opiskella Diakonia-ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehdossa. Sairaanhoidaja (AMK) -diakonissan tutkinto on laajuudeltaan 240 opintopistettä, ja se kestää neljä vuotta. Koulutus antaa kelpoisuuden sairaanhoidajan tehtäviin ja diakonian virkaan Suomen evankelis-luterilaisessa kirkossa.

Diakonissa on koulutuksensa perusteella diakonisen hoitotyön ja diakoniatyön asiantuntija. Työn lähtökohtana on kristillinen ihmiskäsitys, lähimmäisenrakkaus ja kokonaisvaltainen auttaminen. Diakonissa tekee ennaltaehkäisevää ja etsivää työtä auttamalla sekä tukemalla yksilöitä, perheitä, ryhmiä ja yhteisöjä erilaisissa elämäntilanteissa. Diakonissa kohtaa työssään erilaisia ihmisiä ja elämäntilanteita. Hän etsii yhdessä asiakkaan kanssa mahdollisia ratkaisuvaihtoehtoja elämäntilanteeseen ja tarjoaa ammattiapua. Lisäksi diakonissa toimii kirkon ja seurakunnan työntekijänä yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä eri järjestöjen kanssa. Terveydenhuollon ammattihenkilönä diakonissa edistää ihmisten ja yhteisöjen terveyttä kokonaisvaltaisesti, vahvistaa voimavaroja, ja mahdollistaa toivoa, omatoimista selviytymistä sekä osallisuutta. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2013; Kotisalo 2005.)

Sairaanhoidaja (AMK) – diakonissakoulutuksen opetussuunnitelmassa huomioidaan eurooppalaisen tutkintojärjestelmän mukaisesti ammattikorkeakoulututkintojen tuottamat yleiset kompetenssit eli osaamisvaatimukset, kansalliset sairaanhoidajan kompetenssit ja diakoniatyöntekijöiden ydin-

osaamiskuvaus. Lisäksi opetussuunnitelmassa tulee huomioida piispainkokouksen vaatimukset kirkon virkaan kelpoistavista opinnoista. (Piispainkokous 2005; Diakonia-ammattikorkeakoulu 2014.)

Nykyisiä sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia on viisi: hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksenteko-osaaminen sekä ohjaus- ja opetusosaaminen. Hoitotyön asiakkuusosaaminen korostaa kokonaisvaltaista, holistista ihmiskäsitystä ja koko ihmisen ja hänen elämäntilanteensa kohtaamista. Terveyden edistämisen osaaminen painottaa yksilön, perheen ja ryhmän terveysongelmien sekä -uhkien tunnistamista ja ennakoimista. Sairaanhoitajan terveyden edistämisen osaaminen on lisäksi asiakkaan tukemista ja aktivoimista vastuun ottamiseen terveyden, voimavarojen sekä toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2014.)

Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia on Euroopan Unionin päätöksellä juuri muutettu (Direktive 2013/55/EU). Tästä syystä myös Suomessa on käynnistetty sairaanhoitajien opetussuunnitelmauudistus. Opetussuunnitelmaan on ehdotettu yhdeksää eri osaamisaluetta: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus, kliininen osaaminen, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen sekä terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. (Korhonen 2013.) Nämä osaamisalueet tulevat näkyväksi sairaanhoitajadiakoniasakoulutuksen sisällöissä. Uudistus painottaa erityisesti asiakaslähtöisyyden, eettisyyden ja terveyden edistämisen osaamista.

Diakoniatyöntekijän ydinosaaminen muodostuu hengellisen työn osaamisesta, diakonisen asiakastyön osaamisesta, organisaatio- ja kehittämisosaamisesta sekä yhteisöllisestä ja yhteiskunnallisesta osaamisesta. Ydinosaamisen keskiössä ovat ihmiset ja yhteisöt diakoniatyön kumppaneina, voimavarana tai avun tarvitsijoina. Diakoniatyöntekijältä edellytetään eettiseen sensitiivisyyteen perustuvaa arvo-osaamista hänen kohdatessaan yksilöitä ja yhteisöjä. Arvo-osaamista on myös kirkon arvojen tunteminen ja sitoutuminen niiden mukaiseen toimintaan. Diakoniatyöntekijän ydinosaamiseen sisältyy kyky olla läsnä ja kohdata yksilöitä, perheitä, ryhmiä ja yhteisöjä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2014.)

Diakonissan ammatillista toimintaa ohjaa laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559). Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) mukaan lain lähtökohtana on, että kukin terveydenhuollon ammattihenkilö on itse vastuussa siitä, mitä tekee tai mitä jättää tekemättä. Laissa ei ole luettelo tehtävistä, joita saa tai ei saa tehdä. Periaatteena on, että oikeudet, velvollisuudet ja vastuu perustuvat koulutuksella hankittuun pätevyYTEEN ja valmiuksiin sekä niitä määrittävään lainsäädäntöön. Lain mukaan ammattihenkilön toiminnan päämääränä on oltava terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimyksiensä lievittäminen. (Holi 2013.)

Myllylä (2004) määrittelee diakonisen hoitotyön ammatilliseksi palvelumiseksi, jota tehdessään diakonissa käyttää hoitotyön auttamismenetelmien lisäksi karitatiivisen, sosiaalisen, pastoraalisen, katekeettisen ja liturgisen auttamisen menetelmiä. Diakoninen hoitotyö on ihmisen kokonaisvaltaista palvelamista (Myllylä 2004, 65–69). Diakoninen hoitotyö painottaa kristillistä ihmiskäsitystä, ammatillista kohtaamista, tukemista ja auttamista. Keskeistä kohtaamisessa on läsnä oleminen, luottamus, keskusteleminen, kuunteleminen ja tasavertainen lähimmäisyys. Diakonisen hoitotyön auttamismenetelmiä yksilö- ja yhteisötasolla ovat esimerkiksi selviytymisen tukeminen, toivon ylläpitäminen, eheyden ja voimavarojen vahvistaminen, terveyteen liittyvä ohjaaminen, vertaistuki, ryhmätoiminta ja moniammatillinen yhteistyö. Diakonissa käyttää työssään myös sielunhoitoa ja hengellisen työn välineitä kuten rukousta, hengellistä kirjallisuutta ja musiikkia. (Rättyä 2009b, 161; Kotisalo 2002, 2005, 16.)

Diakonissat voivat hyödyntää hoitotyön osaamista havainnoimalla ihmisen psyykkistä ja fyysistä vointia, tekemällä terveyttä koskevia tarkentavia kysymyksiä, arvioimalla hoidon tarvetta, antamalla ohjausta itsehoitoon tai hoitoon hakeutumiseen ja tukemalla asiakasta sairauden hoidossa. Koulutuksessa saatu tieto auttaa ymmärtämään asiakkaan kertomusta terveydentilastaan. Myös tieto eri-ikäisten ihmisten terveyttä ylläpitävistä ja uhkaavista tekijöistä, erilaisista sairauksista, niiden oireista ja hoitomuodoista on työssä hyödyllistä. Hoitotoimenpiteiden osuus on työssä vähentynyt, mutta harvaan asutuilla seuduilla, missä palvelut ovat kaukana, hoitotoimenpiteiden tekeminen on yleisempää. Ensiaputaitojen osaaminen on diakonia-työssä tärkeää, ja niiden merkitys korostuu usein erityisesti leiritoiminnan yhteydessä. (Gothóni & Jantunen 2010, 99–104.) Hoitotoimenpiteinä dia-

koniatyöhön voi sisältyä verenpaineen ja verensokerin mittausta, lääkkeiden jakamista, jalkojen hoitamista, pesuissa auttamista ja hoidon tarpeen arviointia (Rättyä 2004, 44).

Diakonissakoulutuksen merkitys näkyy myös siinä, miten diakonissat taloudellista tukea antaessaan kiinnittävät huomiota työttömyyden ja sairauden välisiin yhteyksiin ja taloudellisten ongelmien aiheuttamiin psyykkisiin hyvinvoinnin vajeisiin (Gothóni 2006, 94–95). Terveyteen liittyvä auttaminen painottuu diakoniatyössä konkreettisten hoitotoimenpiteiden sijaan henkiseen ja sosiaaliseen tukeen ja ohjaamiseen. Diakoniatyöntekijä tukee asiakasta jaksamaan sairauden kanssa, ohjaa palveluiden käytössä, antaa keskusteluapua, mahdollistaa vertaistukea ja puolustaa asiakkaiden oikeuksia palveluihin. (Kinnunen 2009, 248–253.)

Diakoniatyön sisältöä ei ole tarkasteltu riittävästi terveyden edistämisen näkökulmasta, vaikka työ itsessään tarjoaa eri toiminta- ja työmuotojensa kautta luontevia mahdollisuuksia avun tarpeiden ja terveysuhkien havaitsemiseen. Oleellista on se, että työntekijä huomaa työhönsä sisältyvät terveyden edistämisen mahdollisuudet, tarttuu havaitsemiinsa epäkohtiin ja hyödyntää tarpeen mukaan yksilöllisiä ja yhteisöllisiä terveyden edistämisen keinoja työssään tilanteen korjaamiseksi. Diakonisen hoitotyön ja kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen osaamiselle on tulevaisuudessa entistä enemmän tarvetta, kun palveluiden tarve kasvaa, resurssit vähenevät, ikääntyneiden määrä lisääntyy, ja ihmiset haluavat entistä pidempään asua omissa kodeissaan. Myös omaishoitajien tukemiseen ja mielenterveystyöhön tarvitaan enenevässä määrin seurakuntien työpanosta (Ks. Kinnunen 2009, 253–254).

Paikallistason yhteistyökumppanit eivät välttämättä miellä diakonissoja hoitotyön ammattilaisiksi ja terveyden edistäjiksi. He eivät tunne diakonissojen koulutusta tai heidän työnsä sisältöä, jolloin diakonissojen ammattitaito jää tältä osin hyödyntämättä. (Rättyä 2009a, 162; Ks. Pyykkö 2011; Seppä 2012, 75.)

1.2 Diakonian asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeet

Suomalaisten terveys on yleisesti ottaen parantunut, mutta alimpiin tulo- ja koulutusluokkiin kuuluvien ihmisten terveydentila on heikentynyt (Klavus 2010, 41–42). Diakonian asiakkaiden näkökulmasta terveys ja hyvinvointi

eivät jakaudu tasa-arvoisesti. Terveyden tasa-arvon toteutumisen haasteena on heidän kohdallaan voimavarojen ja resurssien puute sekä kyvyttömyys hyödyntää omia ja yhteisön voimavaroja valintoja tehtäessä (Ks. Rättyä 2009a; Kinnunen 2009). Terveyden tasa-arvo (*equity*) edellyttää kuitenkin sitä, että kaikilla ihmisillä on yhtäläiset mahdollisuudet parantaa ja ylläpitää terveyttään saavuttamalla oikeudenmukainen ja oikea-aikainen pääsy terveysresursseihin (Rouvinen-Wilenius, Aalto-Kallio, Koskinen-Ollonqvist & Nikula 2011, 10–11). Terveyden tasa-arvo yhteiskunnassa ilmenee siten, että ihmisten selviytymistä edistävät taloudelliset, ympäristölliset, sosiaaliset ja kulttuuriset resurssit jakautuvat tasa-arvoisesti (Rouvinen-Wilenius ym. 2011, 11–17). Diakoniatyössä on tarpeellista painottaa entistä enemmän voimavaralähtöistä ja terveyden tasa-arvoa korostavaa puhetapaa ongelma- ja sairauslähtöisen lähestymistavan sijaan.

Terveyserojen kaventamishjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a) vuosille 2008–2011 painotti sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen kaventamista. Tavoitteena oli tukea erityisesti niiden väestöryhmien terveyttä joissa epäterveelliset elintavat olivat yleisiä. Pyrkimyksenä oli vaikuttaa köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen yhteiskuntapoliittisia keinoja hyödyntämällä. Lisäksi toimintaohjelman tavoitteena oli parantaa sosiaali- ja terveyspalveluiden tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä. (Rouvinen-Wilenius ym. 2011, 16; Rotko, Kauppinen, Mustonen & Linnanmäki 2012).

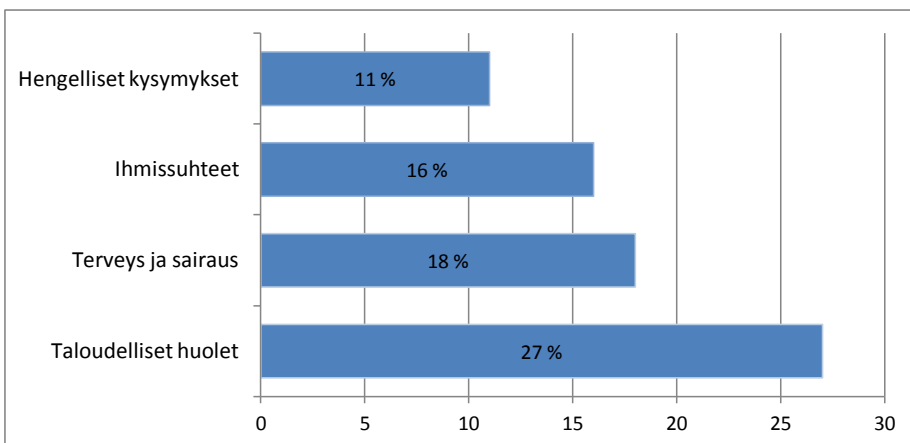
Yrityksistä huolimatta terveyserojen kasvua eri sosioekonomisten ryhmien välillä ei ole pystytty riittävästi hillitsemään. Rotkon ym. (2012) mukaan terveyserot eivät havaittavasti kaventuneet toimintaohjelman kaudella, vaan joiltain osin ne jopa kasvoivat. Valitut toimenpiteet eivät olleet riittävän kattavia, oikein kohdennettuja tai riittävän laajasti terveyserojen syytekijöihin vaikuttavia.

Seurakuntien diakoniatyön tavoitteena on ihmisten auttaminen ja tukeminen, heidän voimavarojensa lisääminen ja yhteisöllisyyden vahvistaminen (Kirkkohallitus 2010). Avun hakemisen kynnyks pyritään pitämään diakoniatyössä matalana, jotta kenen tahansa olisi avuntarpeessaan helppo hakea apua. Diakoniatyöntekijät auttavat erityisesti niitä ihmisiä, joiden hätä on suurin tai jotka ovat jääneet palveluiden ulkopuolelle. Diakonisen avun piirissä on muiden muassa mielenterveyskuntoutujia, päihdeongelmaisia, vankeja, vammaisia, maahanmuuttajia, sairaita ja heidän omaisiaan, sure-

via, vanhuksia ja vähävaraisia ihmisiä. Diakoniatyön asiakasprosessi alkaa siitä, että asiakas itse kokee olevansa avun tarpeessa. (Rättyä 2009a, 36; Heilin, Hiilamo & Jokela 2010, 56; Jokela 2011, 84).

Vuoden 2012 tilastotietojen mukaan diakonian viranhaltijat kohtasivat asiakkaita pääosin vastaanotolla, mutta sen lisäksi myös kotikäynneillä ja muualla kuten laitoksissa ja eri tilaisuuksissa. Asiakkaista yli puolet (54 %) asui yksin. Lapsiperheitä asiakkaista oli runsas viidennes (22 %). Noin puolet heistä oli työikäisiä (30–64 -vuotiaita), yli kolmannes (38 %) eläkeikäisiä ja loput nuoria (13 %). Asiakkaista suurin osa (49 %) oli eläkkeellä tai muutoin (35 %) työelämän ulkopuolella.

Asiakaskontaktien sisällöt liittyivät tavallisimmin taloudellisiin huoliin (27 %), terveyteen ja sairauteen (18 %), ihmissuhteisiin (16 %) ja hengellisiin kysymyksiin (11 %). (Kuvio 1.) Myös asumiseen, työelämään, päihteisiin ja muihin riippuvuuksiin, väkivaltaan ja kriiseihin liittyvät sisällöt nousivat esiin asiakaskohtauksissa. (Kirkkohallitus 2013.) Asiakkailla on taloudellisten huolien lisäksi usein myös henkistä ja fyysistä hyvinvointia uhkaavia tekijöitä. Taloudellisesti tiukka elämäntilanne aiheuttaa masennusta, toivotomuutta ja henkistä ahdistusta (Juntunen ym. 2006). Resurssit ja voimavarat itsestä ja omasta terveydestä huolehtimiseen ovat niukat.



KUVIO 1. Diakonian asiakaskontaktien keskeiset sisällöt (%) tilastojen mukaan v. 2012 (Kirkkohallitus 2013)

Diakonian asiakkaat ovat voineet kokea elämässään kriisejä ja elämänhallintaan liittyviä vaikeuksia. He eivät osaa hakea tai he eivät saa tarvitsemiin palveluita. Valitettavan usein myös heidän sosiaalinen tukiverkostonsa

on puutteellinen. Se ei tarjoa riittävästi tukea. Diakoniatoimistoon tullessaan asiakas on usein uupunut omaan elämäntilanteeseensa ja avun saamisen viipymiseen. (Helin ym. 2010, 61.) Osa asiakkaista hakee apua ensisijaisesti taloudellisiin vaikeuksiin, jolloin muunlaiselle palvelulle ei ole kovin suurta tarvetta. Osa asiakkaista tarvitsee puolestaan keskusteluapua elämäntilanteiden, menetykskokemusten ja hengellisten kysymysten käsitte-lyyn. (Helin ym. 2010, 56.)

Kirkkohallituksen tilastojen mukaan diakonian viranhaltijoiden keskeisim-
mät toimenpiteet asiakaskastyössä liittyivät taloudelliseen avustamiseen (27
%), elämäntilanteen selvittämiseen (22 %) ja sielunhoidollisiin tai hengelli-
siin keskusteluihin (20 %). Sen sijaan terveydenhoidollisten toimenpiteiden
(6 %) ja kriisikeskustelujen (5 %) määrät olivat vähäiset vuonna 2011 (Kirk-
kohallitus 2013). Terveydenhuollollisten toimenpiteiden prosentuaalinen
osuus oli kirkkohallituksen tilastossa alhainen suhteessa siihen, että terveys
ja sairauskysymyksiä käsiteltiin lähes joka viidennellä asiakastapaamisella.

Taloudellinen lama jätti 1990-luvulla pitkän varjon erityisesti lapsiper-
heiden elämään, eikä tilanne ole perheiden hyvinvoinnin osalla sanottavas-
ti kohentunut (ks. Sirviö 2006; Rättyä 2009a, 35). Diakonian asiakkaina
olevilla perheillä on taloudellisia vaikeuksia ja asumiseen, ihmissuhteisiin,
työelämään ja kasvatukseen liittyviä ongelmia (Rättyä 2009a, 68–79). Van-
hemmuuteen luovat haasteita työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen, so-
siaalisten verkostojen väheneminen, perherakenteiden muutokset ja puut-
teet perheille suunnatuissa tukipalveluissa (Ks. Sauli & Kainulainen 2001;
Rättyä 2009a). Perheellisistä erityisesti nuoret yksinhuoltajaäidit ja moni-
lapsiset perheet tarvitsevat diakoniatyön antamaa taloudellista tukea. Per-
heiden taloudelliset ongelmat ovat usein ylisukupolvaisia, ja diakonian asi-
akkuus saattaa ”periytyä” jopa kolmanteen sukupolveen samassa perhekun-
nassa (Juntunen ym. 2006, 99–100, 115). Taloudelliset vaikeudet lisäävät
perheenjäsenten henkistä ahdinkoa ja alttiutta fyysisille ja psyykkisille sai-
rauksille (Kinnunen 2009, 211–212).

Voimavaroilla on tärkeä merkitys perheen sopeutumis- ja toimintakyvyille
sekä terveydelle. Terveen perheen ominaisuutena on, että se kykenee sopeu-
tumaan tietojensa ja taitojensa avulla muuttuviin tilanteisiin, jolloin hyvä olo
ja hyvinvointi lisääntyvät (Paunonen 1999). Perheen kokema yhteisyyden ja
yhteyden tunne voi auttaa sitä selviämään vaikeiden aikojen yli. Myös tur-
vallisuus, yhteisöllisyys, elämäntavat ja sosiaalisilta verkostoilta saatava tu-

ki ovat merkittäviä terveyteen vaikuttavia tekijöitä (Åstedt-Kurki, Hopia & Vuori 1999). Työntekijän lähestymistavan tulee olla terveys- ja voimavara-lähtöistä. Työntekijä etsii ja löytää perheen kanssa perhettä kannattelevia ja osallisuutta sekä toimintakykyä edistäviä voimavaroja. Lapsiperheiden terveyden edistämässä osallisuus ja perhe- sekä yhteisölähtöisyys ovat keskeisiä periaatteita. (Sirviö 2006, 18.)

Diakonisen perhetyön periaatteita ovat perhe- ja voimavara-lähtöisyys, jolloin perhe nähdään yhteistyösuhteessa kumppanina. Yhteistyösuhteessa korostuvat tasavertaisuuden ja luottamuksellisuuden periaatteet ja yhteistyö etenee perheen ehdoilla. Oleellista ja ensisijaista on perheen sisäisten voimavarojen tukeminen ja perheyhteyden vahvistaminen, mutta selviytyminen edellyttää usein myös perheen ulkoisten voimavarojen vahvistamista. Perhetyö edellyttää eri alojen ammattilaisten yhteistyötä. Diakonisen perhetyön menetelmiä ovat kotikäynnit ja perheille suunnattu ryhmätoiminta. Kotikäyntien avulla voidaan etsiä avun tarpeessa olevia perheitä ja viedä tukea kotiin. Ryhmätoiminta tavoittaa puolestaan pienten lasten vanhempia, mahdollistaen viriketoimintaa, vertaistukea ja keskinäisen kohtaamisen. (Rättyä 2009a, 95–99, 140; Rättyä 2012, 104–108.)

Työikäisten työelämästä poissa olevien asiakkaiden määrä on diakoniatyössä suhteellisen suuri (Kirkkohallitus 2013). Työelämän kysymykset liittyvät asiakkaiden taloudelliseen selviytymiseen, perhe-elämään, sosiaaliseen verkostoon ja terveyteen sekä hyvinvointiin. Erityisesti nuorten ja pitkäaikaistyöttömien tilanne on diakoniatyöntekijöiden mielestä huolestuttava. Pitkittyessään työttömyys lisää taloudellisia vaikeuksia ja altistaa osattomuuden ja syrjäytymisen kokemuksille. Työttömien saamat tukimuodot ja työllistämistoimenpiteet eivät ole diakoniatyöntekijöiden mielestä riittäviä. (Rättyä 2009a, 68.) Matalapalkka-aloilla työtä tekevien tulot eivät riitä kattamaan elinkustannuksia, ja taloudelliset ongelmat kärjistyvät erityisesti yksinhuoltaja- ja monilapsisissa perheissä. Pätkätöiden saaminen on sinänsä positiivista, mutta lyhytkestoisen työsuhteen varassa tulot ovat epäsäännöllisiä eikä tulevaisuutta voi suunnitella pidemmällä aikavälillä lyhyiden työsuhteiden varaan. (Juntunen ym. 2006, 109–110.)

Työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen, työttömyys ja toimeentulotuen asiakkuus heikentävät työikäisen elämänlaatua. Työttömyys vaikuttaa negatiivisesti myös yleiseen elämänlaatuun ja psyykkiseen hyvinvointiin (Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010, 135–139). Muita elämänlaa-

tua heikentäviä tekijöitä ovat lihavuus, krooniset sairaudet, kivut, masennus ja syömishäiriöt (Kaukua 2006). Tyytymättömyyksiä omaan terveyteensä ovat työkyvyttömyyseläkkeellä olevat (Vaarama ym. 2010). Diakonisessa yksilötyössä on keskeisenä periaatteena ihmisen arvon ja ainutlaatuisuuden kunnioittaminen ja voimavarojen vahvistaminen. Diakoniatyö tukee työttömien hyvinvointia antamalla taloudellista tukea, keskusteluapua, palveluohjausta ja järjestämällä ryhmätoimintaa sekä yhteisöllisiä tapahtumia. (ks. Rättyä 2009a.)

Eläkeikäiset ovat taloudellisesti tiukoilla silloin, kun heidän eläketulonsa ovat pienet, lääkemenot ovat suuret, sairaalamaksuja on paljon tai ikääntynyt ei osaa hakea hänelle kuuluvia sosiaaliturvan palveluita (Juntunen ym. 2006, 99). Terveyden ja liikunta- sekä toimintakyvyn merkitys korostuu iän myötä. Ikääntyneen elämälaadun tukipilareita ovat riittävä tarmo ja voimavarat arjesta selviytymiseen, läheisten ja ystävien antama tuki, hyvien terveyspalveluiden saatavuus ja osallisuus sosiaalista vuorovaikutusta lisäävään toimintaan. (Vaarama ym. 2010, 133–143.)

Pessi ja Seppänen (2011, 302–307) painottavat puolison, perheenjäsenen ja ystävien roolia henkisen ja sosiaalisen tuen antajana. Ikääntynyt tarvitsee ympärilleen välittäviä ihmissuhteita ja sosiaalista kanssakäymistä (Elo 2006, 126–130). Ikääntyneillä terveys ja tulotaso vaikuttavat siihen, miten paljon sosiaalista tukea ikääntynyt osakseen saa. Sairaus, huono terveys ja heikko tulotaso liittyvät vähäiseen sosiaaliseen tukeen. Palvelutaloissa asuvilla ikääntyneillä on vähemmän yksinäisyyden kokemuksia kuin niillä ikääntyneillä, jotka ovat vasta hakeutumassa palveluiden piiriin. Yksinäisyyden, avuttomuuden, epäluottamuksen ja turvattomuuden kokemukset liittyvät niihin tilanteisiin, joissa ikääntynyt kokee tarvitsevansa apua ja tukea, mutta on epävarma sen saamisesta. (Ks. Vilkkö, Finne-Soveri & Heinola 2010, 48–58.)

Elon (2006, 126–130) mukaan hengellisyys ja usko tukevat ikääntyneen hyvinvointia antaen turvaa ja voimia jaksaa. Rukoileminen ja seurakunnan toimintaan osallistuminen ovat ikääntyneen hengellisyydelle keskeisiä tekijöitä. Ikääntyneet hakevat terveyteensä liittyvää ohjausta ja tietoa ensisijaisesti läheisiltä ihmisiltä ja kunnan työntekijöiltä. Osa ikääntyneistä turvautuu terveystieteissä myös järjestöjen ja seurakuntien antamaan apuun. (Vilkkö ym. 2010, 48–58.) Erilaiset yhteisöt ovat merkittäviä henkisen tuen antajia ikääntyneille.

Diakoniatyön keskeisenä tavoitteena on eri-ikäisten ihmisten osallisuuden ja yhteisöllisyyden vahvistaminen. Diakoniatyöhön sisältyvässä yhteisöllisessä toiminnassa on keskeistä yhdessä tekeminen, yhteyteen saattaminen ja keskinäinen auttaminen (Ks. Rättyä 2009). Diakoniatyö tavoittaa kokoavan toimintansa kautta runsaasti ihmisiä eläkeläisten kerhoihin, vapaaehtois-, lähimmäispalvelu ja diakoniaryhmiin. Myös ihmissuhde-, mielen-terveys- ja sururyhmiin riittää osallistujia. (Kirkon tutkimuskeskus 2012.) Diakoniatyö voi ryhmätoimintansa avulla ehkäistä syrjäytymistä, mahdollistaa vertaistukea, vahvistaa osallisuutta ja lisätä voimavaroja. Ryhmän sisältö ja toiminta määrittävät sen miten hengellisyys toteutuu ryhmätoiminnan sisällössä, mutta kristillinen sanoma ja hengelliset asiat ovat aina jollain tavalla esillä kaikessa diakoniatyön piiriin sisältyvässä toiminnassa. (Puuska 2012, 111–114.)

Thitzin (2006) mukaan diakonisen yhteisöllisyyden perusta on hengellisydessä. Diakonian yhteisöllisyyteen sisältyy sekä ihmisten välinen horisontaalinen vuorovaikutus että ihmisten ja Jumalan välillä oleva vertikaalinen yhteyden taso (Thitz 2006 82–83; ks. myös Thitz 2013). Seurakunnan kokoava toiminta kutsuu ihmisiä sekä toistensa että Jumalan yhteyteen. Diakoniatyö vähentää yhteisöllisen toimintansa avulla ihmisten yksinäisyyttä ja syrjäytymistä.

1.3 Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen

Terveys on yksi ihmisen hyvinvoinnin osatekijä, ja sitä kuvataan myös tärkeäksi elämän arvoksi (Pietilä 2010, 10). Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan terveys on fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, emotionaalista ja hengellistä hyvinvointia, ja se voi vaihdella elämänkulun eri vaiheissa. (WHO 1986; Ottawa Charter 1986; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15.)

Terveyttä voidaan tarkastella subjektiivisena eli kokemuksellisenä tai objektiivisena eli mitattavissa olevana asiana. Kokemuksellinen terveys liittyy esimerkiksi sosiaaliseen hyväksytyksi tulemiseen, kumppanuuteen ja yhteisön jäsenenä olemiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 9.) Hoitotieteellinen tutkimus on painottanut kokemuksellista terveyttä ja sen vaihtelua eri kulttuureissa ja väestöryhmissä. Terveiden edistämisen tutkimuskohteita ovat olleet esimerkiksi yhteisöt, haavoittuvien ryhmien terveys ja

hyvinvointi, hoitohenkilöstön osaaminen, terveystalveluiden kehittämisen ja itsehoidon tukeminen. (Pietilä 2010, 276.)

Terveyttä voidaan määrittellä eri tavoin tieteenalasta riippuen. Biolääketieteellisen määrittelyn mukaan terveyden ja sairauden rajat ovat yksiselitteisesti nähtävissä ja objektiivisesti määriteltävissä. Sairaus joko on tai ei ole, jolloin terveys merkitsee sairauden puuttumista. Funktionaalinen määrittely painottaa toimintakykyä, ja terveys nähdään voimavarana ja kykynä sopusointuiseen toimintaan. Positiivisen määrittelyn mukaan terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Terveys nähdään määrittelyn mukaan kokonaisvaltaisesti, jolloin huomio siirtyy sairausprosesseille altistavista tekijöistä ja sairauksien ehkäisystä terveyttä ja hyvinvointia ylläpitäviin tekijöihin. Terveyttä voidaan tarkastella myös elämän tarkoituksen ja hyvän olon näkökulmasta. (Nissinen, Kauhanen & Myllykangas 1994; Rissanen 1999; Härkönen 2012.)

Terveyden ja hengellisuuden välinen yhteys on ollut selkeä hoitotyön historian alusta lähtien (Tuck, Pullen & Wallace 2001, 594). Hengellinen terveys ilmenee moraalisten uskomusten ja periaatteiden tunnistamisena ja tapainona (Tuominen, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 16). Henkinen ja hengellinen terveys korreloivat yksilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kanssa. Hengellistä terveyttä ovat esimerkiksi sisäinen eheys ja sopusointu omantunnon kanssa. Kirkon diakoniatyö painottaa kokonaisvaltaista lähestymistapaa ja kristillistä ihmiskäsitystä. Ihminen on fyysinen, psyykkinen ja hengellinen kokonaisuus. Diakonisen hoitotyön tutkimuksissa terveyden edistämisen ja hengellisen työn osaaminen on tunnistettu osaksi diakonissan asiantuntijuutta. (Rättyä 2004, 2009a, 2009b; Myllylä 2004, 43–44; Kotisalo 2005, 15; Gothóni & Jantunen 2010, 70–78.)

Terveyden edistämisen (*health promotion*) yhteydessä terveys kuvataan myönteisenä, jokapäiväisen elämän voimavarana. Painotus on yhteisöllisissä tai yksilöllisissä voimavaroissa ja toimintakyvyssä. Terveyden edistämisen päämäärä on hyvä terveys, hyvä elämänlaatu tai hyvinvointi. (Terveys 2015 - kansanterveysohjelma 2001; Tuominen ym. 2005; Härkönen 2012.) Terveydenhuoltolain (2010/1326, 3§) mukaan terveyden edistämällä tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa. Tavoitteina ovat terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen. Lisäksi toiminnan tavoitteina ovat sairauksien, tapaturmien ja muiden ter-

veysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen, väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä voimavarojen suunnitelmallinen kohdentaminen.

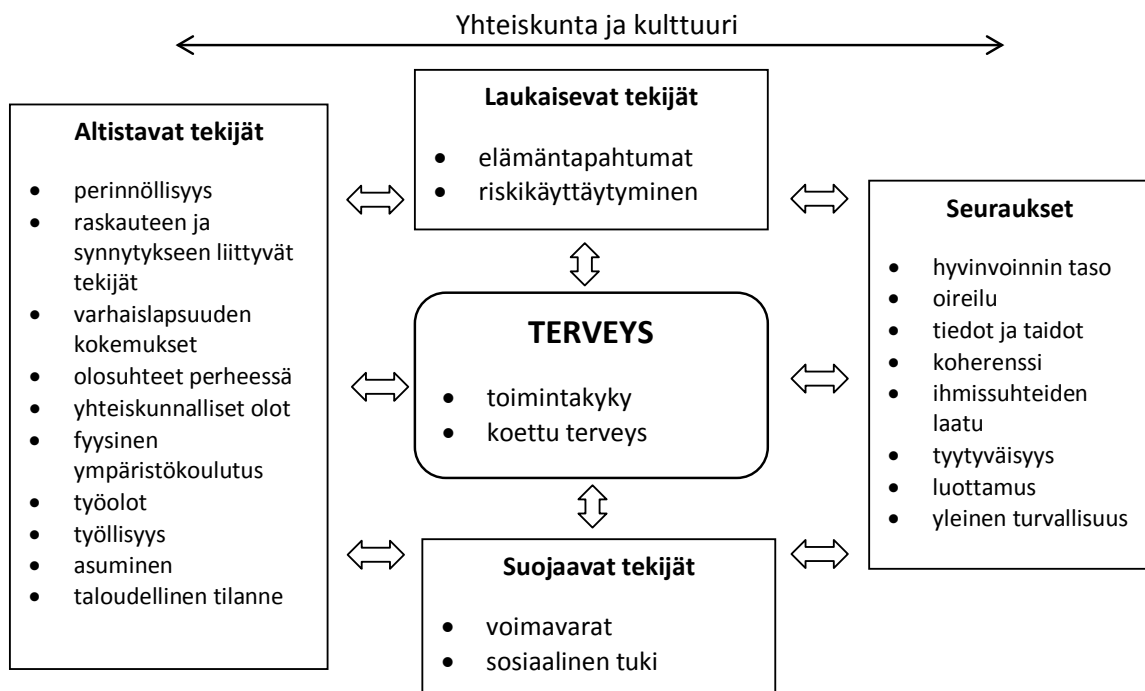
Terveyden edistämisen päämääränä on löytää ja vahvistaa yksilö- ja yhteisötasoilla sellaisia voimavaroja, joita hyödyntämällä ihmisillä on mahdollisuus kehittyä ja ottaa aktiivinen rooli oman terveytensä hallinnassa. Voimavarat ja elinolot luovat edellytyksiä yksilön kyvyille hyödyntää tietoa ja käyttää tarjolla olevia mahdollisuuksia. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 11.) Voimaantumisen (*empowerment*) lähtökohtana on avuttomuus tai voimanpuute (*powerlessness*), joka viittaa puutteellisiin voimavaroihin, omien tavoitteiden saavuttamatta jäämiseen sekä rajallisiin vaihtoehtoihin. Voimaantumisprosessin tuloksena ihminen on voimaantunut, ja löytänyt omat voimavaransa. (Ottawa Charter 1986; Siitonen 1999; Eriksson 2007; Härkönen 2012.)

Yksi keskeinen terveyden edellytys on osallisuus. Rouvinen-Wilenius ym. (2011, 56) määritelmän mukaan osallisuus on osallistumisen mahdollistama tunneperustainen ja yhteenkuuluvuuteen pohjautuva kokemus, jossa ihminen voi aktiivisesti ja sitoutuneesti vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin. Osallisuus voidaan jakaa tieto-, suunnittelu-, toiminta- ja päätösosallisuuteen sen mukaan, miten ihmisellä on edellytyksiä ja mahdollisuuksia osallistua päätöksentekoprosessiin. Tieto-osallisuuteen liittyy oikeus tiedon saamiseen ja tuottamiseen. Suunnitteluosallisuus liittyy asioiden valmisteluvaiheeseen, jossa asiakas osallistuu häntä itseään koskevan toiminnan suunnitteluun ja kertoo mielipiteistään. Toimintaosallisuus on ihmisten omaa toimintaa ja konkreettista osallistumista erilaisiin tehtäviin. Päätösosallisuus antaa asianosaiselle itselleen mahdollisuuden osallistua häntä itseään koskeviin päätöksiin. (Rouvinen-Wilenius ym. 2011, 51.) Taanila-Larivaaran (2004) mukaan asiakkaan osallisuutta tuetaan siten, että häntä autetaan hankkimaan riittävät tiedot ja taidot, jotta hän voi tehdä tarvittavat päätökset itsenäisesti ja hallita päätöstensä seuraukset.

Terveyden edistämisen toimijan lähestymistapa voi olla joko ongelmalähtöistä, kasvatuksellista tai voimavaralähtöistä. Perinteisessä, ongelmalähtöisessä lähestymistavassa päämääränä on sairauksien ehkäisy sekä riskien ja komplikaatioiden välttäminen asiantuntijoiden ohjeiden ja neuvojen avulla. Yksilön terveyttä määrittää asiantuntijan tieto ja tiedon pohjalta toteutettava toiminta. Kasvatuksellisessa lähestymistavassa toiminnan päämää-

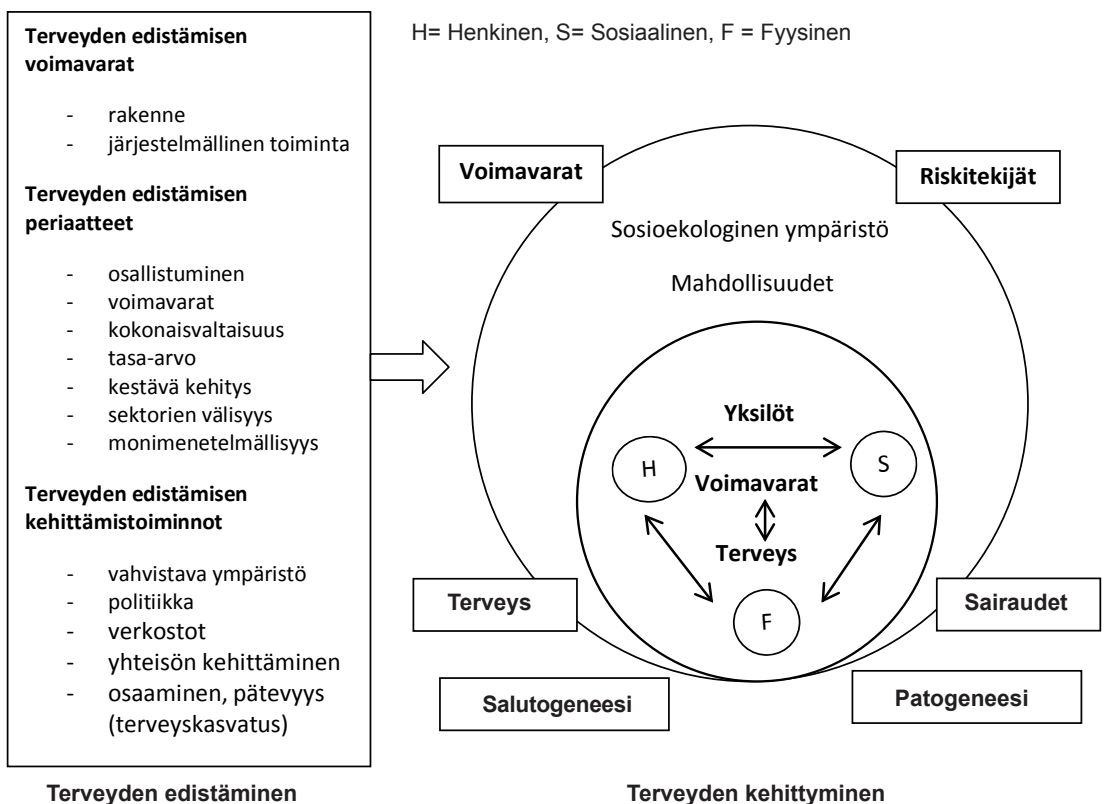
ränä on terveyskäyttäytymisen muutos. Tällöin korostetaan yksilöllisyyttä, yksilön oikeutta terveyttään koskevaan tiedon saantiin ja yksilön vastuuta ja vapautta valintojen tekemiseen luotettavan tiedon pohjalta. Yksilöä autetaan tekemään omaan elämäänsä liittyviä valintoja. Voimavaralähtöinen lähestymistapa korostaa yksilö- ja yhteisötasolla käyttämättömien voimavarojen etsimistä ja löytämistä. Terveyden edistäjä ei toimi tiedon jakajana vaan asiakkaan reflektoinnin tukijana. (Aaltonen 2002; Raatikainen 2002; Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005; Sirviö 2006.)

Terveyden edistämistä kuvataan eri mallien avulla. Diakoniatyössä asiakkaan terveyden taustalla olevia tekijöitä voidaan tarkastella esimerkiksi terveyden prosessimallin (kuvio 2) avulla. Terveyden edistämisen keinoilla voidaan vaikuttaa terveyttä suojaaviin tekijöihin (voimavarat ja sosiaalinen tuki), altistaviin tekijöihin (olosuhteet, vaikeat kokemukset) ja laukaiseviin tekijöihin (elämäntapahtumat ja riskikäyttäytyminen). Toiminnan tavoitteena on terveyden kokemus ja toimintakyky. (Koskinen-Ollonqvist, Aalto-Kallio, Mikkonen, Nykyri, Parviainen & Saikkonen 2007, 28.)



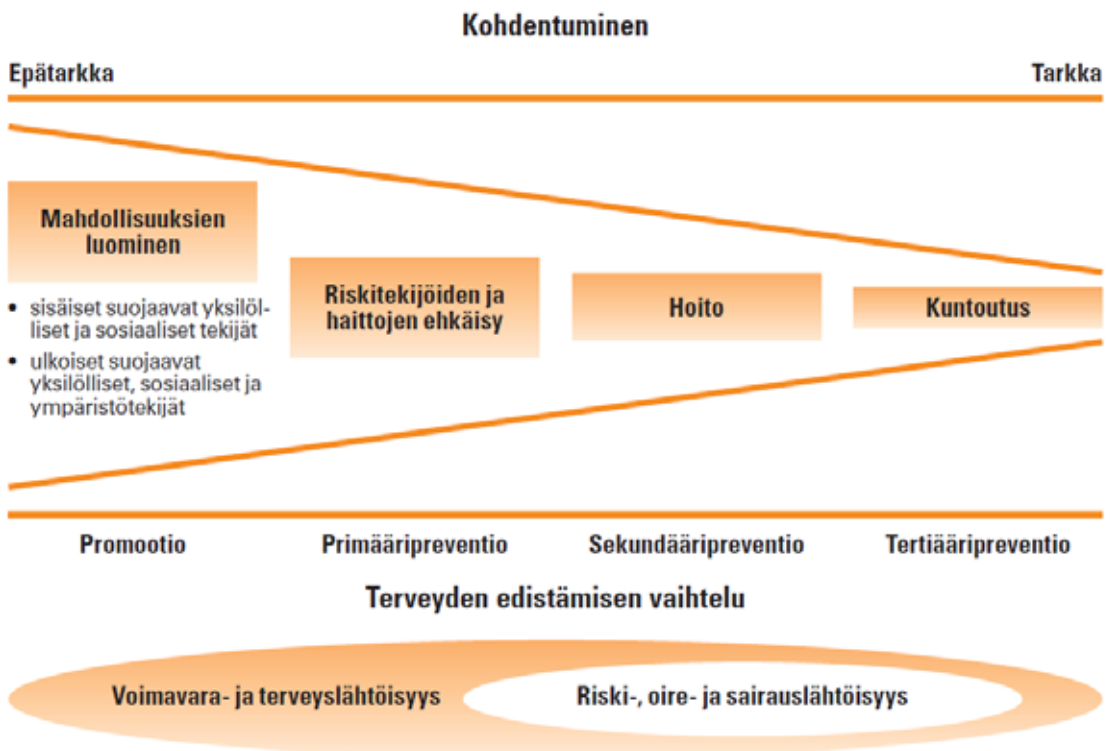
KUVIO 2. Terveyden prosessimalli (mukaeltu Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 28)

Terveyden edistämisen salutogeeninen malli korostaa myös terveyttä ja voimavaroja (kuvio 3). Mallissa terveyden edistämisen painopiste siirretään sairauden syitä selvittävästä (*patogeneesi - sairauden synty*) tutkimusotteesta terveyttä tukeviin ja ylläpitäviin tekijöihin (*salutogeneesi – terveyden synty*). Patogeneesi keskittyy vastoinkäymisiin ja vajeisiin, mutta salutogeneesi painottaa terveyslähteisyyttä ja ihmisen voimavaroja. Mallissa tunnistetaan terveyden edistämisen rakenteet ja periaatteet, esimerkiksi kokonaisvaltaisuus, tasa-arvo, osallistuminen ja voimavarat. Kehittämisessä korostetaan verkostomenetelmiä, yhteisölähteisyyttä ympäristötekijöitä ja henkilöstön osaamista. Yksilötason terveyden edistämisessä toimitaan terveyden kehittymisen puolesta. Terveyden edistäjä huomioi yhteisön ja ympäristön mahdollisuudet sekä vahvistaa yksilön fyysisiä (F), henkisiä (H) ja sosiaalisia (S) voimavaroja. (Antonovsky 1987; Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 28; Härkönen 2012.)



KUVIO 3. Terveyden edistämisen salutogeeninen malli (Antonovsky 1987, mukaeltu Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 29)

Terveyden edistämisen toiminta jaetaan terveyttä suojelemaan (*protection*), terveyttä edistävään (*promotion*) ja sairauksia tai syrjäytymistä ehkäisevään (*prevention*) toimintaan. Terveyden suojeleminen ja edistäminen ovat voimavara- ja terveyslähtöistä toimintaa, jossa ylläpidetään terveyttä ja luodaan ihmisille sisäisiä ja ulkoisia mahdollisuuksia terveyteen ja hyvinvointiin. Terveyden edistämisen painotus on positiivisessa terveydessä, siinä tuetaan ihmisen voimavaroja ja luodaan siten mahdollisuuksia. Ehkäisevä työ on puolestaan riski-, oire- ja sairauslähtöistä toimintaa. Terveyden edistämisen keinoilla ehkäistään riskitekijöitä ja haittoja sekä järjestetään hoitoa ja kuntoutusta. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13; Koivu & Haatainen 2010; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 11.) Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn kohdentumista on kuvattu alla olevassa kuviossa (kuvio 4).



KUVIO 4. Terveyden edistämisen promotiivinen ja preventiivinen näkökulma (sovellus Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005,13)

Diakoniatyössä ja diakonisessa hoitotyössä edistetään terveyttä yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan sekä kulttuurin tasoilla. Diakonian asiakkaiden, perheiden ja ryhmien terveyden edistämistä voidaan tarkastella edellä kuvattujen kolmen mallin avulla. Yhteenvetona voidaan todeta, että diakonissa suojelee ja edistää terveyttä kokonaisvaltaisesti. Hän auttaa yksilöä ja yhteisöä tunnistamaan mahdollisuuksia, voimavaroja ja terveyttä suojaavia tekijöitä. Lisäksi diakonissa ehkäisee sairauksia ja tunnistaa riskitekijöitä. Hän auttaa tunnistamaan sairauksille altistavia ja laukaisevia tekijöitä, ja hän myös osallistaa yksilöä ja yhteisöä sitoutumaan hoitoon ja kuntoutukseen. Terveyden edistämisen toimijana diakonissa verkostoituu muiden paikallisten terveydenedistämistyötä tekevien kanssa.

1.4 Terveyden edistäminen paikallisena yhteistyönä

Paikallista yhteistyötä on perusteltu evankelis-luterilaisen kirkon Meidän kirkko – välittävä yhteisö - strategiassa (Kirkkohallitus 2010), useissa kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011) sekä terveydenhuoltolaissa (2010/1326) ja vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2013/980). Nämä strategiat, ohjelmat ja uudet lait koskevat myös diakoniatyötä.

Kirkkohallitus on diakonian ja yhteiskuntatyön linjauksessaan korostanut kirkon roolia välittävänä yhteisönä, jossa edistetään lähimmäisenrakkautta, hyvää elämää, hädässä olevien ihmisten auttamista ja yhdessä tekemistä. Lisäksi linjaus rohkaisee kirkon diakoniatyötä etsimään uusia toimintatapoja yhteistyössä kuntien, järjestöjen ja liike-elämän kanssa. (Kirkkohallitus 2010; Kirkon tutkimuskeskus 2012.)

Kansallinen terveyserojen kaventamisohjelma velvoittaa kaikkia toimijoita yhteistyöhön terveyden edistämiseksi. Ohjelma korostaa eri hallinnon- ja työalojen ja sektorien rajat ylittävää, moniammatillista ja monitoimijaista yhteistyötä. Terveyserojen kaventamisohjelma painottaa yhteistyön käynnistämistä kunnan eri hallinnonalojen ja muiden paikallisten toimijoiden, kuten järjestöjen, yritysten, työvoimahallinnon, seurakuntien ja tiedotusvälineiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE) vuosille 2012–2015 korostetaan hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista, riskiryhmi-

en tunnistamista ja ihmisten mahdollisuuksia osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen. Keinoiksi esitetään esimerkiksi matalan kynnyksen palveluja. Ohjelman mukaan ”*tavoitteet saavutetaan kuntien, kuntayhtymien, eri hallinnonalojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten sekä koulutus-, tutkimus- ja kehittämisyksiköiden yhteisellä työllä*”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 19).

Terveydenhuoltolain (2010/1326, 2 §) yhtenä tarkoituksena on ”*parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä*” (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Vanhuspalvelulain (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 15 §) mukaan kunnan velvollisuutena on vastata iäkkään henkilön palvelutarpeen selvittämisestä kokonaisvaltaisesti. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaavan työntekijän on toimittava iäkkään henkilön tarpeita vastaavasti yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa.

Kuusimäen (2012) mukaan yhteistyö kuntien sosiaali- ja terveystaluiden sekä seurakuntien välillä vakiintui 1990-luvun laman jälkeen. Kirkon nelivuotiskertomuksen ja uusimman diakoniabarometrin mukaan seurakuntien diakoniatyössä verkostoyhteistyö on lisääntynyt. Diakoniatyöntekijät toimivat eniten yhteistyössä kunnan kanssa toimeentulotukiasioissa, toiseksi eniten yhteistyö toteutuu seurakunnan työalojen kesken, ja kolmantena on yhteistyö kunnan kotihoidon kanssa. (Kirkon tutkimuskeskus 2012; Kiiski 2013). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Hätönen, Helakorpi & Ståhl 2013) tutkimuksen mukaan paikallisissa terveyden ja hyvinvoinnin työryhmissä olivat yleisimmin edustettuina kuntaorganisaation toimialat. Järjestöjen tai muun kolmannen sektorin edustus oli mukana joka kolmannessa (32 %) ja seurakuntien edustus oli mukana joka viidennessä (19 %) paikallisessa työryhmässä.

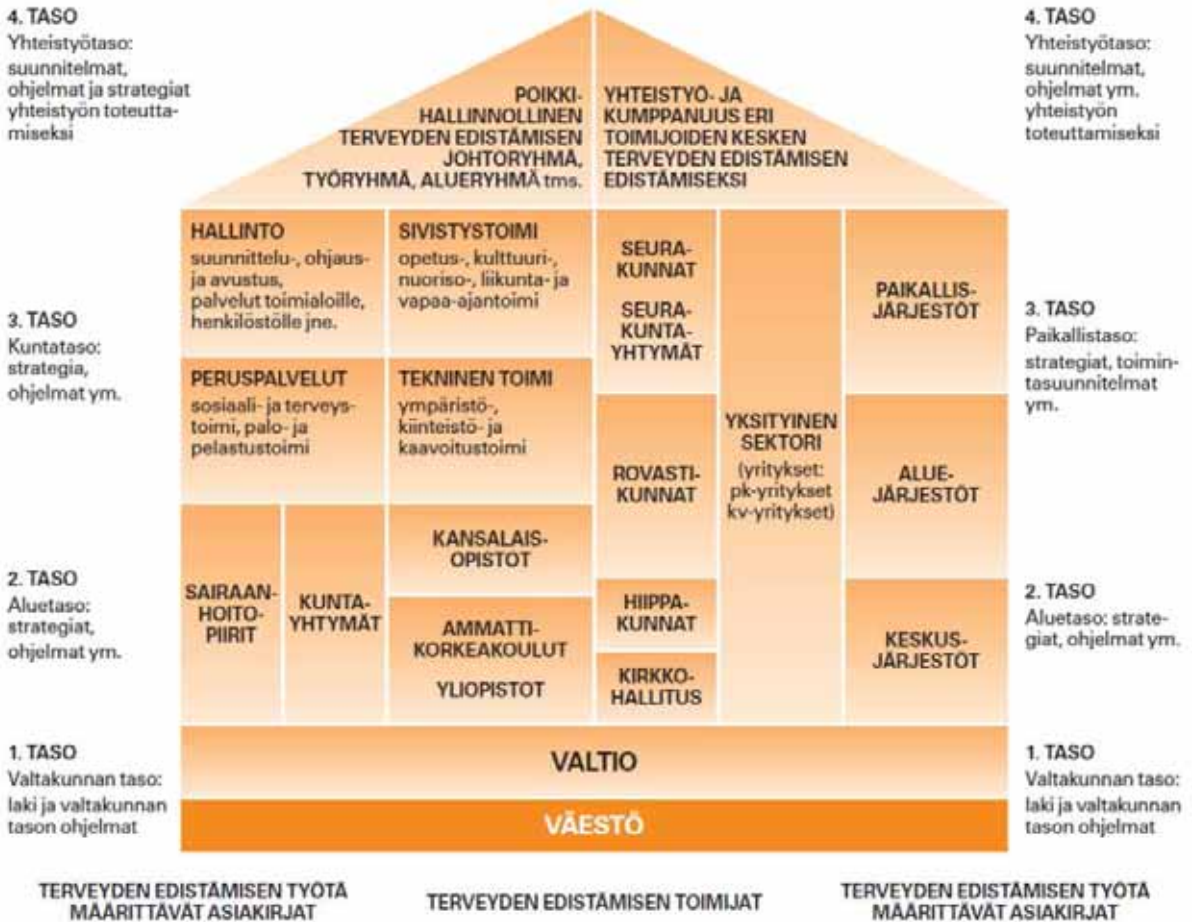
Moniammatillinen yhteistyö on todettu tärkeäksi työmuodoksi terveyden edistämässä. Yhteistyö on väline, jolla pyritään tukemaan asiakkaan osallisuutta ja kehittämään toimintaa asiakaslähtöiseen suuntaan. Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen ammattilaiset toimivat yhdessä tavoitteellisesti ja vastaavat oman alansa erityisosaamisesta. Yhteistyön haasteena on kuitenkin tiedon jakaminen sellaisen kanssa, jotka ovat toisten erityisalojen asiantuntijoita. Monitoimijainen yhteistyö on moniammatillista yhteistyötä laajempi käsite. Siihen kuuluu järjestöjen, vapaaehtoistyön, seurakuntien, yksityissektorin ja julkisen sektorin välinen yhteistyö. Erilaista asian-

tuntemusta yhdistetään ja kehitetään yhdessä, rajoja ylittävänä toimintana. (Isoherranen 2005; Sirviö 2006; Honkanen 2010, 213–229.)

Aalto-Kallion ja Mäkipään (2010) mukaan terveyden edistämistä tulisi vahvistaa uudenlaisten yhteistyöavauksien avulla. Terveyden edistämisessä yhteistyön hyviä käytäntöjä ovat yhteinen viestintä, yhteistyössä järjestetty toiminta, yhteistyössä toteutettu koulutus, asiantuntijatuki ja vaikuttamisyhteistyö. Yhteistyön haasteet liittyvät erityisesti toimijoiden erilaisuuteen ja resursseihin. Rättyän (2009a, 143) mukaan diakoniatyöntekijöillä on hyvät mahdollisuudet moniammatilliseen yhteistyöhön ja verkostotyöhön. He tekevät laaja-alaista paikallista yhteistyötä yhdistysten, järjestöjen ja virallisen palveluverkoston toimijoiden kanssa. Yhteistyön pelisäännöt ja tavoitteet voivat kuitenkin olla epäselvät, jolloin yhteistyöstä saatava hyöty ei jakaudu tasaisesti eri toimijoiden kesken.

Terveyden edistämisen yhteydessä puhutaan verkostotyöstä. Tämä tarkoittaa työntekijän tai työryhmän toimintaperiaatetta ottaa asiakkaan sosiaalinen verkosto huomioon kaikissa tilanteissa. Asiantuntija- ja ongelmalähtöisen työskentelyn sijaan tavoitteena on yhteistyössä asiakkaan ja eri toimijoiden kanssa löytää ja yhdistää työntekijä- ja läheisverkostojen voimavaroja asiakasta parhaiten palvelevalla tavalla. (Honkanen 2010, 213–229) Palvelujen yhteensovittaminen edellyttää yhteistyötä tukevia rakenteita sekä eri tahojen välillä yhteisistä toiminta- ja menettelytavoista sopimista. Yhteistyö voi olla yhteistoimintaa, jossa sitoudutaan yhteisiin tavoitteisiin ja sovietaan käytännöistä ja vastuista mukaan lukien palvelujen rajapinnat. (Joensuu, Halme, Nummi & Perälä 2013.)

Aalto-Kallio ja Mäkipää (2010, 19) ovat kuvanneet terveyden edistämisen rakenteita pelkistetyn ”talon” avulla (Kuvio 5). Talo muodostuu eri toimijoista. Vasemmalla puolella ovat alue- ja kuntatason toimijat ja oikealla puolella taloa muut yhteiskunnalliset toimijat, joihin kirkko, hippakunnat ja seurakunnat sijoittuvat.



KUVIO 5. Malli terveyden edistämisen rakenteista (Aalto-Kallio & Mäkipää 2010, 19)

Terveyden edistämiseen tähtävällä moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan toimintaa, jossa yhdistetään voimavaroja ja toimitaan vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Kansalaisia palveleva terveyden edistämistyö toteutuu parhaimmillaan eri toimijoiden yhteistyö- ja kumppanuussopimuksiin perustuvana yhteistyönä. Vastuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä on kunnilla, mutta järjestöjen, yksityisten yritysten ja yhteisöjen tehtävänä on tuottaa vaihtoehtoisia ja täydentäviä palveluja. (Aalto-Kallio & Mäkipää 2010, 30.) Terveyden edistämistä tulee kehittää paikallisena yhteistyönä, jossa hyödynnetään kuntien, järjestöjen, yksityisten yritysten ja seurakuntien toimijoiden asiantuntemusta. Tästä syystä yhteistyö seurakun-

nan diakonissan kanssa erityisesti diakonian asiakkaiden ja paikallisen yhteisön terveyden edistämisessä on perusteltua.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla diakonisojen roolia ja toimijuutta kokonaisvaltaisen terveyden edistäjinä seurakunnissa ja laitosympäristöissä sekä niiden yhteistyöverkostoissa. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden kokonaisvaltaista terveyden edistämistä seurakunnissa ja laitosympäristöissä. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa alustava malli kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Millaisia ovat diakonian asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeet?
2. Millaista on diakonisojen terveyden edistämisen osaaminen seurakunnissa ja diakonissalaitoksissa?
3. Millaista on kokonaisvaltainen terveyden edistäminen seurakunnissa ja diakonissalaitoksissa?
4. Millaista on diakonisojen ja paikallisten toimijoiden yhteistyö terveyden edistämisessä?

2.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

Tutkimus- ja kehittämishankkeessa koottiin yhteensä 10 erilaista tutkimusaineistoa (taulukko 1). Aineiston keruumenetelminä käytettiin kyselylomakkeita, kirjeitä ja päiväkirjoja. Hankkeen työntekijät laativat kyselylomakkeet itse. Kyselylomakkeiden kysymysten muodostamisessa hyödynnettiin olemassa olevaa teoretietoa ja hankkeen työntekijöiden käytännön työ-

kokemusta. Hankkeen tutkimusaineistot kerättiin kuudesta seurakunnasta (Keski-Pori, Perho, Iisalmi, Karjasilta, Espoonlahti ja Seinäjoki) ja kahdesta Diakonissalaitoksesta (ODL ja HDL). Tavoitteena oli saada tietoa diakonian asiakkaiden, diakonissojen ja yhteistyökumppaneiden näkemyksistä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Lisäksi kerättiin hankkeen arviointiin liittyvää aineistoa hankkeen yhteyshenkilöiltä ja valtakunnallisen terveyden edistämisen verkoston ja hankkeen ohjausryhmän jäseniltä.

TAULUKKO 1. Hankkeen tutkimusaineistot vuosina 2011–2013

Hankkeen tutkimusaineistot	Koontivuosi	Aineistot yhteensä
Kyselyt diakonian asiakkaille hankeseurakunnissa	2011	304
Kysely hankeseurakuntien diakonisoille	2011	21
Kysely diakonissalaitosten diakonisoille	2011	14
Kirjeet diakonian asiakkailta hankeseurakunnista	2012	17
Päiväkirja-aineistot hankeseurakuntien diakonisoilta	2012–2013	12
Kysely Helsingin Diakonissalaitoksen diakonisoille	2013	10
Webropol -kysely paikallisille yhteistyökumppaneille	2012	35
Webropol -kysely hanketoimijoille	2013	24
Yht. 10 eri aineistoa		437

Hankkeen alussa (2011) koottiin kyselylomakkeilla tutkimusaineistot Keski-Porin, Perhon ja Iisalmen seurakuntien lapsiperheiltä (n=106), Karjasillan seurakunnan työikäisiltä (n=6) sekä Espoonlahden ja Seinäjoen seurakuntien ikääntyneiltä (n=192). (Kyselylomakkeet, liitteet 1-3.) Tavoitteena oli selvittää diakonian asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeita. Asiakkaat saivat kyselylomakkeet diakoniatyöntekijöiltä. He palauttivat vastaukset suljetuissa kirjekuorissa diakoniatyöntekijöille. Karjasillan seurakunnassa diakonissat täyttivät lomakkeet haastatellen. Tämän työttömiltä kerätyn aineiston tuloksia käytettiin ryhmätoiminnan käynnistämiseen ja kehittämiseen Karjasillan seurakunnassa eivätkä ne näy tutkimusosiossa. Osa ikääntyneistä tarvitsi diakonissan apua vastausten kirjoittamiseen. Yhteyshenkilöinä toimineet diakonissat kokosivat kaikki asiakkaiden aineistot seurakunnastaan ja palauttivat ne hanketyöntekijöille.

Hankeseurakuntien diakonisoilta (n=21) ja diakonissalaitosten diakonisoilta (n=14) kerättiin ensimmäiset tutkimusaineistot syksyllä 2011. Tavoitteena oli selvittää diakonisojen valmiuksia kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen. Samassa kyselyssä selvitettiin myös diakonisojen näkemyksiä lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen tarpeista. (Kyselylomakkeet, liitteet 4-5.) Diakonissat saivat kyselylomakkeet joko kirjeitse tai sähköpostitse, ja he palauttivat ne hanketyöntekijöille.

Vuosina 2012–2013 diakonian asiakkaiden näkökulmaa täydennettiin keräämällä heiltä kirjeitä (n=17). Diakonian asiakkaita pyydettiin kirjoittamaan teemasta ”Mikä merkitys diakoniatyöllä on ollut hyvinvoinnillesi ja terveydellesi kokemustesi mukaan?” (vrt. Kylmä & Juvakka 2007). Lisäksi kerättiin päiväkirja-aineistoja hankeseurakuntien diakonisoilta (n=12). Tavoitteena oli saada tietoa siitä, mitä terveyden edistäminen diakoniatyössä oli ja millaisiin terveyden edistämisen tarpeisiin diakonissat työssään vastasivat (ks. Kylmä & Juvakka 2007).

Seurakuntien diakonisojen nimeämille yhteistyökumppaneille lähetettiin syksyllä 2012 sähköpostin välityksellä Webropol -kysely, johon vastasi 35 yhteistyökumppania. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää yhteistyökumppaneiden näkemyksiä diakonisoista terveyden edistämisen toimijoina. Lisäksi heiltä kysyttiin yhteistyön kehittämisen tarpeita. (Kyselylomake, liite 6.) Helsingin Diakonissalaitoksen (HDL) diakonisoilta kerättiin (n=10) keväällä 2013 kyselyn avulla tietoa heidän erityisosaamisestaan ja diakonisen hoitotyön kehittamisestä laitoksella (Kyselylomake, liite 7).

Kyselylomakkeiden kysymyksissä oli taustatietokysymysten lisäksi monivaihtokysymyksiä, asteikkoja ja väittämiä sekä avoimia kysymyksiä (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 185–189, Kylmä & Juvakka 2007, 76, 104; Vilka 2007, 45). Väittämäkysymyksissä käytettiin viisi- ja kolmiportaisia asteikkoja. Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS for Windows ja Webropol 2,0 -ohjelmien avulla. Keskeiset tulokset esitettiin taulukoissa ja kuvioidissa frekvensseinä (f) ja prosentteina (%).

Kirjeet ja päiväkirjat analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä samoin kuin suurin osa kyselylomakkeiden avoimista kysymyksistä. Induktiivisessä eli aineistolähtöisessä analyysissä aikaisempi teoria tai luokituskehikko ei ohjaa analyysin kulkua, vaan tulokset nousevat aineistosta (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 115–120). Osa kyselylomakeaineiston kysymyksistä analysoitiin

käyttäen deduktiivista lähestymistapaa. Deduktiivista sisällönanalyysia ohjaa aikaisempi teoria tai käsittemalli. Aineistosta nostetaan esiin ne sisällöt, jotka sopivat analyysikehikkoon (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009). Päiväkirja-aineiston analyysissä käytettiin lisäksi sisällön erittelyä kuvaamaan terveyden edistämisen paikantumista ja kohdentumista eri asiakasryhmille. Sisällön erittelyä käytetään silloin, kun aineistoa kuvataan kvantitatiivisesti esimerkiksi lausumien määriä esiin nostamalla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–106).

2.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tulee Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan olla eettisesti kestävää ja sitoutunutta. Hankkeen työntekijät saivat hankkeen tutkimus- ja kehittämissuunnitelman valmiina eikä suunnitelmaa ollut tarpeen muuttaa hankkeen aikana. Tutkimuksessa on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) ohjeiden mukaisesti.

Tutkimusaineistojen keräämiselle saatiin luvat Helsingin ja Oulun Diakonissalaitoksilta ja hankkeessa mukana olevista seurakunnista. Hankekumppaneiden kanssa tehtiin sopimukset yhteistyöstä. Tutkimukseen osallistuneita tiedon antajia informoitiin hankkeen tarkoituksesta ja tavoitteista, ja heille kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Heillä oli mahdollisuus ottaa halutessaan yhteyttä hankkeen työntekijöihin, joiden yhteystiedot olivat hankeseurakuntien yhteyshenkilöillä, hanke-esityksissä ja kyselylomakkeissa. Tutkimusaineistot ja muu hankemateriaali on hanketyöntekijöiden hallussa, eikä aineistoa ole annettu ulkopuolisille tahoille (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012,6).

Tutkimustuloksia esitettiin säännöllisesti hanketapaamisissa seurakunnissa ja laitoksissa koko hankkeen ajan. Hanke eteni tutkimus-kehittäminen -syklillä. Tutkimustulokset suuntasivat paikallista kehittämistä ja toimivat kehittämistyön perustana. Lähdekirjallisuutta ja tutkimuksia on käytetty tutkimusraportissa asianmukaisesti lähdeviitteet merkatun (Tuomi & Sarajärvi 2009; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Kaikki hankkeeseen liittyvä materiaali kuten mittarit, aineistot, tulokset, muistiot ja kuvaukset hanketapaamisista, ohjausryhmän kokouksista, valtakunnallisen verkoston tapaamisesta ja toiminnasta olivat hanketyöntekijöiden itsensä keräämiä, analysoimia ja kirjoittamia, mikä helpotti koko tut-

kimus- ja hankeprosessin kuvausta. Hankkeen rahoitti Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Rahoittaja mainittiin kaikissa julkisuuteen menneissä dokumenteissa kuten kyselylomakkeissa, hanke-esityksissä, tiedotteissa, luennoissa ja hankkeesta kertovissa lehtiartikkeleissa, nettijulkaisuissa ja muissa kirjoituksissa. Rahoittajan lisäksi myös Suomen evankelis-luterilainen kirkkohallitus ja hiippakunnat mainittiin sidosryhmiä kuvattaessa. Hanketta hallinnoi Diakonia-ammattikorkeakoulu (Diak). Hankkeessa noudatettiin hyvää hallintokäytäntöä, henkilöstö- ja taloushallintoa. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida aineiston keruun, aineiston analyysin ja tulosten sekä johtopäätösten osalta (ks. esim. Polit & Beck 2008; Vilkkä 2007, 149; Kylmä & Juvakka 2007, 127–133). Kyselylomakkeilla kerättiin aineistoja asiakkailta, diakonisoilta ja paikallisilta yhteistyökumppaneilta. Aineistonkeruussa käytetyt mittarit tehtiin itse. Tärkeintä oli saada tietoa tutkittavasta asiasta, ja siksi mittarit laadittiin suhteessa tutkittaviin käsitteisiin, jotka oli muutettu mitattavaan muotoon (sisältövaliditeetti). Mittarit esitettiin ja niitä muokattiin saadun palautteen perusteella (ks. Mäkinen 2006). Kyselylomake soveltui aineistokeruun menetelmäksi tähän tutkimushankkeeseen, mutta osa vastaajista saattoi kokea kyselyn liian pitkäksi, jolloin kaikkiin avoimiin kysymyksiin ei vastattu (ks. Kuula 2006). Tästä syystä kerättiin diakonisoilta päiväkirja- ja diakonian asiakailta kirjeaineistoa, jotka täydensivät aiemmin hankittua aineistoa terveyden ja hyvinvoinnin kysymyksistä ja terveyden edistämisestä.

Sisällön analyysi soveltui analyysimenetelmäksi tässä tutkimuksessa, koska se mahdollisti erilaisia lähestymistapoja aineistoon. Erityisesti aineistolähtöinen sisällön analyysi oli käyttökelpoinen analyysimenetelmä, koska terveyden edistämisestä diakoniatyössä on niukasti aikaisempaa tutkimustietoa. Hankkeen tutkijat analysoivat kaikki aineistot itse. Määrällisen aineiston analysoinnissa osa kootusta tutkimusaineistosta jäi hyödyntämättä. Mittareiden reliabiliteettia (pysyvyyttä, sisäistä johdonmukaisuutta) ei erikseen tässä tutkimuksessa arvioitu. (Ks. Vilkkä 2007, 149.)

Yhdistämällä erilaisia aineiston keruu- ja analyysimenetelmiä pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja saamaan tutkittavasta ilmiöstä monipuolisempi kuvaus. Tulososaa on havainnollistettu alkuperäisillä lausumilla. Tutkimus- ja hanketyöntekijöiden omakohtainen kokemus diakoniatyöstä auttoi heitä ymmärtämään vastaajien kieltä ja vastausten sisältöä, eikä se

vaikuttanut aineistojen analyysiin. Aineistojen analyysi tehtiin kahden tutkijan yhteistyönä luokituksia täsmentäen, vertaillen ja tarkastaen. Tutkimuksen tavoitteena oli saada vastaajien ääni kuuluville tulosten kautta ilman ylitulkintaa tai tietynlaisia näkökulmia etsien (ks. Cohen & Crabtree 2008). Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet nousivat tuloksista.

Tuloksia esitettiin säännöllisesti diakonisoille ja yhteistyökumppaneille. Diakonian asiakkaille ei suunnattu uutta kyselyä hankkeen loppuvaiheessa, mutta heiltä olisi voitu kerätä palautetta siitä, miten hanke lisäsi heidän hyvinvointiaan.

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN SEURAKUNNISSA JA DIAKONISSALAITOKSISSA

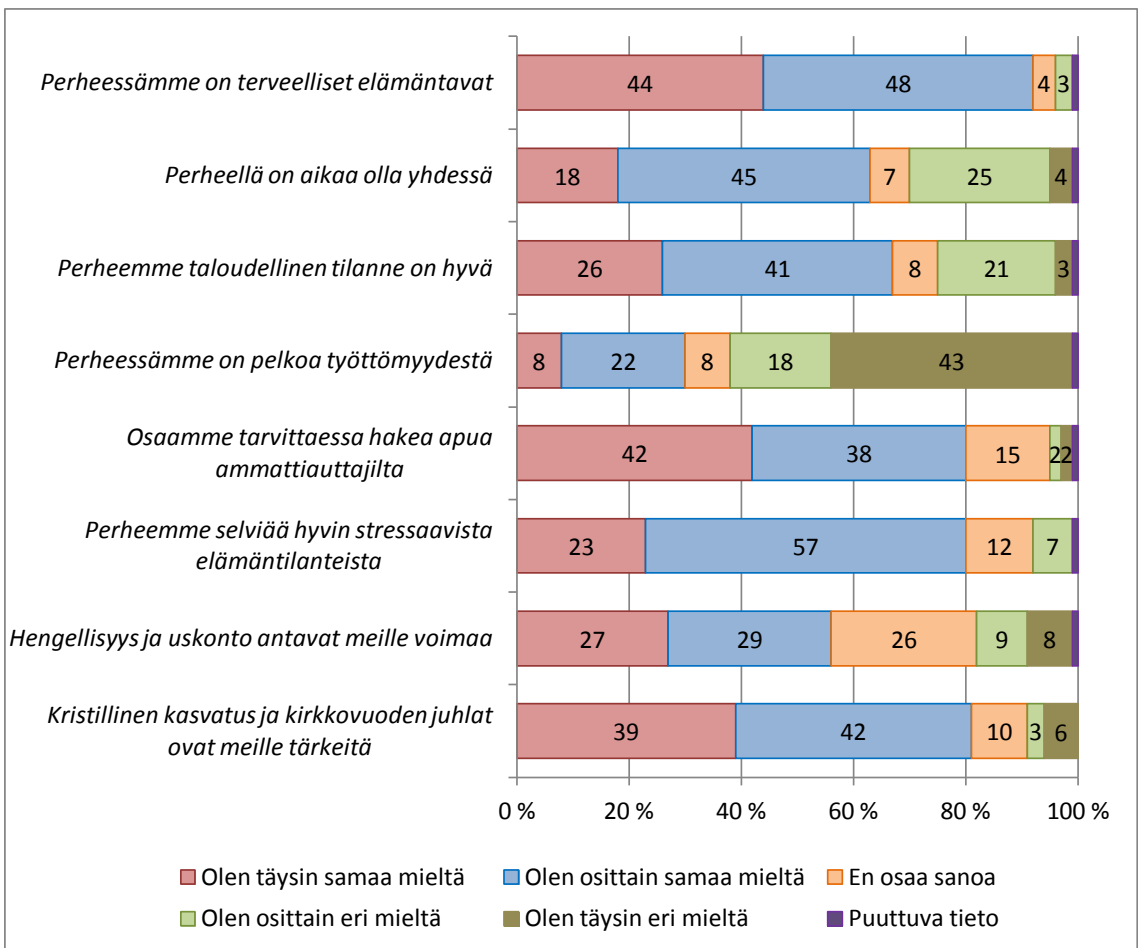
3.1 Diakonian asiakkaiden kuvauksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä

3.1.1 Lapsiperheiden terveys ja hyvinvointi vanhempien kuvaamana

Hankkeessa selvitettiin kyselyn avulla lapsiperheiden vanhempien näkemyksiä perheen terveydestä ja hyvinvoinnista, heidän odotuksistaan seurakunnan toiminnasta sekä diakoniatyöntekijöiden tuesta (liite 3). Vanhemmat täyttivät kyselylomakkeet joko seurakunnan perhekerhojen, diakoniatyöntekijän tekemän kotikäynnin tai diakonian vastaanoton yhteydessä. Vastaajat (n=106) olivat Keski-Porin (n=35), Perhon (n=57) ja Iisalmen (n=14) seurakunnista. Lähes kaikki vastaajat olivat perheen äitejä (n=102).

Vastaajien perhemuoto oli pääosin vanhempien ja lasten muodostama ydinperhe (82 %), osa oli yksinhuoltajaperheitä (11 %) ja osa uusperheitä (5 %). Yli puolella (52 %) perheistä oli kaksi tai kolme lasta, kolmanneksella (31 %) perheistä oli neljä tai useampi lapsi. Yhden lapsen perheitä oli vähiten (17 %). Vastaajien koulutustausta ja työtilanne olivat melko hyvät. Suurimmalla osalla oli joko toisen asteen tutkinto (56 %) tai korkeakoulututkinto (31 %). Vastaajista suurin osa (52 %) oli joko kotiäitejä, koti-isiä tai hoitovapaalla. Kolmannes (36 %) heistä oli työssä, ja vain pieni osa (4 %) oli työttömänä työnhakijana.

Lapsiperheiden vanhemmilta kysyttiin väittämien avulla heidän näkemyksiään oman perheensä terveydestä ja hyvinvoinnista (kuvio 6). Lähes kaikki vanhemmat olivat sitä mieltä, että heidän perheidensä elämäntavat olivat terveelliset. Vanhemmat osasivat hakea tarvittaessa ammattiapua, ja he selvisivät hyvin stressaavista elämäntilanteista. Suurin osa vanhemmista koki perheensä taloudellisen tilanteen hyväksi, tosin työttömyyden pelkoa oli lähes joka kolmannella vanhemmalla. Vastaajien mukaan kristillinen kasvatusta ja kirkkovuoden juhlat olivat heille myös tärkeitä. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että hengellisyys ja uskonto antoivat heille voimaa. Lähes kolmannes vanhemmista koki, ettei heillä perheenä ollut riittävästi aikaa olla yhdessä.



KUVIO 6. Keski-Porin, Perhon ja Iisalmen lapsiperheiden vanhempien (n=106) näkemykset perheensä terveydestä ja hyvinvoinnista (%)

3.1.1.1 Lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia kuormittavat ja edistävät tekijät

Lapsiperheiden vanhemmat vastasivat myös avoimiin kysymyksiin perheen terveyttä ja hyvinvointia kuormittavista (kuvio 7) ja edistävästä tekijöistä (kuvio 8). Lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia kuormittivat työhuolet, kiireinen ja stressaava elämänrytmi, asumis- ja taloushuolet, sairaudet ja ihmissuhdeongelmat. Terveyttä ja hyvinvointia kuormittavat tekijät olivat hyvin samansisältöisiä riippumatta siitä, oliko vastaaja kotoisin Iisalimesta, Perhosta tai Keski-Porista.

Työhuolia aiheutti yhtälailla työn puute ja sen paljous. Osa vastaajista oli huolissaan työtilanteestaan ja pelkäsi työttömyyttä. Heillä ei ollut varmuutta työn jatkumisesta. Pelko työpaikan pysyvyydestä ja työttömyydestä aiheutti huolta. Työttömyys itsessään oli terveyttä ja hyvinvointia kuormittava tekijä. Toisaalta puolison ylityöt veivät aikaa perheeltä, jolloin työ- ja vapaaajan yhteen sovittaminen oli ongelmallista. Perheen isän työpäivät venyivät pitkiksi. Kiire, kolmivuoro- ja reissutyö, työn kuormittavuus ja vaatavuus sekä liiallinen työn määrä verottivat hyvinvointia ja aiheuttivat uupumista. Eräs vastaaja kuvasi tilannetta näin: *”pitkät työpäivät, tunne siitä että ei ehdi viettää aikaa tarpeeksi lasten kanssa. Työ vie suurimman osan energiasta, tuntuu siltä että työpäivän jälkeen syödään, pestään pyykit, tehdään läksyt ja valmistaudutaan seuraavaan työpäivään”*. (V.49.P.1).

Kiireinen ja stressaava elämänrytmi merkitsi jatkuvaa kiirettä, ajanpuutetta, stressiä, väsymistä ja jaksamisongelmia. Lapsiperheen elämänrytmi aiheutti kireyttä ja kokemusta jatkuvasta ajanpuutteesta. Vanhemmilla ei ollut itselleen, parisuhteelle tai koko perheen yhdessä ololle riittävästi aikaa. Ali-tuinen kiire oli leimallista lapsiperheiden arjelle. Ajan puute aiheutti vanhemmille syyllisyyden tunteita. Erityisesti yksinhuoltajavanhemmat olivat aikataulullisesti lujilla yrittäessään hoitaa arjen rutiineja ja lasten harrastuskuvioita. Vanhemmat olivat väsyneitä, he nukkuivat liian vähän, ja unen laatu saattoi olla huonoa. Pienten lasten yöheräilyt ja lasten sairastelut tekivät yöunista katkonaisia. Myös huoli lapsista saattoi häiritä unta. *”Huono unenlaatu ja yölliset heräilyt jos lapsilla ongelmia esim. kerhossa tai kavereiden kanssa, ajoittaiset rahahuolet”*. (V.PR.14.1).

Omat käsittelemättömät asiat ja elämäntilanne verottivat yleistä jaksamista. Vastaajat kuvasivat yleisellä tasolla stressiä ja kilpailun sekä itsekkyyden

aiheuttamaa pahoinvointia. Vanhempana, erityisesti äitinä, olemiseen liittyi riittämättömyyden tunteita. Jos puoliso oli paljon pois kotoa työtehtävien vuoksi, eikä apua ollut saatavilla, jäi vastuu kodista ja lapsista liikaa äidin vastuulle ja hän väsyi. Yhteiskunnan taholta tuleva erilaisin mittarein tapahtuva ”muotittaminen” oli myös vanhempien mielestä kuormittavaa.

Perheillä oli asumis- ja taloushuolia. Huoli toimeentulosta painoi siitä huolimatta, että työtä sillä hetkellä oli. Osalla perheistä oli lainoja ja puutetta rahasta. Toimeentulo aiheutti epävarmuutta tulevaisuuden suhteen, sillä työtehtävien muutokset heijastuivat suoraan perheen toimeentuloon. Huoli rahan riittävydestä kuormitti terveyttä ja perheen hyvinvointia aiheuttaen ongelmia. Osalla vastaajista oli myös asumiseen liittyviä huolia. Vanhaan taloon tehtiin remonttia tai rakennettiin uutta kotia. ”*Rakennamme uutta taloa niin sellainenkin ajoittain stressaavaa ja yhteistä aikaa ei ole niin paljon.*” (V.PR.4.2).

Sairaudet kuormittivat perheen terveyttä. Ensisijaisesti lasten tai jommankumman vanhemman sairaus aiheutti haasteita perheen hyvinvoinnille. Lasten synnynnäiset tai muut sairaudet verottivat voimia. Perheissä saattoi olla yksi pitkäaikaisesti sairas lapsi tai useammalla lapsella oli erilaisia sairauksia. Vanhemmat olivat epä tietoisia ja huolissaan lapsensa sairauden laadusta. Sairaalan lapsen kanssa eläminen oli raskasta. Sairauteen liittyvinä kuormittavina tekijöinä vanhemmat mainitsivat sairaalakustannukset, jatkuvat yövalvomiset, sairastamisen aiheuttamat huolet ja henkisen pahan olon. Perheen äidin tai isän vaikea sairaus, esimerkiksi masennus, aiheutti stressiä koko perheelle.

Ihmissuhdeongelmina vanhemmat kuvasivat tukiverkoston puutetta, vaikeuksia ihmissuhteissa ja ihmissuhteisiin liittyviä huolia. Riittävien ihmissuhteiden ja tukiverkostojen puute aiheuttivat yksinäisyyttä. Isovanhempien tai muiden läheisten puuttuessa ei saanut lastenhoitoapua tai muuta apua perheen arkeen. Ystävien puuttuessa vanhemmilla ei ollut riittävästi kontakteja kodin ulkopuolisiin ihmisiin eikä lapsilla ollut kavereita. Ihmissuhdevaikeudet liittyivät parisuhteeseen, uusperheen elämäntilanteeseen tai avioeroon. Kohtaamistilanteet lasten ja vanhempien välillä saattoivat olla haasteellisia erosta tai vanhemman sairaudesta johtuen. ”*On huono suhde ex-mieheen, vastuuta ei tahdo ottaa ja käyttää välillä lasta välikapulana asioissa.*” (V.27.P.2.). Vanhempien kuvaamat ihmissuhdevaikeudet liittyivät myös perheen ulkopuolelta tuleviin sosiaalisiin paineisiin ja vaatimuksiin, huo-

leen tuttavien elämäntilanteesta tai liialliseen alkoholinkäyttöön perheessä. Huonot ihmissuhteet kuormittivat perheen hyvinvointia.



KUVIO 7. Lapsiperheiden vanhempien kuvauksia terveyttä ja hyvinvointia kuormittavista tekijöistä

Lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia edistivät perheen hyvä arki, terveelliset elintavat, hyvät ihmissuhteet ja perheen voimavarat (kuvio 8). Hyvä arki muodostui yhdessä olemisesta, kodin ilmapiiristä, toimivasta arjesta ja avun saamisesta. Perheenä yhdessä oleminen ja yhdessä vietetty aika oli tärkeää perheen ja sen yksittäisen jäsenen terveydelle ja hyvinvoinnille. He käyttivät ilmaisua *"kun olisi riittävästi yhteistä aikaa perheelle"* (V.20.P.1, V.PR.11.2), mutta tarkemmin ei vastauksissa kuvattu, kuinka paljon tuntimäärällisesti on niin sanottu riittävä aika. Yhteiset ruokahetket, yhdessä tapahtuva ulkoilu, kiireetön puuhasteleminen pihatöissä, yhteiset retket, keskustelut ja perheen yhteiset lomat olivat erittäin tärkeitä. Sekä parisuhteelle että lapsille annettu aika paransi perheenjäsenten hyvinvointia. Vanhemmat tarvitsivat myös omaa henkilökohtaista aikaa.

Terveyttä ja hyvinvointia tukevalle kodin ilmapiirille oli tunnusomaista yhteenkuuluvuus, avoimuus, positiivinen elämänasenne, luottamus tulevaisuuteen, asioista yhdessä jutteleminen ja koko perheen yhteiset keskusteluhetket. Turvallisuus liittyi myös isähahmon olemassaoloon, yleiseen jaksamiseen ja läsnä olemiseen lasten kanssa. Silloin, kun perheen asiat olivat hyvin, se näkyi koko perheessä. Perhe-elämä itsessään oli palkitsevaa. *”Me elämme ihan tavallista perhe-elämää ja se riittää meille.”* (V.29.P.1). Lemmikit ja eläimet olivat osa perhettä, ja ne toivat oman lisänsä kodin ilmapiiriin. Silloin kun perheen arki oli toimivaa, perheen jäsenet olivat tyytyväisiä, ja elämään sisältyi iloa ja yhteistä huumoria. Perheessä oli hyvä olla yhdessä sovitut kasvatustavoitteet ja periaatteet joita noudatettiin. Lapsille oli tärkeää asettaa rajoja ja antaa rakkautta.

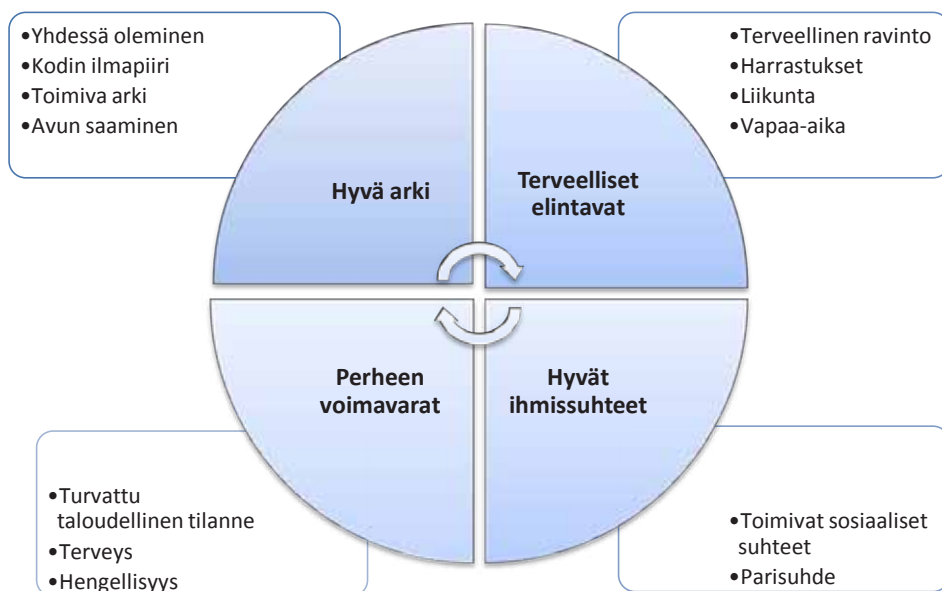
Joskus perhe tarvitsi arjesta selviytyäkseen ulkopuolista apua. Läheisten turvaverkko oli merkittävä hyvinvointia lisäävä tekijä. Vanhemmat arvostivat ystävien ja sukulaisten antamaa apua ja tukea erityisesti lasten- ja kodinhoitoon liittyen. Heillä oli tarve saada vertaistukea ja mahdollisuuksia keskustelulle. Myös kodin ja koulun välisellä mutkattomalla yhteistyösuhteella oli merkitystä. Osa vastaajista mainitsi tässä yhteydessä myös kunnan päivähoiton, kunnan kotipalvelun ja seurakunnan diakoniatyön antaman avun merkityksen perheen terveydelle ja hyvinvoinnille. *”Tärkeää on sosiaalinen verkosto ja kunnan kotipalvelusta saatava apu ja päivähoidosta. Seurakunnan päiväkerhot lapsille. Seurakunnan tarjoama keskusteluapu (diakonissa) ystäviltä ja sukulaisilta saatu apu lastenhoidossa.”* (V.40.P.1)

Terveellisiin elintapoihin vanhemmat sisällyttivät terveellisen ja hyvän ravinnon, harrastukset, liikunnan ja riittävän vapaa-ajan. He painottivat säännöllisen ulkoilun, liikunnan, riittävän unen, säännöllisen ruokailurytmin ja terveellisen ruuan merkitystä. Osa vanhemmista näki tärkeäksi sen, että äiti oli kotona hoitamassa lapsia. Päihteettömyys ja rauhallinen, kiireetön viikkorytmi oli tärkeää perheen hyvinvoinnin kannalta. Vanhemmat arvostivat mahdollisuutta harrastaa. Oli hyvä että vanhemmilla ja lapsilla oli omia harrastuksia.

Vanhemmat mainitsivat kunnan järjestämän toiminnan ja seurakunnan päiväkerhotoiminnan merkityksen ja tärkeyden lasten hyvinvoinnille. Monipuolinen liikunta, ulkoilu ja lenkkeily, korostui aivan erityisesti terveyttä ja hyvinvointia edistävänä tekijänä. Vanhemmat tarvitsivat työn vastapainoksi riittävästi omaa ja stressitöntä vapaa-aikaa. Vapaa-aika tarjosi mahdollisuuden rentoutumiseen, matkoihin, retkiin ja voimien keräämiseen.

Hyvät ihmissuhteet muodostuivat toimivista sosiaalisista suhteista ja parisuhteesta. Ystävät, kaverit, sukulaiset, isovanhemmat, sisarukset, tädit ja lähiverkosto olivat tärkeitä. Heiltä sai apua ja virkistävää seuraa. Kylässä käyminen sukulaisten luona ja ystävien saaminen paransi perheen hyvinvointia ja jakamista. ”*Oma jaksaminen parantunut kun saanut uusia ystäviä.*” (V.2.PM.3). Toimiva parisuhde antoi voimaa arjen pyörittämiseen, ja se oli perusta koko perheen hyvinvoinnille. Toimivaan parisuhteeseen kuului rakkautta, läheisyyttä, keskinäistä välittämistä ja yhteisiä keskusteluhetkiä puolison kanssa. Parisuhde edellytti hoitamista.

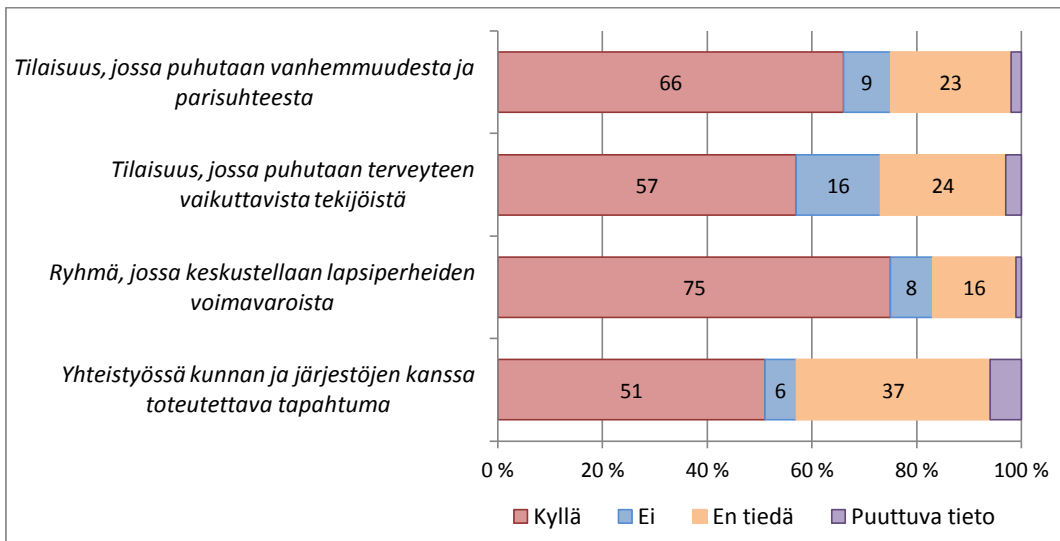
Perheen voimavaroja olivat turvattu taloudellinen tilanne, terveys ja hengellisyys. Turvattu taloudellinen tilanne merkitsi sitä, että molemmilla vanhemmilla tai toisella heistä oli töitä ja vakituinen työpaikka. Riittävä määrä rahaa mahdollisti parempaa hyvinvointia perheelle. Terveys merkitsi sitä, että perheen jäsenet olivat terveitä ja heidän terveenä pysymisensä oli keskeinen koko perheen hyvinvointiin vaikuttava tekijä. Hengellisyys ja usko olivat merkittäviä voimavaroja osalle vanhemmista. Usko Jumalaan ja osallistuminen herätysliikkeen ja seurakunnan toimintaan olivat tärkeitä hyvinvoinnille. Usko oli voimavara perheenjäsenille.



KUVIO 8. Lapsiperheiden vanhempien kuvauksia terveyttä ja hyvinvointia edistävästä tekijöistä

3.1.1.2 Lapsiperheiden vanhempien odotukset terveyttä ja hyvinvointia edistävästä toiminnasta

Lapsiperheiden vanhempien odotuksia seurakunnan terveyttä ja hyvinvointia edistävästä sekä yhteisöllisestä toiminnasta selvitettiin väittämien avulla (kuvio 9). Vanhemmat olivat erityisen kiinnostuneita ryhmistä, joissa keskustellaan lapsiperheiden voimavaroista. Suurin osa vanhemmista oli kiinnostunut myös seurakunnan tilaisuuksista, joissa puhutaan vanhemmuudesta ja parisuhteesta. Yli puolet vanhemmista toivoi tilaisuuksia, joissa puhutaan terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Samoin puolet vanhemmista piti mahdollisena, että tapahtumia voidaan järjestää yhteistyössä kunnan ja järjestöjen kanssa.



KUVIO 9. Keski-Porin, Perhon ja Iisalmen lapsiperheiden vanhempien (n=106) odotukset hyvinvointia ja terveyttä edistävästä seurakunnan toiminnasta (%)

Lapsiperheiden vanhempien odotuksia terveyttä ja hyvinvointia tukevas- ta toiminnasta selvitettiin myös avoimien kysymysten avulla. Lapsiperhei- den vanhemmat odottivat seurakunnan, järjestöjen ja kunnan taholta monipuolisen kokoavan toiminnan järjestämistä. Vanhemmat odottivat koko perheen tapahtumia, vanhemmille ja puolisoille suunnattua toimintaa, las- ten ja nuorten kerhotoimintaa ja perhekerhoja. Kokoava toiminta oli van- hempien mukaan tärkeä perheen terveyttä ja hyvinvointia edistävä tekijä.

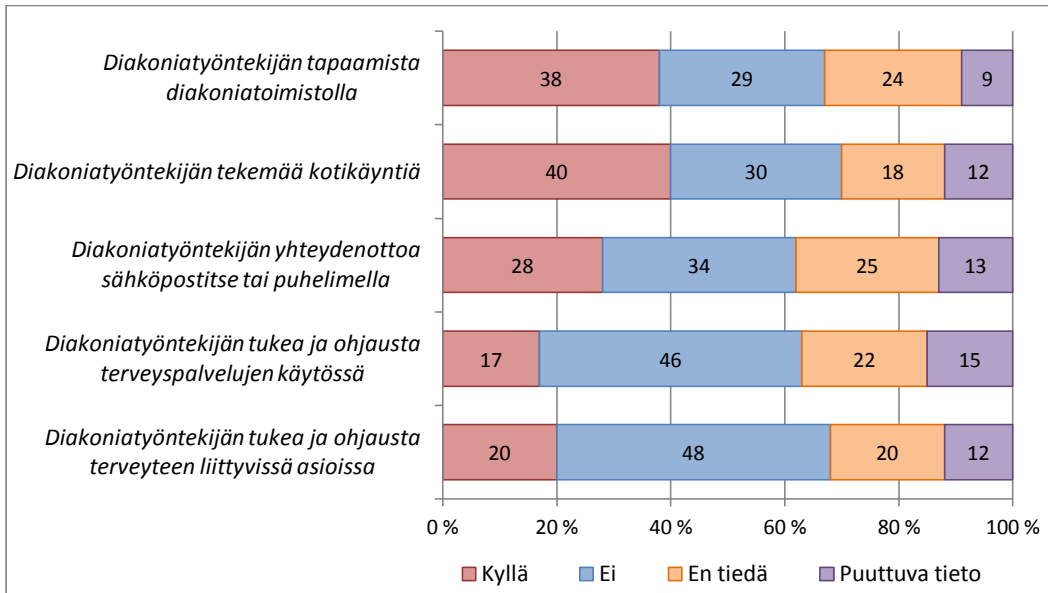
Vanhemmat arvostivat perheille järjestettyjä tapahtumia ja päivätoimintaa kuten tilaisuuksia lähikirkossa, yhteistä puuhastelua, vapaamuotoista toimintaa, retkipäiviä ja perheleirejä. He odottivat naisten- ja miestenpäivien järjestämistä, erilaisia musiikkihetkiä, Tuomasmessuja ja erilaisia luentoja ihmissuhteista, kasvatuksesta ja päihteistä. Tapahtumat ja luennot antoivat voimaa arkeen. Yhteisöllinen toiminta antoi iloa, lämpöä ja yhteenkuuluvuutta.

Vanhemmat pitivät tärkeinä lapsille suunnattua toimintaa kuten päiväkerhoa, pyhäkouluja, erilaisia tapahtumia, touhupäiviä, lapsiparkkia, kerhoretkiä, leiripäiviä ja harrastuskerhoja. Kerhotoiminnan haluttiin olevan sellaista, että sinne oli jokaisen lapsen helppo mennä ilman ulkopuolisuuden kokemusta. Kerhot tarjosivat pienten lasten vanhemmille pienen hengähdystauon lastenhoidosta, tai heillä oli aikaa olla nuorempien lasten kanssa, kun vanhin lapsista oli kerhossa. Vanhemmat toivoivat lisää lasten, varhaisnuorten ja nuorten kerhotoimintaa, mutta seurakunnan toimintaan oltiin yleensä ottaen tyytyväisiä.

Perhekerhot tarjosivat vanhemmille ja lapsille mahdollisuuden solmia sosiaalisia suhteita, saada uusia ystäviä, tavata tuttuja ja verkostoitua ”*käymme muksupiirissä jossa olen saanut uusia ystäviä ja lapset saavat leikkiä ikäistensä seurassa. Koko perhe hyötyy sosiaalisesti*” (V.2.PM.1). Perhekerhot katkaisivat arjen, niistä sai virikkeitä, iloa ja positiivista voimaa. Kerhojen ohjelmia kiiteltiin monipuolisuudesta ja hauskuudesta. Perhekerhojen välittämää kristillisiä arvoja pidettiin myös tärkeinä mutta paatoksellisuutta kaihdettiin. ”*Ei mitään paatoksellista saarnaamista vaan hiljentymistä yhdessä. Joskus olisi kiva osallistua perheen kirkkohetkeen mutta olen nähnyt niitä harvoin*” (PT.1.1). Kerhot verkottivat perheitä toisiinsa ja lisäsivät osallistujien ja heidän perheidensä sosiaalista pääomaa. Vanhemmat kaipasivat perhekahvilatoimintaa, perhekerhoja, äiti-lapsipiirejä, leirejä ja naisten saunailtoja ellei niitä ollut paikkakunnalla. Vanhemmat odottivat saavansa enemmän apua lasten- ja kodinhoitoon, mutta he olivat tyytyväisiä paikalliseen kotipalvelun toimintaan. Muutama vanhempi nosti tässä kohden esille myös tuettujen lomien tarpeen.

Lapsiperheiden vanhemmilta selvitettiin väittämien avulla heidän odotuksiaan diakoniatyöntekijän antaman tuen muodoista (kuvio 10). Tulosten mukaan lapsiperheiden vanhemmista 40 % toivoi diakoniatyöntekijän kotikäyntiä. Myös tapaamista diakoniatyöntekijällä piti mahdollisena lähes

yhtä moni vanhemmista. Lisäksi neljännes toivoi yhteydenottoa sähköpostilla tai puhelimitse. Viidennes (20 %) odotti tukea ja ohjausta terveyspalvelujen käytössä ja terveyteen liittyvissä asioissa.



KUVIO 10. Keski-Porin, Perhon ja Iisalmen lapsiperheiden vanhempien (n=106) odotukset diakoniatyöntekijän tuen muodoista (%)

Lapsiperheiden vanhemmilta kysyttiin myös avoimien kysymysten avulla heidän odotuksiaan siitä miten diakoniatyöntekijä voisi edistää heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Diakoniatyöntekijä edisti lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia yksilöllisen ja yhteisöllisen terveyden edistämisen keinoin. Yksilöllinen terveyden edistäminen sisälsi ohjaamista, tukemista, kotikäyntejä, keskustelemista, läsnä- ja saatavilla olemista, kriisitilanteissa auttamista ja tiedon antamista.

Vanhemmat kaipasivat diakoniatyöntekijältä ohjausta erilaisiin elämäntilanteisiin, mutta he eivät kuvanneet tarkemmin ohjauksen sisältöä. He odottivat saavansa tukea lastenhoitoavun järjestämiseen, taloudellista ja rahallista avustusta esimerkiksi ruokahankintoihin ja perheen lasten harrastusmaksuihin. Lastenhoitoavun saaminen nousi esille useissa vastauksissa. Vanhemmat kaipasivat hoitajaa päästäkseen hoitamaan asioita tai hetkeksi lomalle jaksakseen paremmin perheen arkea. Vastaajien mukaan *”sellainen olisi hienoa jos olisi mahdollista saada oikeasti edullinen lastenhoitaja kerran viikossa edes 2 tunniksi”* (V. PR.1.1) *”tai jos olisi kiertävä hoitotäti jonka voisi varata*

esim. 3h olemaan lasten kanssa ja äiti kävisi kaupassa tai parturissa. Voisi olla vaikka hieman maksuakin esim. 10e/kerta. Tuollainen olisi varmasti monen äidin mieleen” (V8.I.1). Vastaajat luottivat siihen, että he saisivat diakoniatyöntekijältä tarvitessaan hengellistä tukea ja apua arjessa selviytymiseen. He pitivät tärkeänä hienotunteista, ei tyrkyttäen tapahtuvaa avun tarjoamista.

Jotkut vanhemmista mainitsivat diakoniatyöntekijän tekemän kotikäynnin edistävän perheen terveyttä. Kotikäynnit olivat tarpeellisia erityisesti silloin, jos perheellä oli vanhemmuuteen ja kasvatukseen liittyviä ongelmia, tai jos vanhemmat ja lapset tarvitsivat tukea. Diakoniatyöntekijän antama keskusteluapu edisti vanhempien kuvausten mukaan perheen terveyttä ja hyvinvointia, koska puhuminen helpotti. Vanhemmilla oli tarvetta puhua ja keskustella hengellisistä ja muista perheen asioista. Diakoniatyöntekijältä saatu kannustus ja rohkaisu olivat tärkeitä silloin, kun elämässä oli vaikeaa ja arjessa ei tahtonut jaksaa elää. Oleellista oli, että työntekijä oli tekemisissä lapsiperheiden kanssa ja oli mukana yhteisissä tapahtumissa. Kerhoissa ja tilaisuuksissa tutuksi tulleeseen diakoniatyöntekijään oli helpompi siten myöhemmin ottaa yhteyttä.

Diakoniatyöntekijän läsnä ja saatavilla oleminen lisäsi vanhempien turvallisuuden tunnetta. Heille oli tärkeää tietää, että oli olemassa henkilö, johon oli mahdollista ottaa yhteyttä apua tarvittaessa. Diakoniatyöntekijän odotettiin pitävän mahdollisuutta ja ovea auki yhteydenotolle. Erään vastaajan mukaan *”Läsnäolo ja kiireettömyys kohdatessa auttaa”* (V.2.PKK.5). Jo pelkkä diakoniatyöntekijän olemassaolo oli tärkeää. Toisaalta vastaajat odottivat diakoniatyöntekijän ottavan itse kontaktia perheisiin, tapaavan ihmisiä ja yksinhuoltajia ja kertovan heille seurakunnan toiminnasta ja diakoniatyöstä.

Perhe tarvitsi diakoniatyöntekijän apua hankalissa elämäntilanteissa ja kriisisien yhteydessä. Tällaisia avun tarvetta aiheuttavia tilanteita olivat esimerkiksi hautajaiset ja erotilanteet, jolloin vanhemmat odottivat työntekijän ottavan yhteyttä puhelimitse tai käyvän kotona. Vanhemmilla oli tarvetta keskustella myös hengellisistä asioista. *”Työntekijän kotikäynnillä on mahdollisuus keskustella hengellisistä ja muista asioista”* (V.2.PKK.2). Lapsiperheet tarvitsivat tietoa palveluista, kristillisestä kasvatuksesta ja parisuhteesta.

Yhteisöllinen terveyden edistäminen muodostui erityisesti kerhojen ja tapahtumien järjestämisestä, luennoista ja tiedottamisen lisäämisestä. Perheiden yhteiset tapahtumat mahdollistivat perheiden tutustumisen toisiinsa, jolloin hiljattain paikkakunnalle muuttaneet perheet saattoivat tutustua paik-

kakuntalaisein. Perheiden yhteisiin tapahtumiin sopi vanhempien mielestä hyvin keskustelu terveyteen liittyvistä asioista ja ulkoilutapahtumissa saattoi olla painotetusti esillä terveysteema. Perheleireillä vanhemmat kaipasivat diakoniatyöntekijän tukea, ja perhekerhossa hänen toivottiin vetävän ohjelmaa.

Diakoniatyöntekijän pitämät tai järjestämät erilaiset luennot terveydestä, kristillisestä kasvatuksesta ja parisuhteesta olivat vanhempien mielestä tarpeellisia ja perheen terveyttä edistäviä. Osa vastaajista ei tiennyt, mitä diakoniatyöntekijän toimenkuvaan sisältyi tai millaista hänen työnsä oli. He eivät tästä syystä osanneet sanoa, miten diakoniatyöntekijä voisi edistää heidän perheensä terveyttä ja hyvinvointia. Tiedottamisen lisäämiselle toiminnasta ja diakonian mahdollisuuksista edistää perheiden terveyttä oli tarvetta.

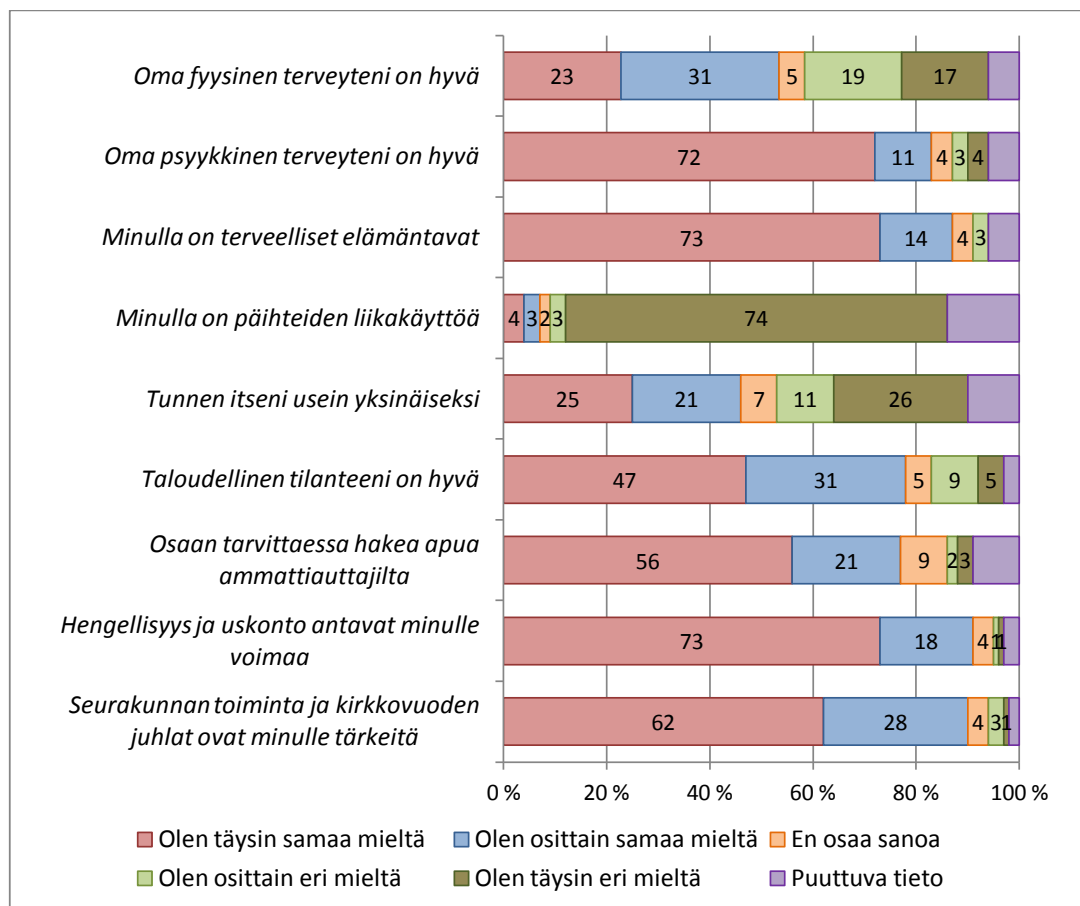
3.1.2 Ikääntyneiden terveys ja hyvinvointi ikääntyneiden itsensä kuvaamana

Hankkeessa selvitettiin kyselyn avulla ikääntyneiden ihmisten näkemyksiä omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Lisäksi kyselyssä selvitettiin ikääntyneiden odotuksia seurakunnan toiminnasta ja diakoniatyöntekijöiden tuesta (kyselylomake, liite 4). Vastaajat täyttivät kyselylomakkeet joko seurakunnan ikäihmisten kerhojen, diakoniatyöntekijän kotikäynnin tai diakonian vastaanoton yhteydessä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 192 ikääntynyttä, heistä 107 oli Espoonlahden seurakunnasta ja 85 Seinäjoen alue-seurakunnasta.

Vastaajista enemmistö oli naisia (79 %), ja heistä suurin osa (65 %) asui yksin. Puolison kanssa ilmoitti asuvansa lähes neljännes (23 %) ja muualla, esimerkiksi palvelukodissa, asui 6 % vastaajista. Ikääntyneistä suurin osa (41 %) oli 60–74 -vuotiaita ja lähes yhtä suuri osa (40 %) oli 75–84 -vuotiaita. Lisäksi 85 vuotta täyttäneitä oli vastaajista lähes viidennes (17 %). Muutama ikääntynyt jätti vastaamatta tähän kysymyksen.

Ikääntyneiden näkemyksiä omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan selvitettiin väittämien avulla (kuvio 11). Tulosten mukaan ikääntyneet kokivat oman fyysisen ja psyykkisen terveytensä melko hyväksi. Myös taloudellinen tilanne oli suurimmalla osalla vastanneista hyvä. Ikääntyneiden mielestä heidän elämäntapansa olivat terveelliset, vaikka pieni osa vastaajista tunnisti, että heillä oli päihteiden liikakäyttöä. Itsensä usein yksinäiseksi koki lähes puolet vastanneista. Neljännes vastaajista oli täysin eri mieltä yksinäi-

syöttä kuvaavasta väitteestä. Suurin osa ikääntyneistä koki, että he osaavat hakea tarvittaessa apua ammattiauttajilta. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että hengellisyys ja uskonto antavat heille voimaa ja he pitivät seurakunnan toimintaa ja kirkkovuoden juhlia tärkeinä.



KUVIO 11. Espoonlahden ja Seinäjoen ikääntyneiden ihmisten (n=192) näkemykset terveydestään ja hyvinvoinnistaan (%)

3.1.2.1 Ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia kuormittavat ja edistävät tekijät

Ikääntyneiltä selvitettiin avoimien kysymysten avulla heidän näkemyksiään terveyttä ja hyvinvointia kuormittavista ja terveyttä edistävästä tekijöistä. Ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia kuormittivat ikään, ihmissuhteisiin ja elämäntapoihin liittyvät tekijät (kuvio 12). Ikään liittyvinä kuormittavina

tekijöinä vastaajat mainitsivat kotitöiden raskauden, sairaudet, korkean iän ja liikkumisen rajoitteet. Osa vastaajista asui rivitalossa tai omakotitalossa, jolloin pihatyöt, kesällä nurmikon leikkaaminen ja talvella lumen kolaus oli raskasta. Kodin ja ympäristön puhtaana pitäminen oli työlästä ja vei liikaa voimia. Ikääntyneillä oli monenlaisia oireita ja sairauksia kuten masennusta, diabetesta, kiputiloja, huimausta, astmaa, sydämen- ja verenkiertoelimistön sairauksia, reumaa ja muita nivelvaivoja sekä muistisairauksia. Osa ikääntyneistä oli huolissaan oman sairautensa lisäksi myös puolisonsa voinnista ja äkillisestä sairauskohtauksesta. ”*Suren mieheni sairautta (V.75.1). Puoliso on nyt hyväkuntoinen mutta hän on ollut vakavasti sairas*” (V.47.3).

Tuleva leikkaus, jatkuva särky, puuttuvat ja huonontuvat terveyspalvelut ja puolison kuolema olivat vastaajien hyvinvointia ja terveyttä uhkaavia tekijöitä. Osa mainitsi iän ja vanhuuden keskeisimmäksi omaa terveyttä kuormittavaksi tekijäksi. Liikkumisen rajoitteita aiheuttivat huono liikuntakyky, liikkumattomuus, liikkumisen vaikeus ja pelko kaatumisesta. Myös liikenteen vilkkaus, teiden liukkaus, huono sää, hissien puuttuminen ja kaduilla oleva väkivalta rajoittivat ikääntyneiden liikkumista kodin ulkopuolella. He pitivät liikkumista kuitenkin tärkeänä omasta terveydestä huolehtimisen keinona.

Ihmissuhteisiin liittyviä kuormittavia tekijöitä olivat huolet, murheet ja yksinäisyys. Moni ikääntynyt oli huolissaan lastensa ja muiden läheisten elämästä. Puolison menetys ja läheisten kuolematapaukset olivat raskaita kokemuksia. Murhetta aiheuttivat myös stressi, lama, maailmantilanne, tulevaisuus, kotitilanne, lasten työttömyys, vaikeudet ihmissuhteissa, tapaturmien ja sairauksien pelko, läheisen alkoholiongelma, köyhyys ja taloudelliset vaikeudet. Erään vastaajan mukaan ikääntyneillä oli ”*taipumus murehtimiseen ja turhaan huolehtimiseen asioista joista ei tarvitsisi murehtia*” (V.77.1). Puutteet terveyspalveluissa ja niiden saamisessa sekä lääkkeiden kalleus mietityttivät ikääntyneitä. Yksinäisyys oli muutamalle ikääntyneelle terveyttä kuormittava tekijä, ja he tarvitsivat apua yksinäisyyteen. Elämäntapoihin liittyvät kuormittavat tekijät painoutuivat ajankäytön ongelmiin ja epäterveellisiin elämäntapoihin. Osa ikääntyneistä koki olonsa pitkästyneeksi, eikä heillä ollut mielekästä tekemistä, tai he eivät osanneet ryhtyä mihinkään. Toisaalta osa vastaajista koki olevansa hyvin kiireisiä ja ongelmia aiheutui siitä, kun ei osannut aikatauluttaa päiviä oikealla tavalla, jotta olisi ehtinyt mukaan kaikkeen toimintaan, johon halusi. Joillekin ikä oli tehnyt sen, ettei

enää pystynyt harrastamaan entiseen tapaan, eikä menetettyjen harrastusten tilalle ollut löytynyt uudenlaista toimintaa.

Epäterveellisiin elämäntapoihin liittyivät vastaajien kuvaukset liiallisesta kiireestä, ylimääräisistä ponnisteluista ja ulkonäön laiminlyömisestä. Osa ikääntyneistä arvioi omaavansa huonoja elämäntapoja ja ruokailutottumuksia. Osa piti itseään liian laiskana harrastamaan liikuntaa ja muuta toimintaa.



KUVIO 12. Ikääntyneiden kuvauksia terveyttä ja hyvinvointia kuormittavista tekijöistä

Tulosten mukaan ikääntyneen terveyttä edistivät terveelliset elämäntavat, aktiivinen elämänsäsenne ja tuen saaminen (kuvio 13). Liikunta, ulkoilu, terveellinen elämä, lepo, uni, terveellinen ravinto ja itsestä huolenpito olivat osa terveellisiä elämäntapoja. Liikunta oli erittäin tärkeää ikääntyneiden terveydelle. He iloitsivat siitä, että jaksivat vielä liikkua ja harrastaa sauvakävelyä, lenkkeilyä, hyötyliikuntaa, voimistelua, vesijuoksua, ulkoilua, jumpaa ja kuntoilua. Erityisesti diabeteksen yhteydessä liikunnan merkitys korostui. Ulkoilulla ja luonnossa olemisella oli ikääntyneiden hyvinvoinnille

muunkinlaista kuin vain liikunnallista merkitystä, kuten maininta ”*Luonnon kauneus eri vuoden aikoina*” osoittaa (V.67.4).

Terveellinen elämä merkitsi ikääntyneille säännöllisyyttä, terveellisyyttä, puhtautta ja raittiita elämäntapoja. Osa halusi myös laihduttaa ja pudottaa painoa. Lepo, uni, hyvä yöunen laatu, riittävä unen määrä, rentoutuminen ja rauhoittuminen olivat tärkeitä ikääntyneiden hyvinvoinnille ja jaksamiselle. Terveelliseen ravintoon kuului muun muassa kuituja ja luonnonmarjoja. Itsestä huolenpito sisälsi itsestä huolehtimisesta, itsensä kuuntelemista ja hyvää mieltä. Oli tarpeen tehdä kaikkea sellaista, mikä poisti turhat huolet ja mistä tuli hyvä olo. Huumori ja turhien murheiden välttäminen auttoivat oman terveyden ylläpitämisessä. Ikääntyminen saattoi olla myös uuvuttavaa, jolloin toiveet suuntautuivat oman kuoleman odottamiseen ”*Terveys ei kiinnostaa. En käy koskaan lääkärissä. Toiveeni on että kuolen pian koska olen jo vanha*” (V.11.S.1).

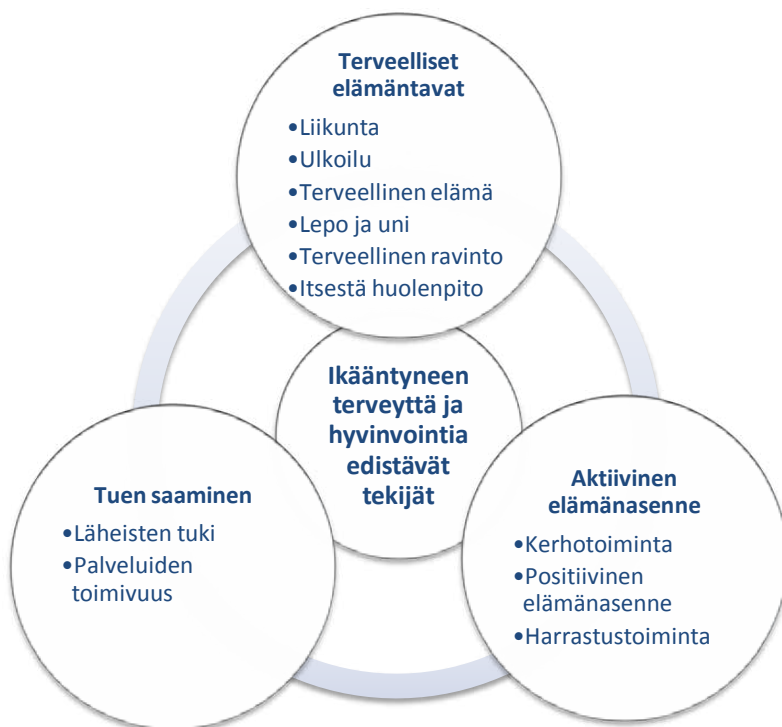
Aktiivinen elämänsäsenne sisälsi kerhotoimintaan osallistumista, positiivisen elämänsäsenneen ja harrastustoiminnassa mukana olemista. Erilaiset kerhot, kuten Hopeatiistai, retket, tilaisuudet, raamattupiirit ja yhteiset kokoontumiset toisten samanikäisten kanssa edistivät ikääntyneiden terveyttä. Usko Jumalaan antoi ikääntyneille sisäistä rauhaa. Erään vastaajan mukaan ”*oli hyvä olla seurakunnan tiloissa samanhenkisten kanssa*” (V.10.4). Myös kiinnostus ympäristöön piti yllä virkeyttä. Elämänsäsenne liittyi esimerkiksi karjalaisiin sukujuuriin, positiiviseen suhtautumiseen eri asioihin, hyvään mieleen ja siihen, ettei huolehtinut turhia vaan keskittyi tulevaan. Oli tärkeää ”*mennä eteenpäin päivä kerrallaan*” (V.2.E.3).

Harrastustoiminta liittyi omatoimisuuteen ja touhuamiseen. Hoitaessaan lastenlapsia tai omakotitaloa ikääntynyt koki olevansa tarpeellinen. Ikääntynyt pysyi virkeänä tehdessään käsi- ja pihatöitä, opiskellessaan vierasta kieltä, harrastaessaan maalausta, joogaa, laulua, musiikkia, kuoro, järjestö tai vapaaehtoistoimintaa tai hoitaessaan luottamustehtäviä. Erään vastaajan mukaan ”*aika kului harrasteissa esim. kangaspuilla kutomisessa kansalaisopistossa*” (V.79.4). Television katsominen ja matkailu tarjosivat myös virikkeitä ikääntyneiden arkeen.

Tuen saaminen liittyi läheisten antamaan tukeen ja palveluiden toimivuuteen. Läheiset ja hyvät ihmissuhteet olivat merkittäviä ikääntyneiden terveydelle. Omien ystävien kanssa oleminen ja vilkas sosiaalinen elämä olivat vastaajille tärkeitä. Läheisiltä saatu apu ja henkinen tuki auttoivat eteenpäin. Yh-

teisöllisyyden ja turvallisuuden kokemukset liittyivät myös sosiaalisen verkoston toimivuuteen. Toisten ihmisten läsnäolo omassa elämässä, yhteiset iloiset tapahtumat, seurusteluhetket toisten kanssa ja sopivassa määrin tapahtuva yhteydenpito ystävien ja sukulaisten kanssa lisäsivät ikääntyneiden hyvinvointia. Lähellä asuvat lapset ja lastenlapset tuottivat iloa ja turvaa. ”*Terveyttä edistävää oli silloin tällöin tapahtuva jälkikasvun hoito*” (V.31.S.2). Oma-toimisuuden säilyminen ja mahdollisuus asua omassa kodissa olivat tärkeitä.

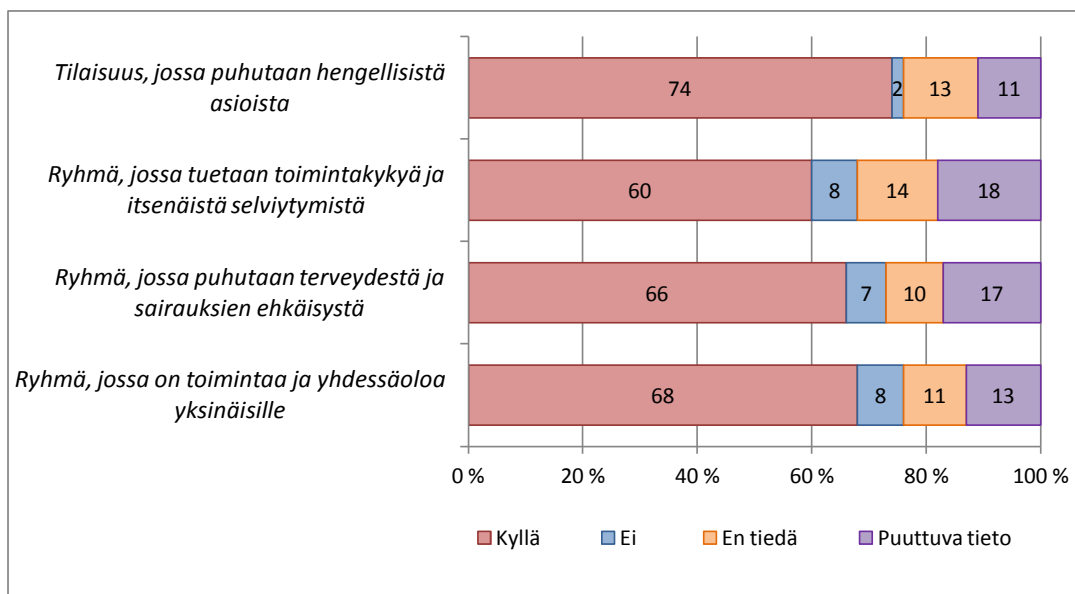
Palveluiden toimivuus tarkoitti sitä, että palvelut olivat lähellä, ne olivat joustavia, ja terveydenhuoltohenkilöstö teki kotikäyntejä. Hyvät terveydenhuoltopalvelut, tutkimuksiin, toimenpiteisiin, leikkauksiin ja hoitoihin pääseminen olivat ikääntyneille tärkeitä. Samoin lääkitykseen liittyvät tekijät kuten lääkkeiden vähentäminen ja oikean lääkityksen löytyminen sekä lääkkeiden hinnan alennus nousivat esille ikääntyneiden kuvauksissa. Kotihoidon kautta saatava apu ja diakonissan käynnit olivat ikääntyneen terveyden edistämisen kannalta merkittäviä. Osa ikääntyneistä oli hyvin perillä lääkityksestään ja lääkkeiden vaikutuksista.



KUVIO 13. Ikääntyneiden kuvauksia terveyttä ja hyvinvointia edistävästä tekijöistä

3.1.2.2 Ikääntyneiden odotukset terveyttä ja hyvinvointia edistävästä toiminnasta

Ikääntyneiltä selvitettiin kyselyn avulla heidän odotuksiaan seurakunnan toiminnasta (kuvio 14). Suurin osa vastaajista kannatti tilaisuuksia, joissa puhutaan hengellisistä asioista. He toivoivat yhdessäoloa ja toiminnallisia ryhmiä, joissa tuetaan toimintakykyä sekä itsenäistä selviytymistä. Ikääntyneet odottivat seurakunnalta myös sellaisia ryhmiä, joissa puhutaan terveydestä ja sairauksien ehkäisystä.



KUVIO 14. Espoonlahden ja Seinäjoen ikääntyneiden (n=192) odotukset seurakunnan terveyttä ja hyvinvointia edistävästä toiminnasta (%)

Ikääntyneiltä kysyttiin avoimien kysymysten avulla heidän odotuksiaan terveyttä ja hyvinvointia tukevasta paikallisesta toiminnasta. Tulosten mukaan seurakunnalla, kunnalla ja järjestöillä on mahdollisuus yhteisöllisen ja yksilöllisen palvelutoiminnan avulla tukea ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä. Yhteisöllisen toiminnan osalta tulokset ovat hyvin samansuuntaisia kuin aiemmin kuvatut lapsiperheiden odotukset terveyttä ja hyvinvointia tukevasta toiminnasta.

Kokoava toiminta muodostui kerhotoiminnasta, tilaisuuksista, retkistä, hengellisestä toiminnasta, yhdessä olemisesta ja harrastustoiminnan mah-

dollistamisesta. Ikääntyneet arvostivat seurakunnan, kaupungin ja järjestöjen ylläpitämää kerho- ja ryhmätoimintaa. Keskusteluryhmät, sururyhmät, lähetys- ja diakoniapiirit, vanhustenkerhot, seurakuntakerhot ja askarteluryhmät olivat tärkeitä. Ryhmistä sai ystävyyssuhteita, ja kerhojen monipuolinen ohjelma, viriketoiminta ja ”aivojumppa” ylläpitivät terveyttä. Muutama vastaaja kaipasi erityisesti Hopeatiistain ja Kotipiirin kaltaista ryhmätoimintaa. Kerhot ja ryhmät tarjosivat ikääntyneille yhteyden ja yhteisöllisyyden kokemuksia, mutta aina toisten seuraan lähteminen ei ollut helppoa ”kun vaan itsestä saa irti ja osallistuu ”(V.30.2) ja ”lähtee ulos omista ympäröistä” (V.38.2).

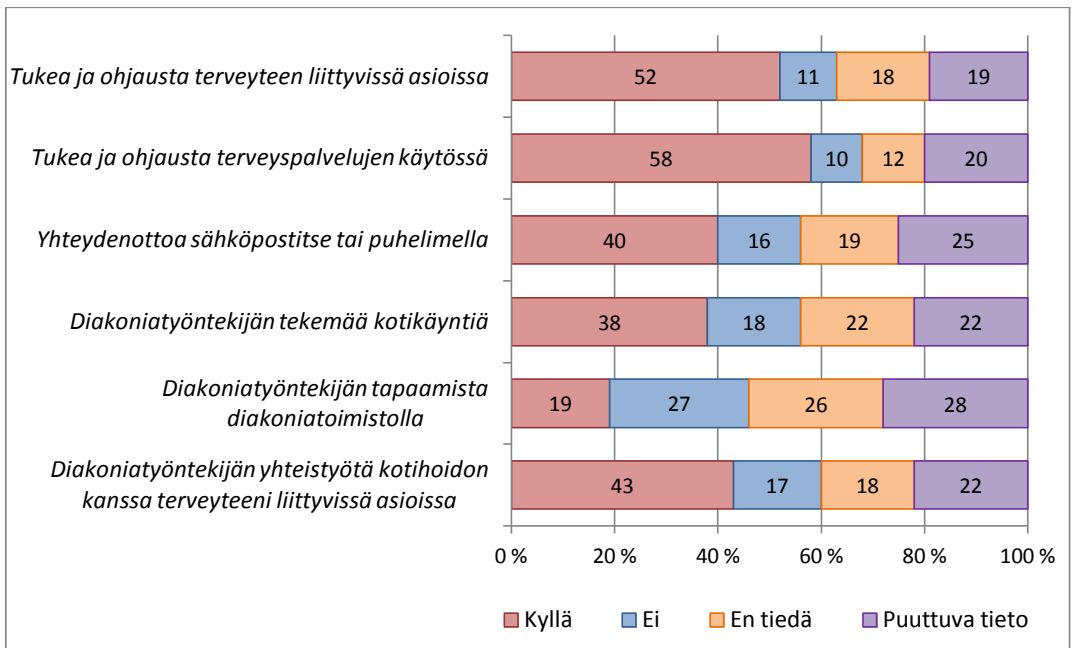
Erilaiset tilaisuudet, teematapahtumat ja luennot olivat ikääntyneistä mielekkäitä. Osa odotti myös yhteisiä teatterissa käyntejä, retkiä, matkoja ja leiripäiviä. Jumalanpalvelukset, hartaushetket, hartauspiirit ja seurat olivat merkityksellisiä ikääntyneiden hyvinvoinnille. Liikunnallinen toiminta sisälsi ohjattuja jumppatuokioita, istumajumppaa, porukkaliikuntaa, uimahallireissuja ja yhdessä oloa liikkuen. Ikääntyneet kaipasivat järjestettyä harrastus- ja viriketoimintaa, ja harrastustoiminnan tärkeydestä ja sisällöstä oli runsaasti kuvauksia.

Yksilöllinen tuki sisälsi yhteydenpitoa, ohjausta, keskustelemista ja toimivien palveluiden järjestämistä. Ikääntyneet odottivat henkilökohtaista ja viikoittain tapahtuvaa yhteydenottoa. Eräs vastaaja kaipasi tiiviimpää yhteyttä seurakuntaan, ja hän odotti ”säännöllisiä riittävän useita tapaamisia seurakunnan työntekijän kanssa” (V.4E.1). Kun auttaja oli ennestään tuttu, oli yhteydenottaminen häneen helpompaa. Ikääntyneet tarvitsivat monipuolista ohjausta ja opastamista terveystalouteen, terveyteen, sairauksien ennaltaehkäisyyn, selviytymiseen, yksinäisyyteen, hengellisyyteen ja toimintakykyyn liittyen. He tarvitsivat tietoa ikääntyneen terveyttä ja hyvinvointia edistävästä asioista ja toiminnasta.

Keskusteleminen nousi esille muutamassa vastauksessa. Niissä keskusteleminen liittyi ikääntyneen henkilökohtaiseen tarpeeseen keskustella ajankohtaisista asioista ja saada kannustusta jaksamiseen. Ikääntyneellä ihmisellä on samoin kuin muillakin tarve tulla huomatuksi ja kuulluksi. Osa kaipasi keskusteluapua lievittämään yksinäisyyden kokemusta. Erityisesti silloin, kun ikääntyneellä oli paljon sairauksia, eikä hän jaksanut lähteä kotoa ryhmätoiminnan piiriin, hän odotti kotikäyntejä ja kotiin vietäviä palveluita.

Julkisten palveluiden toimivuus ja arjen sujuvuus olivat ikääntyneiden hyvinvoinnille tärkeitä asioita. Kaupungin järjestämä ruokapalvelu ja intervallihoitojaksot saivat kiitosta vastaajilta. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä nykyisiin palveluihin, mutta osa kritisoi terveyskeskuksen toimintaa. Osa ikääntyneistä tarvitsi lisäpalveluita arjesta selviytymiselleen. Nykyiset palvelut eivät kattaneet avun tarpeita. Ikääntyneiden palveluiden sujuvuuteen ja saatavuuteen tuli vastaajien mukaan kiinnittää enemmän huomiota. Terveyspalveluiden tuli olla kaikkien ikäihmisten saatavilla. Kaikkien alueella asuvien yli 80 -vuotiaiden luokse toivottiin kotikäyntiä. Säännöllisten, muuttaman kerran vuodessa tapahtuvien kotikäyntien avulla oli mahdollisuus kartoittaa ikääntyneen voinnissa ja toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia ja avun tarpeita. Vastaajia askarrutti tässä yhteydessä myös kysymys ikääntyneiden arvosta nyky-yhteiskunnassa. Erään vastaajan mukaan ”*olisi hyväksyttävä kaikki huonokuntoiset*” (V.76.3). Osa vastaajista mainitsi henkisen tuen tarpeen ja tuen saamisen merkityksen omalle terveydelleen. Joskus myös kodin korjaus- ja remonttiapu oli ikääntyneelle tarpeen.

Ikääntyneiltä kysyttiin myös heidän odotuksiaan diakoniatyöntekijän tuen muodoista (kuvio 15). Tulosten mukaan Espoonlahden ja Seinäjoen ikääntyneistä (n=192) yli puolet odotti tukea ja ohjausta terveyteen liittyvissä asioissa sekä terveyspalveluiden käytössä. Lähes puolet ikääntyneistä ajatteli, että diakoniatyöntekijä voi tehdä yhteistyötä kotihoidon kanssa. Diakoniatyöntekijän yhteydenottoa joko puhelimitse tai sähköpostilla piti mahdollisena vajaa puolet vastanneista. Lähes yhtä moni toivoi diakoniatyöntekijän tekemiä kotikäyntejä. Sen sijaan vain viidennes ikääntyneistä halusi tavata diakoniatyöntekijää vastaanotolla.



KUVIO 15. Espoonlahden ja Seinäjoen ikääntyneiden ihmisten (n=192) odotukset diakoniatyöntekijän tuen muodoista (%)

Avoimien kysymysten avulla selvitettiin ikääntyneiden odotuksia siitä, miten diakoniatyöntekijä voisi edistää heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Tulosten mukaan ikääntyneiden terveyttä edistävä yksilöllinen toiminta sisälsi yhteydenpitoa, kotikäyntejä, keskustelemista, kuuntelemista, ohjaamista, tukemista ja läsnä sekä saatavilla olemista. Ikääntyneet odottivat diakoniatyöntekijän ottavan ja pitävän heihin yhteyttä ja tulevan tervehdyskäynnille. Osa ikääntyneistä kaipasi usein toistuvia tapaamisia diakoniatyöntekijän kanssa, ja osalle riitti harvemmin tapahtuvat kohtaamiset tai puhelinsoitto. Vastaajat näkivät kotihoidon ja diakonian yhteistyön hoidon järjestämisessä tärkeäksi. Osalle ikääntyneistä diakoniatyön sisältö oli vieras eivätkä he tarvinnut diakoniatyön antamaa apua ”mahdoton sanoa kun eivät käy luonani” (V.8.1) tai ”saan tarvittavan palvelun palvelutalon terveystoimistolta” (V.10.1).

Ikääntyneet kuvasivat runsaasti diakoniatyöntekijän tekemien kotikäyntien merkitystä terveydelleen. He näkivät erityisen tärkeiksi kotikäynnit niiden ikääntyneiden luokse, jotka eivät osanneet lähteä etsimään apua itselleen. Diakoniatyöntekijän ystävällisyys ja syventyminen ikääntyneen asioihin ja elämäntilanteeseen keskusteluhetkessä oli merkittävää. Keskustelemisen ja kuuntelemisen tärkeys korostui silloin, kun ikääntyneellä ei ollut lä-

hellään ihmisiä, jotka olisivat kuunnelleet hänen tarinoitaan. Oli tärkeää, että diakoniatyöntekijä kysyi tavatessa jaksamista, ikääntyneen avuntarpeita ja keskusteli hengellisistä kysymyksistä.

Ikääntyneet odottivat saavansa diakoniatyöntekijältä monipuolista ohjausta. Erään vastaajan mukaan ”*terveydestä hyvät neuvot ovat aina tarpeen*” (V.40.2). Diakoniatyöntekijän odotettiin kertovan erilaisista vaihtoehdoista, antavan ohjausta terveyteen, talouteen ja avun hakemiseen, puolustavan ikääntyneiden palveluiden saatavuutta ja mittaavan joskus verenpaineen. Sairaudet lisäsivät fyysistä ja psyykkistä avuttomuutta, jolloin tuen tarve kasvoi. Parhaimmillaan diakoniatyöntekijä oli tuki ja turva, jolta saattoi pyytää monenlaista apua. Oli tärkeää että ”*Diakonissa hoiti koko ihmistä hengellisestä arvopohjasta käsin*” (V.79.5).

Osa vastaajista oli mielestään hyväkuntoisia, omatoimisia ja terveitä, eivätkä he kovin paljon tarvinneet diakoniatyöntekijän apua, mutta tietoisuus siitä, että apua oli saatavilla tarvittaessa, oli heille tärkeää. Ikääntyneet arvostivat diakoniatyöhön sisältyvää yhteisöllistä toimintaa. Diakoniatyöntekijän odotettiin järjestävän kerhoja, toteuttavan hengellistä toimintaa ja aktivoivan ikääntyneitä mukaan ryhmiin ja seurakunnan tapahtumiin. Yhteisöllisyyteen liittyi myös diakoniatyöntekijän tekemä yhteistyö kotihoidon kanssa.

3.1.3 Diakonian asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia edistävä tuki

Diakonian asiakkailta kerättiin kirjeaineistoa, jossa he saivat vapaamuotoisesti kertoa diakoniatyön merkityksestä omalle terveydelleen ja hyvinvoinnilleen. Kirjeitä kertyi yhteensä 17 kappaletta. Kirjeen palauttaneista naisia oli 12, ja miehiä oli neljä. Yhdestä kirjeestä ei voinut päätellä kirjoittajan sukupuolta. Suurin osa vastaajista oli 76–85 -vuotiaita (seitsemän vastaajaa), 66–75 -vuotiaita oli kaksi, 56–65 -vuotiaita oli kolme ja 50–55 -vuotiaita oli kaksi. Ikänsä jätti mainitsematta kolme henkilöä.

Asiakkaat kuvasivat kirjeissä varsin avoimesti avun tarpeitaan ja omia elämäntilanteitaan. Diakonisen avun tarvetta aiheutti terveyttä ja hyvinvointia suojaavien tekijöiden puute, joka ilmeni merkityksellisten ihmissuhteiden puutteena ja terveyttä uhkaavien tekijöiden olemassaolona. Diakonian asiakkailla ei ollut heistä välittäviä ihmisiä, oli surua, menetykskokemuksia, ja yksin asumisesta johtuvaa yksinäisyyttä. He olivat kokeneet elämässään hy-

väksikäyttöä, hylkäämistä, kaltoin kohtelua ja rakkaudettomuutta. Kirjeissä oli viittauksia myös avioeroon ja luottamuspulaan ihmisiä kohtaan. Erään asiakkaan mukaan *”kukaan ei välittänyt ja luottamus ihmisiin oli mennyt”* (V.1.0.1.3). Lähiomaisen tai läheisen ihmisen kuolema tai avioeron kautta tapahtunut läheisestä luopuminen oli raskas kokemus, joka saattoi katke- roittaa ja aiheuttaa sairastumista. Seurakuntien sururyhmä tarjosi yhden ka- navan vaikeiden menetykokemusten käsittelyyn, mutta jossain tapaukses- sa kahdenkeskinen keskustelu diakoniatyöntekijän kanssa koettiin parem- maksi vaihtoehdoksi *”En ollut tällöin valmis käsittelemään asioitani ryhmäs- sä mutta kahdenkeskisesti se tuntui luontevammalta”* (V.16.S.1.2). Yksin asu- misesta avun tarvetta aiheuttavana ja hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä oli mainintoja, mutta niiden tarkempaa merkitystä ei kuvattu.

Terveyttä uhkaavina tekijöinä diakonian asiakkaat kuvasivat mielen hy- vinvointia uhkaavia tekijöitä, sairautta, päihteiden käyttöä ja voimavarojen vähenemistä. Mielen hyvinvointia uhkasivat masennus, sairastettu psykoo- si, syyllistäminen ja häpeän sekä tuskan kokemukset. Elämäänsä saattoi sisäl- tyä kokemuksia, jotka *”särkivät sydämen”* ja joiden kanssa ei yksin selvinnyt. Joko asiakkaalla itsellään tai hänen läheisellään oli sairaus, esimerkiksi dia- betes, Alzheimerin tauti tai vaikeita ja kivuliaita nivelvaivoja. Osalle asiak- kaista oma vakava sairastuminen tuli yllätyksenä. He eivät olleet tietoisia ti- lanteen vakavuudesta. Sairaus aiheutti huolta ja kapeutti sekä sairaan itsensä että usein omaishoitajana toimivan puolison elämää. Muutamassa kirjees- sä oli kuvausta alkoholiongelmasta ja lääkkeiden ja alkoholin sekakäytöstä. Elämän vaikeuksiin ei löytynyt tuolloin muuta ratkaisuyritystä. Alkoholi ja lääkkeet tarjosivat hetkellisen pakotien todellisuudesta.

Asiakkaat kuvasivat voimavarojen vähenemistä paitsi fyysisten voimien vä- henemisenä myös taloudellisten resurssien niukkuutena. Voimavarat ja kunto vaihtelivat, ja välillä olo saattoi olla niin väsynyt, ettei mistään tullut mitään. Osalla korkea ikä vaikutti voimien vähenemiseen, mutta toisaalta eläkepäi- vinä ei tarvinnut niin paljoa jaksakaan, ja elämä oli siltä osin helpompaa.

Diakonian asiakkaiden kirjeissä oli runsaasti kuvauksia diakoniatyönteki- jältä saadun avun ja tuen merkityksestä terveydelle ja hyvinvoinnille. Asiak- kaiden parempi selviytyminen oli yhteydessä osallisuuden ja aktiivisuuden lisääntymiseen, hengellisen terveyden vahvistumiseen, elämäntilanteen ko- hentumiseen ja voimavarojen vahvistumiseen. (Kuvio 16.)

Diakonian asiakkaiden osallisuus ja aktiivisuus lisääntyivät kerhotoimintaan, vapaaehtoistyöhön ja harrastuksiin osallistumisen myötä. Kirjeissä kiitettiin diakonian kerho-, leiri-, retki- ja lähimmäispalvelutoimintaa. Diakonian asiakkaat pitivät hyvänä sitä, että seurakunta tarjosi päihdehaittoja kohtaamispaikkoja ja vaihtoehtoja ihmisten tapaamiseen. Yhteisissä kokouksissa sai kokea yhteenkuulumisen tunnetta seurakuntaan ja toisiin ihmisiin. Kerho-ohjelmat olivat kiinnostavia, ja ne antoivat uutta ajateltavaa ja henkistä evästä. Toisten ihmisten tapaaminen, keskusteleminen, yhdessä viihtyminen, hauskanpito, yhteinen ruokailu, ohjelmaan sisältyvät jumppatuokiot ja terveyteen liittyvän tiedon saaminen olivat tärkeitä.

Pelkän kotona olemisen sijaan kerhotoiminta katkaisi arjen, rytmitti viikko-ohjelmaa, virkisti ja lisäsi tyytyväisyyttä ja positiivisuutta. Vastaajien mukaan kerhosta tuli keskeinen yhteisö. Siinä jaettiin kuulumisia, kerrottiin hauskoja juttuja ja rupateltiin. Kerhoyhteisöön kuulumisen myötä ilo ja hyvä elämässä lisääntyivät. Diakonian kerhotoimintaan sisältyvä hartaus ja hengellisyys olivat tärkeitä. Erään vastaajan sanoin *”Kerho oli viikoittainen Jumalan palvelus”* (V.15.S.3.7).

Vapaaehtoistyöhön osallistuminen tarjosi asiakkaalle mahdollisuuden aktiiviseen toimintaan seurakunnassa. He mainitsivat tällaisina toiminnan muotoina Yhteisvastuukeräyksen, ryhmänohjaajakoulutuksen, kirkkodraaman, retkillä auttamisen, kerhon vetämisen ja runopiirin. Diakonissan rohkaisulla ja toimintaan mukaan kutumisella oli keskeinen merkitys sille, että asiakkaat lähtivät mukaan vapaaehtoistyöhön. Erään vastaajan mukaan *”Lähimmäispalvelukurssi rohkaisi oman panoksen antamiseen”* (V.2.O.3.4). Vapaaehtoistyössä oleellista oli se, että jokainen auttoi omien voimavarojensa mukaan, toiminnassa puhallettiin yhteiseen hiileen ja tehtiin tiivistä yhteistyötä diakoniatyöntekijöiden kanssa. Osa diakonian asiakkaista kuvasi myös muuta harrastustoimintaansa kuten tarinateatteria, retkeilyä, maalausta tai taide- ja käsityöharrastusta. Harrastustoimintaan osallistuminen oli kivaa, virkistävää ja uudenlaisia kokemuksia antavaa.

Hengellinen terveys vahvistui hengellisen elämän syvenemisen myötä. Hengellisyys antoi voimaa ja vahvisti toivoa. Keskeistä oli virrenveisuu, siunauksen saaminen, rukous ja Raamatun teksteihin syventyminen. Virret voimaannuttivat ja olivat sielun ravintoa. Myös hartauksiin osallistuminen ja hengellisen ohjauksen saaminen olivat tärkeitä. Diakonian asiakkaat saivat hengellisyydestä ja uskosta voimaa omalle jaksamiselle, vahvana pysymisel-

le, raitistumiselle ja uuden elämän aloittamiselle. Luottamus Jumalan huolenpitoon vahvistui, ja uskon kautta myös omalle elämälle löytyi todellista merkitystä ja sisältöä. Osa diakonian asiakkaista löysi tiensä takaisin seurakuntaan ja kirkkoon. Kirjoittajat kuvasivat omaa kääntymistään Jumalan puoleen ja sitä, miten he olivat saaneet vastauksia rukouksiinsa. Seurakunta oli heille hengellinen koti, josta sai myös hengen leipää ravinnoksi. Toivo yhdistyi asiakkaiden kuvauksissa hengellisyyteen. Toivon vahvistuminen merkitsi uuden näköalan löytämistä ja voiman saamista.

Elämäntilanteen kohentuminen liittyi elämäntilanteen selkiytymiseen, taloudellisen avun saamiseen, hyvinvointia edistäviin kotikäynteihin ja yksinäisyyden lievittymiseen. Diakonian asiakkaiden elämäntilanteen selkiytyminen liittyi asuntoasioiden järjestymiseen, työelämäratkaisuihin ja alkoholin käyttöön. Oman ja uuden kodin saaminen, työelämässä omaa hyvinvointia edistävien ratkaisujen tekeminen, riittävän vapaa-ajan pitäminen ja AA-kerhon toimintaan mukaan lähteminen vaikuttivat elämäntilanteeseen positiivisesti. Muutama kirjoittaja mainitsi saaneensa rahallista, ruoka tai tavara-apua diakonialta.

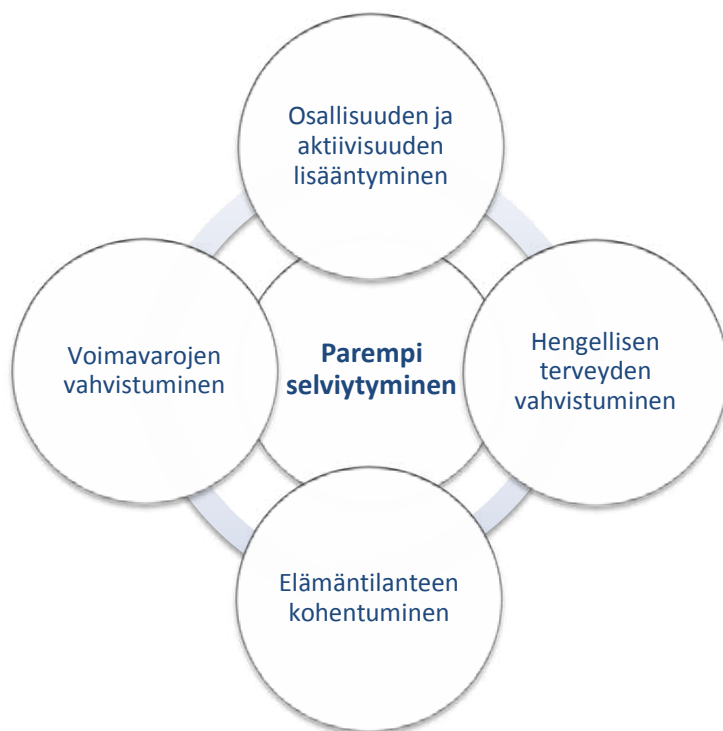
Hyvinvointia edistävät kotikäynnit sisälsivät ohjausta ja kotiin saatua konkreettista apua ja tukea. Nämä kuvaukset liittyivät diakonissan järjestämään kotiapuun, jolloin omaishoitajana toiminut puoliso pääsi osallistumaan vertaisryhmätoimintaan. Erälle vastaajalle merkittävä asia oli myös intervallihoitopaikan saaminen puolisolle, jolloin omaishoitajana oleminen helpottui, ja oma jaksaminen parani. Diakonissan tekemiä kotikäyntejä pidettiin asiakkaan omalle tai hänen puolisonsa kokonaisvaltaiselle terveydelle tärkeinä. Yksinäisyyden lievittyminen oli yhteydessä uusien ystävien saamiseen ja sosiaalisen hyvinvointiin.

Asiakkaiden voimavarojen vahvistumiselle oli merkittävää välittäminen, keskusteluavun, turvan ja lohdun saaminen, rohkaisu, kuulluksi tuleminen ja tiedon saaminen. Välittämiseen liittyviä ilmaisuja oli kirjeissä runsaasti, ja niistä kuvastui saadun avun ja diakoniatyön arvostus. Välittäminen merkitsi diakonian asiakkaille lämpöä, kiinnostuksen osoittamista, auttamisen halua, muistamista, luokse menemistä, kokonaisvaltaista hoivaamista, rinnalla kulkemista ja ajan antamista. Yksinäiselle ja yksin asuvalle ihmiselle myös halaus merkitsi välittämistä. Välittämiseen liitettiin ilmaisuja kutsumuksesta, työn tekemisestä sydämellä, enkelinä ihmiselle olemisesta ja työn siunauksesta. Ohessa on muutamia lainauksia kirjeistä. ”*Minul-*

le on tärkeintä se, että hän soittaa ja kysyy, mitä sinulle kuuluu ja onko kaikki hyvin?” (V.12.S.2.10). ”Hän on elämäni tämän hetken enkeli-ihminen, terveyteni ja vointini suhteen erittäin tärkeä” (V.6.I.2.1). ”Kiitos Taivaan Isälle että te olette olemassa” (V.1.O.5.1). ”Työtänne tullaan ohjaamaan siunauksin” (V.2.O.5.1). ”Konkreettinen avustus, lohdutuksen, toivon ja uskon julistaminen tukevat työssä toisiaan” (V.2.O.2.4).

Kirjoittajat saivat keskusteluapua säännöllisesti, muutaman viikon välein tai tapaamiset olivat jatkuneet jo pitkään, useamman vuoden ajan. Asiakkailla keskustelu ja kuulluksi tuleminen olivat tärkeitä. Asioiden käsittelemiselle oli annettu riittävästi aikaa, ja tätä kautta rohkeus käsitellä vaikeita asioita ja tehdä uudenlaisia ratkaisuja lisääntyi ja omia voimavaroja säästy. Turva ja lohtu merkitsivät tässä yhteydessä ymmärrystä, hyväksymistä ja lupaa olla. Asiakkaita ei syyllistetty eletystä elämästä tai tehdyistä valinnoista. Diakoniatyö oli turvasatama, ja diakonissa oli turvallinen aikuinen. Saatu rohkaisu kannusti eteenpäin ja antoi voimaa selviytyä, kun elämässä oli haasteita ja vaikeita tilanteita. Saadulla avulla oli vaikutusta erityisesti mielenrauhaan, jolloin ahdinko helpottui ja elämä eheytyi. Erityisesti tätä kautta diakoniatyön antama apu edisti terveyttä. Tärkeää oli myös tietoisuus siitä, että ”*diakoniatyöntekijä on tosissaan auttamassa siinä missä apua tarvitaan*” (V.5.I.3.11). Erään vastaajan mukaan ”*yksilötapaamisten ja keskustelujen merkitys on ollut suuri, mutta vaikeasti mitattavissa*” (V.16.S.3.1).

Tiedon saaminen liittyi omaan oppimiseen ja elämässä viisastumiseen, mutta myös uudenlaisen informaation saamiseen. Erityisesti ikääntyneet diakonian asiakkaat arvostivat käytännön asioiden hoitamiseen liittyvän tiedon saamista sekä ohjausta ja apua erilaisten lomakkeiden täyttämässä ja koti palvelu- ja lääkäriasioiden hoitamisessa.



KUVIO 16. Diakonian asiakkaiden kuvauksia saamastaan avusta ja tuesta

3.2 Diakonissojen kuvauksia terveyden edistämisestä

3.2.1 Diakonissojen terveyden edistämisen osaaminen diakoniatyössä

Hankeseurakunnista kyselyyn vastasi yhteensä 21 diakonissaa. He kaikki olivat naisia, ja heistä suurimmalla osalla oli useiden vuosien työkokemus sekä diakoniatyöstä että hoitotyöstä. Osalla oli työkokemusta seurakunnan lapsityöstä ja lähetystyöstä ja osa oli suorittanut erikoissairaanhoidajan tai terveydenhoitajan tutkinnon.

Diakonissan koulutus antoi vastaajien mukaan valmiuksia terveyden edistämisen osaamiseen, hoitotyön asiakkuusosaamiseen, kliiniseen osaamiseen ja ohjaus- ja opetusosaamiseen. (Kuvio 17.) Terveyden edistämisen osaaminen sisälsi perustietoa sairauksista, tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä, teoreettista osaamista, koulutuksen ja työkokemuksen antamia valmiuksia

ja valmiutta tunnistaa ja ennakoida terveysuhkia. Sairaanhoitajan koulutus antoi perustietoa sairauksien syistä, synnystä ja seurauksista ja sitä kautta edellytyksiä myös terveyden edistämiseen. Vastaajilla oli kykyä tunnistaa esimerkiksi erilaisia väsymisen ja masentumisen merkkejä. Osa vastaajista oli hankkinut myös ammatillista lisäkoulutusta. Koulutuksessa saatu tieto terveyteen vaikuttavista tekijöistä, ihmisen fyysisestä, psyykkisestä ja hengellisestä kehityksestä antoi perusvalmiuksia terveyden edistämiseen.

Lapsiperheiden terveyden edistämässä korostui teoreettinen osaaminen, joka sisälsi tietoa terveellisistä elämäntavoista, lapsen kasvusta ja kehityksestä, parisuhteesta, vanhemmuudesta ja sen tukemisesta. Diakonissat kohtasivat työssään yksinäisiä odottajia, ja ensimmäistä lastaan odottavia äitejä, jolloin lapsiperheiden terveyden edistäminen oli heille luonteva osa työtä. Osa diakonisoista koki lapsiperheiden terveyden edistämisen haasteellisena, ja he tarvitsivat rohkeutta havaitsemiensa epäkohtien esiin nostamiseen ”*Lasten kanssa olen työskennellyt vähemmän ja lasten kanssa työskentelyyn lisääpöin tarvetta on*” (V.15P.2).

Työikäisten terveyden edistämässä painottuivat koulutuksen ja työkokemuksen antamat perustiedot ja terveysuhkien tunnistamiseen ja ennakointiin liittyvä osaaminen. Diakonissat kuvasivat varsin runsaasti koulutuksen antamia teoreettisia ja käytännöllisiä perusvalmiuksia, jotka liittyivät työikäisten sairauksiin, terveellisiin eläintapoihin ja ihmisen kohtaamiseen. Osa diakonisoista nosti tässä yhteydessä esiin myös työ- ja elämäntieteen antamat valmiudet. Eräs vastaaja kuvasi terveysuhkien tunnistamista näin ”*Vastaanottotyössä tavataan signaaleja jotka voivat viitata erilaisiin terveysongelmiin*” (V.8K.1). Diakoniatöimistöjen asiakkaista suurella osalla oli fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia tai molempia, jolloin havainnoiminen ja puuttuminen havaittuihin terveyttä ja hyvinvointia uhkaaviin epäkohtiin oli keskeistä. Oli rohjettava kertoa esimerkiksi alkoholin käyttöön liittyvistä vaikutuksista.

Ikääntyneiden terveyden edistämisen osaaminen muodostui koulutuksen ja työkokemuksen antamista valmiuksista ja valmiuksista tunnistaa ja ennakoida terveyttä uhkaavia tekijöitä. Koulutuksen kautta saatu teoreettinen ja käytännöllinen tieto ja taito sekä työ- ja elämäntieteen auttoivat ikääntyneiden terveyden edistämässä. Osa diakonisoista koki juuri ikääntyneiden terveyden edistämisen itselleen luontevimmaksi ”*Minulla on pitkä kokemus ikääntyneiden parissa työskentelystä*” (V.2E.1). ”*Olen suurimman osan työhis-*

toriastani työskennellyt vanhusten parissa. Eniten valmiuksia on ikääntyneiden terveyden edistämiseen” (V.7I.2). Diakonissat tunnistivat ja ennakoivat ikääntyneiden ihmisten alkavia sairauksia, vanhuuden mukanaan tuomia ongelmia ja niistä johtuvia avun tarpeita. He havainnoivat fyysisiä ja psyykkisiä terveysuhkia ja sielunhoidollisen auttamisen tarvetta. Kotikäynnillä oli tärkeä huomioida ikääntyneen palveluiden tarvetta ja kattavuutta sekä sitä, pystyikö ikääntynyt asumaan kodissaan.

Hoitotyön asiakkuusosaaminen korostui erityisesti lapsiperheiden terveyden edistämisessä. Se merkitsi kokonaisvaltaista kohtaamista ja kokonaisvaltaista terveyskäsitystä. Kokonaisvaltainen kohtaaminen merkitsi valmiutta kohdata erilaisia ihmisiä. Siihen sisältyi kuuntelemisen ja läsnäolon merkityksen tiedostamista ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Diakonissoilla oli kokonaisvaltainen käsitys terveydestä. He näkivät ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin monen eri asian summana. Heidän mielestään oli tärkeää kyetä ymmärtämään fyysisten sairauksien vaikutusta ihmisen henkiseen olemiseen ja hengellisiin kysymyksiin. Diakonissat halusivat ymmärtää ihmisen ja pitkäaikaissairaana elämän kokonaistilannetta ja ihmistä kokonaisuutena. Hoitotyön asiakkuusosaamiseen saatiin hyvät valmiudet jo sairaanhoitaja-diakonissakoulutuksen aikana.

Kliininen osaaminen merkitsi hoitotyön osaamista, terveydentilan ja hoidon tarpeen arvioimista, valmiutta tukea, keskustella ja tehdä yhteistyötä. Diakonissat pitivät sairaanhoitaja-diakonissan koulutusta monipuolisena, ja he kuvasivat koulutuksen antamia kliinisen osaamisen valmiuksia runsaasti. Koulutuksessa painottui erityisesti sairaanhoidollinen osaaminen, mikä antoi valmiuksia sairaalatyöhön. Jos koulutukseen hakeutumisvaiheesta alkaen oli tavoitteena ollut ainoastaan seurakuntatyön tekeminen, ei sairaanhoitajan identiteetti ollut kovin vahva.

Kliiniseen osaamiseen liittyi hoitotyön osaamisen ja terveydentilan arvioimisen ohella myös lääkehoito-osaamista. Diakoniatyössä painotus ei ollut sairaanhoidollisissa tehtävissä, vaikka hoidolliset asiat kulkivatkin mukana tietoisuudessa ja ensiaputaidot oli hyvä omata. Diakonissat mittasivat joskus asiakkaiden verenpainetta, ja leirityössä he tarvitsivat joskus haavanhoidon tai tikkien poistamisen edellyttämiä hoitotaitoja. Osa diakonissoista tarvitsi lisävalmiuksia kliiniseen osaamiseen sillä *”lääkehoitotaidot ja somaattisen hoitotyön tehtävien osaaminen oli ruostunut pitkän seurakuntatyöperiodin aikana”* (V.15P.1).

Terveydentilan ja hoidon tarpeen arvioimista kuvasivat ilmaiset ihmisen jaksamisen aistimisesta, voimavarojen ja elämäntilanteen huomioimisesta ja ihmisen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen terveydentilan arvioimisesta. Diakonissojen mielestä oli syytä tunnistaa eri asioiden vaikutus toisiinsa ja niiden merkitys ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Oli myös uskallettava ottaa esille terveyteen liittyvät asiat tapaamisissa. Sairaanhoidtajakoulutus antoi diakonissoille käytännön valmiuksia keskustelemiseen ja monipuolisen tuen antamiseen. Valmius keskustella merkitsi kuuntelemista, keskustelemista ja rohkeutta nostaa keskusteluissa esiin kipeitäkin asioita.

Kohdatessaan lapsiperheitä kotikäynneillä ja vastaanotolla, diakonissat havaitsivat perheen kokonaistilannetta, kodin yleisilmettä, vanhempien kontaktia lapsiin ja perheen jäsenten fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. He antoivat tukea vanhemmuuteen ja parisuhteeseen, käytännön asioiden hoitamiseen, terveyden edistämiseen, taloudelliseen selviytymiseen ja henkiseen jaksamiseen. Diakonissoilla oli riittävästi valmiuksia aikuisten tukemiseen, mutta lasten tukeminen oli heille haasteellisempaa. Emotionaaliseen tukemiseen liittyi perheenjäsenten rohkaisemista ja kannustamista.

Työikäisten kohdalla kliininen osaaminen ilmeni valmiutena keskustella, tukea ja tehdä yhteistyötä. Kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista ja hengellisistä tarpeista keskusteleminen asiakkaan kanssa, kuunteleminen ja asioiden puheeksi ottaminen olivat osa keskustelemisen sisältöä. Diakonissat omasivat valmiuksia työikäisten tukemiseen, mutta totesivat myös, että *”Työikäisten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tukeminen oli haasteellista ja vaikeaa. Päihdekiikissä olevien tukemiseksi tarvitaan lisävalmiuksia”* (V.15P.1, V.15P.2). Työikäisten tukemiseen liittyi rohkaisemista, kannustamista ja taloudellista auttamista. Yhteistyötä helpotti hyvien ja toimivien moniammatillisten verkostojen olemassa oloinen. Eräs vastaaja *”tunsi hyvin verkostot kuinka voidaan moniammatillisesti auttaa työikäisiä”* (V.18S.1).

Kliininen osaaminen painottui myös ikääntyneiden kohdalla valmiuteen keskustella, tukea ja tehdä yhteistyötä. Ikääntyneillä oli tarve puhua sairauksistaan ja vaivoistaan, koska heidän ei aina ollut helppoa puhua vaikeuksistaan omille läheisilleen tai läheisiä eivät ikääntyneen asiat kiinnostaneet. Osa ikääntyneistä ei myöskään halunnut huolestuttaa muita perheen jäseniä omilla asioillaan. Ikääntyneiden kanssa keskusteltaessa korostui asioiden jakaminen toisen ihmisen kanssa. Erään vastaajan mukaan diakonissa tarvitsi *”isot korvat ja pienen suun”* (V.8K.9) voidakseen kuunnella ja ol-

la läsnä sillä ”*keskusteleminen ja asioiden jakaminen voi helpottaa oloa ihan fyysisesti*” (V.8K.8).

Valmius tukemiseen sisälsi henkistä ja hengellistä auttamista, rohkaisemista, kannustamista, taloudellista auttamista, surutyössä tukemista ja liikunta- ja terveyskäyttötymisen tukemista. Ikääntyneiden tukeminen painottui kotikäyntien yhteydessä tapahtuneisiin kohtaamisiin. Diakonissat pitivät kotikäyntiä tai muuta yhteydenottoa tärkeänä erityisesti silloin, jos ikääntynyt oli jäänyt hiljattain leskeksi. Valmius yhteistyöhön sisälsi yhteydenpitoa kotihoittoon, verkostokokouksiin osallistumista, yhteistyötä muiden vanhustyötä tekevien tahojen kanssa ja verkostotyötä omaishoitotilanteissa. Diakonissat kokivat omaavansa riittävästi valmiuksia ikääntyneiden kohtaamiseen ja tukemiseen.

Koulutuksessa hankittu ohjaus- ja opetusosaaminen liittyi neuvojen, opastamisen ja ohjauksen antamiseen terveyttä uhkaavissa tekijöissä, hoitoihin hakeutumisessa ja hoidon toteuttamisessa. Diakonissoilla oli kokemustensa mukaan valmiuksia kannustaa ihmisiä elintapamuutoksiin, tukea pienin askelin tapahtuvaa edistymistä elintavoissa, antaa terveysneuvontaa, ohjausta verenpaineen hoitamiseen ja tarvittaessa jopa saatella seurakuntalainen hoitoon. He korostivat myös ennaltaehkäisevän toiminnan merkitystä työssään. Ohjaus- ja opetusosaaminen painottui diakonissojen kuvauksissa kokoavan toiminnan järjestämiseen, ohjaamiseen ja neuvontaan. He näkivät kokoavan toiminnan tärkeäksi erityisesti lapsiperheiden ja ikääntyneiden kohdalla. Diakoniatyöllä oli mahdollisuus sosiaali- ja terveydenhoitoa laajempaan kokoavan toiminnan järjestämiseen. Leirit, retket, ryhmät ja kerhot tarjosivat osallistujille terveyttä edistävää vertaistukea ja yhteisöllisyyden kokemuksia. Diakonissat osasivat ohjata lapsiperheitä avun lähteille ja neuvoa heitä taloudellisissa kysymyksissä.

Työikäisten ohjaaminen liittyi terveys- ja talousneuvontaan sekä jatko- hoitoon ohjaamiseen. Oleellista oli, että asiakas itse oivalsi omat tarpeensa. Työikäiset ihmiset tarvitsivat uneen, riittävään lepoon, ulkoiluun, ruokavalioon, liikuntaan, itsestä huolenpitoon ja itsehoitoon liittyvää terveyttä edistävää sekä ylläpitävää ohjausta. Ikääntyneiden ohjaaminen liittyi diakonissojen kuvauksissa fyysisen kunnon kohentamiseen, jumppaamiseen, liikumisen ylläpitämiseen, hengelliseen elämään, verenpaineen seurantaan ja mittaamiseen sekä ruokailutottumuksiin ja unirytmiiin. Diakonissat ohjasivat ikääntyneitä avun lähteille ja mukaan erilaiseen kerhotoimintaan, sillä kokoava toiminta aktivoi ja virkisti ikääntyneitä. Ryhmiin osallistuminen

ja muiden seura ehkäisi myös yksinäisyyttä. Eräs vastaaja nosti esiin ikärajat ylittävän kerhotoiminnan ”Meillä on toiminut lasten ja vanhusten yhteinen kerho” (V.6I.1).



KUVIO 17. Diakonissojen terveyden edistämisen valmiudet seurakunnissa

Diakonissoilta kysyttiin avoimien kysymysten avulla tietoa heidän koulutustarpeistaan. Diakonissat tarvitsivat lisäkoulutusta päihteistä ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta, mielenterveydestä, terveys- ja sosiaalipalveluista, terveyden edistämisestä ja viestinnästä sekä ohjaamisesta.

Päihteisiin liittyvä kouluttautumistarve sisälsi huumeisiin, niiden vaikutusten ja käytön tunnistamiseen sekä huumeiden käyttäjien hoitoihin liittyviä sisältöjä. Päihteisiin ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen oli myös lisäkoulutustarvetta. Diakonissat tarvitsivat lisäkoulutusta mielenterveydestä, psyykkisistä sairauksista, uskon ja mielenterveyden aihepiiristä ja ryhmäanalyttisistä prosesseista. Terveys- ja sosiaalipalveluihin liittyen he kaipaivat tietoa hoiva- ja sosiaalipalveluista, lastensuojelusta, erilaisista sairaanhoidon mahdollisuuksista, hoitoon pääsystä ja asiakkaan oikeuksista palveluihin. Terveyden edistämisen tietotaitojen päivityksen tarve liittyi muun muassa hoitotyön taitoihin, kivun hoitoon, lääkkeisiin ja lääkehoitoon, erilaisiin sairauksiin, lapsen kehitykseen, seksuaalisuuteen, vanhusten ravitsemukseen ja

vammaistyöhön. Osa diakonissoista päivitti terveyden edistämisen ja hoitotyön osaamistaan itsenäisesti opiskellen, mutta osa kaipasi säännöllistä ajankohtaiskoulutusta. Viestinnän ja ohjaamisen koulutustarpeet painottuivat terveystietämiseen, työyhteisöihin ja kokoavaan toimintaan.

3.2.2 Diakonissat terveyden edistäjinä diakoniatyössä

Diakonissoilta kerätyn päiväkirja- ja kyselylomakeaineiston avulla selvitettiin sitä, millaisia avun tarpeita oli diakonian asiakkailla, ja millaista oli terveyden edistäminen diakoniatyössä diakonissojen kuvausten mukaan. Tulosten mukaan terveyden edistämistä tapahtui eniten kotikäynneillä (62 lausumaa), toiseksi eniten vastaanotolla (40 lausumaa) ja kolmanneksi eniten puhelimesta (36 lausumaa). Ryhmä- ja kerhotilanteissa (8 lausumaa) ja muissa tilanteissa (8 lausumaa) tapahtuneesta terveyden edistämisestä oli vähemmän mainintoja.

Terveyden edistäminen painottui ensisijaisesti vanhuksiin (42 lausumaa) ja työikäisiin naisiin (38 lausumaa). Työikäisten naisten ryhmässä erityisesti äidit, yksinhuoltajaäidit, sairaat ja sairaseläkkeellä olevat naiset nousivat esiin kuvauksista. Terveyden edistäminen nousi esiin myös asiakkaita (25 lausumaa), omaishoitajia (12 lausumaa) ja työikäisiä miehiä (12 lausumaa) kohdattaessa. Asiakkaista ei aineistossa ollut tarkempaa kuvausta esimerkiksi iän tai sukupuolen mukaan, mutta työikäiset miehet olivat tässä aineistossa suhteellisen nuoria. Omaishoitajissa oli eniten muistisairaiden tai mielenterveyskuntoutujien omaishoitajia. Harvemmin tässä yhteydessä mainittiin lesket (6 lausumaa), vapaaehtoiset (3 lausumaa), henkilöt (3 lausumaa) ja perheet (2 lausumaa).

Diakonissojen kuvauksissa terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sisälsi avun tarpeen selvittämistä, henkistä tukea, hoidollista ja konkreettista apua, terveysvalinnoissa ohjaamista, yhteydenpitoa asiakkaaseen ja epäkohtiin vaikuttamista (kuvio 18). Avun tarpeen selvittämisessä painottuivat asiakkaan taloudellisen tilanteen, terveydentilan ja elämäntilanteen sekä voimavarojen selvittäminen. Diakonissat selvittivät asiakkaiden perustoimeentuloa ja tuen saamisen edellytyksiä yhdessä asiakkaan kanssa. Laskujen maksamisen realistisista aikatauluista, rahan käytöstä, tuloista ja menoista, ruokatilanteesta ja sosiaalietuuksista keskusteltiin asiakkaiden kanssa. Diakonissa oli tarvittaessa asiakkaan luvalla yhteydessä Kelaan, perintätoimistoon ja mui-

hin velkoihin. Taloudelliset vaikeudet aiheuttivat asiakkaille henkisiä paineita ja stressiä, jonka lievittämiseen edellä mainituilla toimenpiteillä pyrittiin. Joissain tilanteissa diakonissat harkitsivat edunvalvojan järjestämistä asiakkaalle, kun heräsi epäily taloudellisesta hyväksikäytöstä. Osa diakonian asiakkaista oli diakonissojen kuvausten mukaan pitkäaikaistyöttömiä, osa oli sairaslomalla, osan työttömyysperiodit olivat lyhyitä, ja osa oli irtisanoutunut työstään tai päässyt työkokeiluun. Työhön liittyvillä tekijöillä oli suuri merkitys asiakkaiden terveydelle ja hyvinvoinnille.

Taloudelliset vaikeudet liittyivät diakonissojen kuvauksissa asiakkaiden vaikeaan kokonaiselämäntilanteeseen ja pitkittyneeseen avun tarpeeseen. Rahapula saattoi johtua työttömyydestä, tulottomuudesta, pienestä sairaseläkkeestä, säästöjen puutteesta tai rahan käytön vaikeuksista. Asiakkaat hakivat diakoniatyöltä avustusta puhelinlaskuihin, vuokraan tai muihin laskuihin. Joskus myös sairauskulut aiheuttivat ylitsepääsemättömiä ongelmia. Asiakkaiden laskut kasaantuivat ja niitä oli perinnässä ja ulosotossa ”*kuluja aiheutti lapsen sairauskulut*” (296), ”*kolme uutta sairaalamaksua oli jäänyt maksamatta ja sairaanhoitopiiri velkoi niitä perintäfirman kautta*” (280). ”*Perheen tulot pitkittyneen sairausloman vuoksi ovat pienet*” (289). Rahat eivät riittäneet normaaliin elämään. Joskus taloudellisten vaikeuksien taustalla oli puolison alkoholiongelma tai harkitsematon rahan käyttö.

Asiakkaan terveydentilan selvittäminen edellytti asiakkaan luokse menemistä ja tilanteen tarkastamista. Asiakkaille aiheuttivat avun tarvetta terveyttä kuormittavat tekijät. Heillä oli sairauden tai vamman aiheuttamaa avun tarvetta, toimintakyvyn rajoitteita, mielenterveyden vajetta, erilaista riippuvuutta ja uupumusta. Asiakas itse tai hänen läheisensä oli sairas tai vammainen. Useimmin aineistosta nousivat esiin sellaiset sairaudet kuin syöpä, diabetes, epilepsia, reumasairaudet, sydänsairaudet, hengitys- ja muut tulehdussairaudet, dementia ja silmäsairaudet. Asiakkailla oli sairauden tunnetta, kipuihin, sairauskohtauksiin, toimenpiteisiin tai lääkitykseen liittyviä huolia.

Diakonissat tunnistivat asiakkaiden oireita ja kuvasivat niitä päiväkirjoissaan tarkasti. Osalla asiakkaista oli myös korvaongelmia, vatsavaivoja, jalkojen ja kasvojen turvotusta, kipuja jaloissa, kalpeutta, sydämentykytystä, korkeaa verenpainetta, selkävaivoja, virtsankarkailua, tulehdusoireita ja hengitysteiden limaisuutta. Osalla asiakkaista oli diakonissojen kuvausten mukaan yleistä huonovointisuutta. Heillä oli rintakiputunteuksia, hengen ahdistusta, tukehtumisen ja pahan olon kokemusta, ruokahaluttomuutta tai yli-

paino-ongelmia. Vammaisuuteen liittyvä avun tarve johtui näkökyvyn heikentymisestä, sokeudesta tai erilaisista jalka- ja selkävammoista.

Diakonissojen kuvausten mukaan asiakkaalla itsellään tai hänen läheisellään oli joku sairaus. Perheen jäsenen sairaus kuormitti omaishoitajana toimivaa puolisoa tai vanhempaa erityisesti silloin kun läheinen sairasti Alzheimerin tautia, dementiaa, syöpää, masennusta tai skitsofreniaa. Lapsen kehitysvammaisuus, käytöshäiriö tai sairaus kulutti usein eniten äidin voimavaroja. Myös pienten lasten korvatulehduskierre oli perheelle raskasta. Osalla diakonian asiakkaista oli vaikeita kiputiloja, jotka aiheuttivat kärsimystä ja jatkotutkimuksien tarvetta. Joskus diakonissa oli paikalla sairauskohtauksen sattuessa. Nämä maininnat liittyivät epilepsian ja virtsa- ja munuais kivien aiheuttamiin kohtauksiin. Diakonissat tarvitsivat myös hätäensivun osamista kuten seuraava lainaus osoittaa *”Aloitin elvytyksen, 3 painallussarjan ja 2 puhallussarjan jälkeen mies alkaa hengittää itsenäisesti”* (91).

Diakoniatyön asiakkailla oli avun tarvetta, joka liittyi esimerkiksi lonkka- ja syöpäleikkauksiin, tähytyskyyn tai lääkitykseen kuten Marevan -hoitoon, kipu-, ahdistus-, diabetes- sekä sydän- ja verenpaine lääkkeisiin. Diakonian asiakkaiden toimintakykyä rajoittivat ensisijaisesti liikkumisvaikeudet, korkea ikä ja vanhuus. Päivittäisistä askareista suoriutuminen ja itsenäinen selviytyminen vaikeutuivat. *”Käytännön asioiden hoito on vaikeaa ja siksi he ovat monesti ihan pallo hukassa, että mihin nyt pitäisi soittaa – avuttomuus arjen asioiden hoitamisessa”* (313).

Iän myötä elinpiiri, osallistuminen ja sosiaalinen verkosto kapeutuivat. Asiakkaiden mielenterveyden vaje liittyi diakonissojen kuvausten mukaan eritasoiseen masennukseen, ahdistuneisuuteen, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, skitsofreniaan, neuroosiin ja itse tuhoisuuteen. Asiakas saattoi olla levoton, itkuinen, apea ja sekava. Hän saattoi valittaa elämän tyhjyyttä tai pyytää ahdistavaan tilanteeseen esirukousta. Diakonian asiakkaiden riippuvuus liittyi tässä aineistossa lääkkeiden liikkakäyttöön, päihteisiin ja huumeisiin. Joko asiakas itse tai hänen puolisonsa käytti alkoholia liikaa tai molemmilla puolisoilla oli huumeongelma. Osa asiakkaista sai korvaushoitoa ja kävi säännöllisesti seulonnoissa. Terveydentilan selvittämiseksi diakonissat tekivät kysymyksiä oireiden laadusta ja esiintymisestä sekä varmistivat kotona selviytymistä. Sekavan asiakkaan kohdalla he selvittivät orientaatiota ja realiteetteja.

Diakonian asiakkaiden uupuminen oli päiväkirja-aineiston perusteella monitasoista. Uupumiseen liittyi väsymisen tunteita, jotka johtuivat unen puutteesta, elämäntilanteesta, kivuista, säryistä sekä liian raskaasta ja kuormittavasta arjesta ”*Puolison vuorokausirytmi on kääntynyt eikä unirytmisi ole normalisoitunut. Hoitava puoliso on hyvin väsynyt. Hän haluaa muuttaa erilliseen puolisostaan koska ei voimia hoitaa puolisoaan enää*” (198,199). Uupumus ja voimattomuus rajoittivat elämää. Pienten lasten vanhemmilla oli univajetta ja uupumusta, joka johtui lasten sairasteluista, yövalvomisista, palveluihin jonottamisista tai suurperheen arjen pyörittämisestä. Iäkkäämmillä asiakkailla uupuminen liittyi elämään väsymiseen tai elämästä kylläksi saamiseen ja taivasikävään.

Elämäntilanteen ja voimavarojen selvittäminen oli tarpeen tehdä sekä lyhyt että pidempikestoissa asiakassuhteissa. Jotkut ongelmat tulivat esille vasta pidemmän ajan kuluttua, ja toiset tilanteet edellyttivät välitöntä puutumista esimerkiksi perheväkivaltatilanteissa. Diakoniatyön asiakkailla oli puutetta voimavaroista, resursseista ja välittävistä ihmissuhteista. Heillä oli monenlaisia huolia ja pelkoja, jotka liittyivät läheisten terveysongelmiin, omaan selviytymiseen, läheisten jaksamiseen, parisuhteeseen, lasten kouluasioihin ja ihmissuhteisiin. Välittävien ihmisten puute aiheutti yksinäisyyttä, estyneisyyttä ja surua. Diakonissat kohtasivat työssään surevia, jotka olivat menettäneet puolison tai jonkun muun läheisen ihmisen. Sureva koki usein voimattomuutta, ja hänen oli vaikea ajatella elämää eteenpäin menetykskokemuksen jälkeen.

Diakonissojen kuvausten mukaan surua aiheuttivat puolison tai oman vanhemman kuolema. Tuoreen menetykskokemuksen johdosta asiakas saattoi olla itkuinen ja sekava, ja hänellä oli tarve kerrata saattohoitoon ja hautajaisiin liittyneitä asioita. Läheisen ihmisen äkillisen, erityisen tuskallisen ja kivuliaan kuoleman tai väkivaltaisen kuoleman aiheuttama suru oli asiakkaalle erityisen raskas kantaa. Aina suru ei liittynyt kuolemantapauksiin vaan ennemminkin menetettyihin mahdollisuuksiin. Nämä surun kokemukset liittyivät menetettyyn vanhemmuuteen ja mahdollisuuteen saada lapsia. Yksinäisyys korostui myös silloin, jos se liittyi masennukseen. Diakonissat näkivät yksinäisyyden terveysongelmana.

Diakonissojen kuvausten mukaan asiakkaiden ihmissuhdevaikeudet liittyivät parisuhteeseen, riitoihin sekä ahdistaviin sosiaalisiin suhteisiin lähipiirissä ja naapurustossa. Parisuhteissa saattoi olla mustasukkaisuutta, pet-

tämistä, vieraantumista, henkistä alistamista, ilkeyttä ja fyysistä väkivaltaa. Vastuun kantaminen perheestä saattoi jäädä vain toisen vanhemman tehtäväksi. Diakonissat olivat huolissaan perheiden vaikeuksien heijastumisesta lapsiin, jolloin sopeutuminen päivähoitoon ja toisten lasten seuraan saattoi olla ongelmallista. Sisarusten väliset suhteet saattoivat olla ”*tulehtuneet*” tai suhde omiin vanhempiin aiheutti katkeruutta ja ahdistuneisuutta. Hankalin tilanne oli silloin, jos välit naapureihin ja sukulaisiin olivat poikki eikä sosiaalisten suhteiden solmiminen ja ylläpitäminen onnistunut. Diakonissat kartoittivat myös asumiseen liittyvät tekijät elämäntilanteen ja voimavarojen selvittämisen yhteydessä.

Henkinen tuki sisälsi keskustelemista, kuuntelemista, rohkaisemista ja hengellistä tukemista. Diakonissat kuvasivat keskustelemista ilmaisulla kertominen, keskustelu, jutteleminen, puhuminen, yhdessä pohtiminen ja asioiden läpikäyminen. Kertomisessa keskeistä oli se, että asiakas sai kertoa voinnistaan ja elämäntilanteestaan. Hän sai mahdollisuuden avautua ja puhua tunteistaan sekä tilanteestaan. Diakonissa oli enemmänkin hiljaa antaen tilaa ja luvan tarinalle. Keskeisinä teemoina asiakkaiden kertomuksissa olivat erilaiset terveysongelmat, sairaudet, oireet, vaivat ja sairauden hoitoon liittyvät tekijät. Terveysteen liittyvien sisältöjen ohella painottuivat ihmissuhteisiin liittyvät asiat kuten parisuhteen, kasvatuksen, perhe-elämän, surun ja yksinäisyyden kysymykset.

Diakonissat etsivät yhdessä asiakkaan kanssa pohtien ja asioita läpikäyden ratkaisuja asiakkaan elämäntilanteeseen. Asiakkaan saadessa kertoa omasta elämästään ja ilmaista erilaisia tunteita, hän oivalsi ja löysi erilaisia vaihtoehtoja elämäntilanteeseensa, jolloin elämä eteni ja jaksaminen parani. Aina keskusteluteemat eivät olleet murheellisia, vaan asiakkaat halusivat kertoa myös elämäänsä sisältävistä iloisista asioista, ratkaisujen löytymisestä ja muista onnistumisen kokemuksistaan. Diakoniatyön asiakkaille tuottivat iloa lapset, ystävät ja uskonnollisen yhteisön hengelliseen toimintaan osallistuminen. Seurakunnan toimintaan osallistuminen oli positiivinen kokemus myös muualta Suomeen muuttaneille.

Diakonissojen kuvausten mukaan keskeisin terveyttä edistävä toimenpide oli keskustelu asiakkaan kanssa. Keskustelemiseen, juttelemiseen ja puhumiseen liittyviä kuvauksia oli päiväkirjoissa erittäin runsaasti. Keskusteluteemat olivat osittain samoja, josta jo aiemmin mainittiin asiakkaiden kertomusten yhteydessä. Keskusteltavaa riitti terveydestä, sairauksista, sairauden

hoidosta, oireista, ruokailusta, unesta, päihteistä, muistoista, arjessa pärjäämisestä ja palveluiden tarpeesta. Diakonissat keskustelivat asiakkaiden kanssa myös hengellisistä asioista kuten Jumalan johdatuksesta ja huolenpidosta, hengellisestä jaksamisesta, elämän arvoista ja elämän tarkoituksesta. Päiväkirjojen keskustelukuvauksista välittyi ymmärtävä, myötätuntoinen ja kokonaisvaltainen lähestymistapa ja asenne asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa.

Kuunteleminen merkitsi asiakkaaseen ja hänen tarinaansa ja kuulemaan keskittymistä. Diakonissat pitivät tärkeänä asiakkaan kuuntelemista, ja osalle se oli tärkein työväline. Suurin osa diakonissoista ei kuitenkaan avannut tarkemmin kuuntelemiseen liittyvää tapahtumaa tai omaa toimintaansa kuuntelijana, vaan päiväkirjoissa oli kuuntelu ja kuunteleminen vain todettu terveyttä edistävänä toimintana. Joissain kuvauksissa kuuntelu liittyi myös hengityksen ja yskimisen ”kuuntelemiseen”, jolloin oli kyseessä oireiden arvioiminen.

Diakonissojen kuvauksissa rohkaiseminen sisälsi kannustamista yhteydenottoon, toimintaan osallistumiseen ja pärjäämiseen. Diakonissat kannustivat asiakkaita menemään tutkimuksiin, kokeilemaan uusia asioita ja harrastuksia sekä ottamaan yhteyttä läheisiinsä. He kannustivat asiakkaita toteuttamaan toiveitaan. Osa asiakkaista tarvitsi diakonissojen mukaan kannattelua, jolloin yhteiset kohtaamiset toimivat tukirakennelmina asiakkaan elämässä. *”Kohtaamisemme ovat kantaneet häntä hetkestä toiseen”* (740).

Diakonissat rohkaisivat asiakkaita ottamaan yhteyttä sairaalaan ja lääkärin ajanvaraukseen. He rohkaisivat asiakkaita tekemään omaa terveyttä ja hoitoa koskevia kysymyksiä terveystieteen ammattilaisille ja ottamaan puheeksi omaan terveyteen sekä sairauteen liittyviä asioita lääkärin vastaanotolla. Joskus oli paikallaan rohkaista asiakasta ottamaan yhteyttä läheisiin ihmisiin ja diakonissaan silloin kun oli avuntarvetta. Toimintaan rohkaiseminen liittyi tässä aineistossa harrastuksiin, lähinnä sukututkimukseen, liikuntaan ja vertaisryhmiin osallistumiseen. *”Rohkaisen mukaan ja kerron vertaisryhmän merkityksestä ja monien toisten kokemuksista sururyhmissä”* (459).

Diakonissojen kuvauksissa pärjäämiseen rohkaiseminen sisälsi tukemista, toivetta paremmasta ja valmiutta auttaa asiakasta pahimman ja vaikeimman elämänvaiheen yli. Diakonissat olivat lenkkejä asiakkaan tukiverkostossa, ja heidän roolinsa tukijana vaihteli aktiivisesta tuen antajasta taustatukena olemiseen. Päiväkirja-aineistosta kuvastui myös aitoa ihailua ja kunnioitusta asiakkaiden sinnikkyyttä ja jaksamista kohtaan sekä ihmetystä siitä, miten

vaikkeissa elämäntilanteissa ihmiset elivät ja jaksoivat silti tehdä parhaansa. Muutamat diakonissat lukivat myös Raamatusta rohkaisevia tekstejä asiakkaiden jaksamisen tueksi.

Hengellinen tukeminen sisälsi diakonissan antamaa hengellistä tukea ja ohjausta keskustelemaan papin kanssa. Diakonissat veivät asiakkaan pyynnöstä papeille tiedon kotikäynti- ja keskustelutarpeesta. Joskus asiakas oli niin huonokuntoinen, että hän tarvitsi papin kotiin antamaan ehtoollisen. Diakonissat hyödynsivät hengellisen työn välineistä useimmin hengellistä musiikkia, virsien veisaamista ja rukousta. Osa mainitsi tässä yhteydessä myös sielunhoidon ja hengellisestä vakaumuksesta ja uskon asioista keskustelemisen. Eräs diakonissa kuvasi hengellistä keskustelua näin *”lopuksi puhuimme myös hänen hengellisestä vakaumuksesta ja uskon asioista joista hän saa voimaa ja turvaa elämäänsä”* (733). Erilaisissa ryhmissä diakonissat pitivät rukoushetkiä ja hartauksia. He auttoivat, ohjasivat ja saattoivat asiakkaita kirkollisiin tilaisuuksiin, jumalanpalvelukseen ja ehtoolliselle. *”Sovimme potilaan kanssa että lähdemme yhdessä parin viikon päästä kirkkoon”* (153). Diakonissat nostivat tässä yhteydessä esiin myös seurakunnan erityisen roolin ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin tukijana. *”Seurakunta voi olla tukemassa henkistä ja hengellistä jaksamista. Olisi mietittävä mitä muut tahot tekevät sairaanhoidon ja sosiaalityön puolella ja mikä on kirkon antama tuki näille ihmisille. Mitä on se mitä muualta ei saa?”* (V.20.S.4).

Diakonissojen antama hoidollinen apu sisälsi kuvausten mukaan hoidon tarpeen arviointia, hoitotoimenpiteitä, moniammatillista yhteistyötä, hoitoon ohjausta, lääkkeisiin, sairauden hoitoon ja itsehoitoon liittyvää ohjausta. Hoidon tarpeen arvioinnissa keskeistä oli asiakkaan yleisvoinnin, jaksamisen, terveydentilan, kiputuntemusten ja muiden oireiden laadun ja vakavuuden selvittäminen. Oleellista oli selvittää myös se, miten arki kotona itsenäisesti sujui ruuanlaiton, ruokailun, ajan kulumisen, liikkumisen, ulkoilun ja asioiden hoitamisen suhteen.

Tässä yhteydessä diakonissat näkivät tarpeelliseksi selvittää myös lähiverkostolta saadun avun ja tuen määrän merkityksen arkisten askareiden hoitamisessa. Oli tarpeen selvittää myös se, oliko asiakas parhaillaan hoidon piirissä tai oliko hänellä jatkohoitopaikka tiedossa. Diakonissat tekivät asiakkaan terveyden tilaan ja hoidon tarpeeseen liittyvät ratkaisut havaintojensa perusteella *”Yritimme verrata vointia viikko takaperin olleeseen tilanteeseen, ja koska vointi tuntui hänestä itsestäänkin huonommalta, ja minusta tilanne*

oli sellainen, etten voinut jättää häntä kotiin” (687, 688). Kotikäynnin jälkeen he soittivat asiakkaalle, jos olivat edelleen huolissaan asiakkaan hyvinvoinnista. Diakonissoilla oli kuvaustensa mukaan mahdollisuus seurata asiakkaan tai koko perheen elämää ja selviytymistä usein pitkällä aikavälillä.

Varsinaisia hoitotoimenpiteitä diakonissat tekivät kuvaustensa mukaan suhteellisen vähän. Yleisimmin he mainitsivat verenpaineen mittauksen, lääkkeiden antamisen ja epilepsiahoituksen hoitamiseen liittyvän auttamisen. Joitain kuvauksia oli siitä, miten diakonissa meni asiakkaan mukaan lääkärin vastaanotolle, haki asiakkaalle lääkkeitä apteekista tai antoi äkillisissä sairauskohtaustilanteissa hätäensiapua. Hätäensiapuun liittyi elintoimintojen tarkastaminen ja elvyttäminen sekä potilaan jatkohoidon turvaaminen. Päiväkirjoissa oli maininta myös koulutuksen ja *”täsmätiedon”* hankkimisesta sydänpysähdykseen ja peruselvytykseen sekä maallikkodefibrillaatioon liittyen.

Diakonissat tekivät kuvaustensa mukaan moniammatillista yhteistyötä asiakkaan terveyteen liittyvissä asioissa eri vammais- ja potilasjärjestöjen toimijoiden ja työntekijöiden, lääkäreiden, sairaanhoitajien, muistineuvojien ja kotihoidon työntekijöiden kanssa. Yhteistyö oli tarpeen asiakkaan sairauden tai vamman hoidossa, lääkeshoidossa, laboratoriotutkimuksissa, psykiatrisissa palveluissa ja hoitopaikan saamisessa asiakkaalle tai hänen omaiselleen. Moniammatillinen yhteistyö sisälsi konsultaatiota, tiedottamista, verkostopalavereja ja asiakkaan hoitamista yhteistyössä *”Totesimme yhteen äänen, kuinka turvallista oli, kun yhteisen asiakkaamme asioita hoidettiin”* (657).

Diakonissat ohjasivat asiakkaita varaamaan aikoja lääkärin vastaanotolle, poliklinikoille, neuvolakäynneille, kuntoutukseen ja fysioterapeuteille. *”Ehdotan että jospa rouva soittaisi fysioterapeutille ja pyytää tulemaan aika pian. Kerron hänelle että pienilläkin päivittäin tehdyillä harjoitteilla vaivaa voi helpottaa. En uskalla kuitenkaan antaa ohjeita koska ajattelen että fysioterapeutti on ammattilainen tällaisissa asioissa”* (470, 471,472). Diakonissat kuvasivat sitä, miten ryhmätilanteissa osallistujat kertoivat sairauksistaan ja oireistaan ottaen puheeksi esimerkiksi säärihaavan, verenpaineen ja huimausoireiden hoitamisen. Näissä tilanteissa diakonissa ohjasi asiakkaita hoidon piiriin antaen heille tietoa terveystalv palveluista ja hoitokäytännöistä, jotta he osasivat hakeutua oikeiden palveluiden piiriin paikkakunnallaan. Aineistossa oli muutamia kuvauksia siitä, miten diakonissa oli kertonut intervallihoidosta ja auttanut intervallipaikan järjestämisessä. Joissain tapauksissa diakonissa oli saattanut asiakkaan sairaalan päivystykseen ja varmistanut hä-

nen hoitoon pääsystä tai hän oli kehottanut asiakasta pyytämään lääkäriltä lähetettä röntgentutkimuksiin. Lääkkeisiin liittyvän ohjauksen kuvauksia oli aineistossa niukasti. Ensisijaisesti diakonissat kehottivat asiakkaita noudattamaan lääkärin määräämiä ohjeita ja varmistivat, että asiakkaat ottivat heille määrättyt lääkkeet oikein ja säännöllisesti. Lääkkeisiin liittyvä ohjaus painottui kivun hoidon ja unettomuuden lääkehoitoon, diabeteksen- ja ahdistuneisuuden hoitoon sekä lääkkeiden sivuvaikutuksista käytyyn keskusteluun. Diakonissat ohjasivat asiakkaita ottamaan lääkityksen puheeksi lääkärin kanssa ja tarkastuttamaan lääkityksen tarvetta vuosittain.

Sairauden hoidon ohjaus liittyi diakonissojen kuvauksissa lähinnä verenpainetaudin, sydänperäisten sairauksien ja jalkojen kiputilojen ja vammojen hoitoon. Asiakkailta saattoi olla jaloissa tulehduksellisia muutoksia, epäilyä laskimoveritulpasta, jalkaa piti kylvettää päivittäin, sitä piti pitää kohoasennossa tai jalkoja piti kuntouttaa ja jumpata säännöllisesti. Ohessa on muutamia lainauksia diakonissojen kuvauksista ”*kehotan pitämään kipsijalkaa koholla enemmän ja heiluttelemaan varpaita*” (272). ”*Kerroin että tokihan antibioottikuurikin väsyttää, mutta milloin on verenkuvaa katsottu?*” (199). ”*Sainoin, että vahvaa räsitystä on syytä välttää ja että asia on hyvä ja tarpeellista kertoa lääkärille*” (726).

Diakonissat antoivat ohjausta siihen, miten päästä sopeutumisvalmennuskurssille tai hakea vammaistukea, miten käyttää niskatukea tai hankkia uusia apuvälineitä olon helpottamiseksi. Tässä yhteydessä oli mainintoja myös siitä, miten diakonissat erilaisissa ryhmätilanteissa kertoivat muun muassa kuulo- ja näkökykyyn liittyvien sairauksien ja vaivojen hoidosta, ja hyödynsivät muiden terveysalan ammattilaisten kuten optikon osaamista kerhotoiminnassa. Sairauden hoidon ohjaamiseen liittyi myös keskustelua päihdyttävien aineiden ja lääkityksen yhteensopivuudesta. ”*Kerroin ettei se ole suotavaa varsinkaan ottaa siideriä lääkkeiden kanssa ja hän ottaa siideriä joka ilta*” (329). Itsehoidon ohjaaminen liittyi asiakkaiden ajanhallintaan, riittävään lepoon ja uneen, oman ajan ottamiseen, oman jaksamisen seuraamiseen ja kokonaisvaltaiseen itsestä huolenpitoon ohjaamiseen. Asiakkaat tarvitsivat diakonissojen mukaan tukea itsestä huolenpitoon erityisesti suruprosessien, pitkäaikaissairauksien ja hengitystietulehdusten hoidon yhteydessä. Diakonissat antoivat asiakkaille tietoa erilaisista itsehoitomenetelmistä, ja he kehottivat asiakkaita tulemaan keskustelemaan, jos mielessä oli huolta aiheuttavia asioita.

Konkreettisenä apuna diakonissat antoivat ruoka-apua, taloudellista tukea, talousasioihin liittyvää ohjausta ja käytännön apua. Ruoka-apu sisälsi ruokakasseja, EU-ruokaa ja aterialipukkeita. Asiakkaat hakivat ruoka-avustusta vastaanotolta, tai ruoka-avustus vietiin heille kotiin, mikäli he eivät päässeet sitä itse hakemaan. Osa ruoka-avun saajista oli diakonissojen kuvausten mukaan ensikertalaisia, mutta osa oli hakenut ruokaa jo aiemmin. Taloudellinen tuki sisälsi osto-osoituksia, laskujen maksamista ja muuta taloudellista apua. Diakonissojen kuvauksissa osto-osoitukset vaihtelivat suuruudeltaan 30 eurosta 120 euroon. Osto-osoitukset olivat lähinnä ruokaan. Diakonissat antoivat kuvaustensa mukaan lahjakortteja ja silloin myös uimalippusitoumuksia, kun uiminen oli asiakkaan yleiskunnon ja mielenterveyden kannalta tärkeää. Diakonissat antoivat avustusta asiakkaiden vuokriin, lasten vaatteisiin ja muutto- ja hautajaiskuluihin joko maksamalla koko laskun tai osan siitä. Muuna taloudellisena apuna he antoivat villasukkia tai lapsille vaatteita. Diakonissat hakivat asiakkaille avustusta omasta seurakunnasta, hiippakunnasta, kirkon diakoniarahastosta ja järjestöiltä. *”Eräs järjestö myönsi lapsen koulukirjoihin kolmensadan euron avustuksen. Avustus helpottaa suuresti yksinhuoltaja-äidin arkea”* (494).

Talousasioihin liittyvä ohjaus sisälsi diakonityön avustumahdollisuuksista kertomista, ja ohjaamista oikeanlaiseen rahankäyttöön, säästeliäisyyteen sekä tiukempaan tulojen ja menojen seurantaan. *”Kerron hänelle että hänen täytyisi saada talouden menot sellaiseksi, että hän selviää laskuistaan itsenäisesti, että asuntolaina, autonpito ja kaikki tiliostokset ovat niitä, joiden kanssa hänen elämänsä menee liian ahtaalle”* (593). Diakonissat ohjasivat asiakkaita sosiaalitoimistoon ja Kelaan sekä ottamaan yhteyttä velkojiin ja neuvottelemaan maksujen jaksotuksesta.

Diakonissojen antama käytännön apu sisälsi vuoteeseen saattamista ja peittelemistä, asiakkaan hakemista ryhmätoimintaan, muuttoavun järjestämistä, hautajaisissa mukana olemista, kotiin saattamista, lausuntojen kirjoittamista ja leiriolosuhteissa lasten pesuissa ja pukemisessa auttamista sekä vuodevaatteiden vaihtamista. Silloin kun läheisen haudalla käyminen ja sinne yksin pääseminen oli asiakkaalle vaikeaa, oli diakonissa valmis lähtemään asiakkaan tueksi haudalla käymiseen ja sinne kukkien viemiseen.

Terveysvalinnoissa ohjaaminen sisälsi diakonissojen kuvausten mukaan ravitsemukseen, osallisuuteen, liikuntaan ja perhe-elämään liittyvää ohjausta. Ravitsemusohjauksessa diakonissat kiinnittivät huomiota ravinnon mo-

nipuolisuuteen, riittävään kasvisten saantiin ja liian yksipuolisten dieettien välttämiseen. Diakonissa keskusteli eri ruokiin liittyvistä ennakkoluuloista ja antoi tarvittaessa myös ohjeita terveelliseen ruuan valmistamiseen ja leipomiseen. He kertoivat asiakkaille seurakunnan kerho- ja ryhmätoiminnasta ja kutsuivat heitä mukaan toimintaan. He antoivat tietoa myös muista paikallisista tilaisuuksista ja tapahtumista, joissa oli mahdollisuus tavata ihmisiä, saada uusia ystäviä ja omaa terveyttä tukevaa informaatiota. ”*Diakoniatyössä voi toimia yleisesti hyväksytyjen terveyttä edistävien asioiden hyväksi tarjoten ryhmätoimintaa jossa terveydelliset asiat pidetään esillä ja joita yhteisellä toiminnalla edistetään ja toteutetaan. Lähinnä jo toimivissa ryhmässä ohjelma-antia voidaan teemoittaa ja on paljon teemoitettujakin ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämisen suuntaan*” (V.12.KP.1).

Erityisesti aineistosta nousivat esiin perhekerhot, omaishoitajien, surevien, muistisairaiden omaisten ja vapaaehtoisten ryhmät. Osallisuuden ohjaaminen sisälsi myös rohkaisua osallistua vertaisryhmätoimintaan ja kehotusta mennä mukaan ryhmässä tapahtuviin ulkoilutilanteisiin. ”*Kehotin häntä lähtemään ulkoilemaan ryhmän kanssa*” (101). ”*Kehotan vain rohkeasti lähtemään ulos ja vaikka pihalle keinumaan, siellä voisi varmasti tutustua naapureihin*” (304).

Liikuntaan ohjaamisessa diakonissat painottivat liikkeelle lähtemiseen motivoimista, liikkumista helpottavien tapojen etsimistä yhdessä asiakkaan kanssa ja omien voimien mukaan liikkumista. Joitain kuvauksia oli myös siitä, miten diakonissa haki asiakkaan kävelylenkille, käveli yhdessä hänen kanssaan tai kävelytti häntä. Diakonissat nostivat esiin liikunnan ja ulkoilun mieltä virkistävät ja positiiviset vaikutukset terveydelle ja hyvinvoinnille. He huomioivat myös liikunnan merkityksen erityisesti diabeteksen hoidossa. Liikunnalla oli diakonissojen kuvausten mukaan vaikutusta ruokahaluun, unen laatuun ja lihaskunnan säilymiseen. Perhe-elämään liittyvästä ohjauksesta oli päiväkirja-aineistossa niukasti kuvausta. Maininnat liittyivät perheneuvolaan ja nuorten kasvatuksen ohjaamiseen ja parisuhdekysymyksiin.

Diakonissat pitivät yhteyttä asiakkaisiin kotikäyntien avulla, ja tapamalla heitä vastaanotolla ja puhelimitse. Yhteydenpito asiakkaisiin sisälsi myös yhteydenpidon periaatteet. Päiväkirja-aineistossa oli runsaasti kuvauksia kotikäynneillä tapahtuneista kohtaamisista ja kotikäyntien merkityksestä asiakkaille. Diakonissojen mukaan kotikäynnit piristivät asiakkaita ja olivat heille todella tärkeitä. Terveyden edistämistä tapahtuikin usein koti-

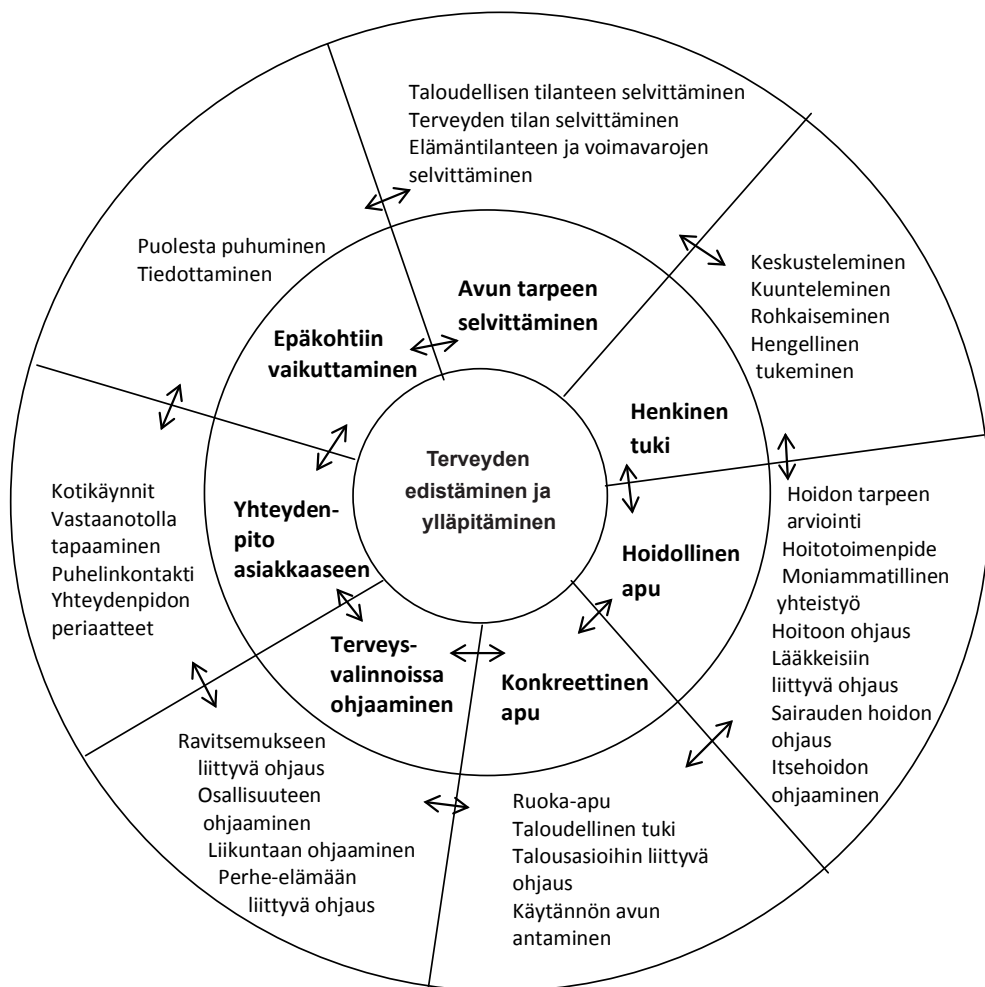
käyntien yhteydessä. Diakonissat sopivat asiakkaiden kanssa kotikäyntien ajankohdista etukäteen. He tekivät joidenkin asiakkaiden luokse kotikäyntejä säännöllisesti esimerkiksi kahden viikon tai kuukauden välein, ja osaa he olivat tavanneet kotikäynneillä jo vuosien ajan. Aineistosta löytyi erityis-mainintoja surukodeissa käynneistä ja leskien tapaamisesta. Diakonissojen ohella myös vapaaehtoiset tekivät kotikäyntejä. ”*Syksyn aikana järjestin hänelle seurakunnan vapaaehtoisen ja hän käy viikoittain*” (128). Vastaanotolla tapaamiset painoutuivat usein taloudelliseen auttamiseen ja avustushakemusten tekemiseen, mutta vastaanotto kohtaamiset tarjosivat mahdollisuuden myös henkiseen tukemiseen. ”*Käynyt vastaanotollani syksyn ajan ja nyt hän haluaa vielä jatkaa*” (106). ”*Varaamme ajan henkilökohtaista keskustelua varten 2 päivän päähän*” (282).

Puhelinkontaktit liittyivät diakonissan tekemiin yhteydenottoihin. Hän kutsui asiakkaita mukaan ryhmätoimintaan tai hän oli huolissaan asiakkaan voinnista. Osa diakonissoista piti asiakkaisiin säännöllisesti yhteyttä puhelimitse, ja osa käytti yhteydenpidon välineenä myös tekstiviestejä. Yhteydenpito asiakkaan omaisiin oli välttämätöntä esimerkiksi sairaustapausten yhteydessä. Diakonissojen kuvausten mukaan asiakasta helpotti tieto siitä, että hän sai diakonissan kiinni puhelimitse silloin kun tarvitsi apua.

Yhteydenpidon periaatteina diakonissat painottivat säännöllisyyttä, jatkuvuutta ja yhteisiä pelisääntöjä. Osa asiakkaista tarvitsi säännöllisiä tapaamisia lyhyemmän aikaa, ja osa tarvitsi pitkäkestoista auttamista. Diakonissa ei voinut aina olla avun tarvitsijan käytettävissä, ja silloin oli tarpeellista laittaa rajoja asiakkaan tapaamis- ja yhteydenottoiheydelle ”*Pyrin siihen, ettei hän soittaisi väliaikoina, vaan pidettäisiin kiinni sovituista tapaamisajoista*” (529). Asiakkaan kannalta oli mielekästä, jos hän sai keskustella aina saman ja tutun diakonissan kanssa. Se vahvisti diakonissojen mukaan asiakkaan turvallisuuden tunnetta ja loi tapaamisille jatkuvuutta. ”*Myös tietoisuus siitä, että voi palata, auttaa häntä selviytymisessä arjen haasteiden keskelä*” (630). Yhteistyölle luotiin yhteiset pelisäännöt asiakkaan kanssa, ja tarpeen tullessa niitä kerrattiin ja palautettiin mieleen. Aina diakonissa ei voinut antaa juuri sitä apua, mitä asiakas halusi, jos ”avusta” olisi ollut asiakkaan terveydelle enemmän haittaa kuin hyötyä. Tällainen kuvaus liittyi asiakkaan lääkkeiden väärinkäyttöön.

Epäkohtiin vaikuttaminen sisälsi puolesta puhumista ja tiedottamista. Puolesta puhuminen liittyi diakonissojen kuvauksissa asiakkaiden puolustami-

seen, asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edellyttämien etuuksien puolesta taistelemiseen ja ihmisarvon esillä pitämiseen. Diakonissat näkivät erittäin tärkeänä tiedottamisen ja tiedon välittämisen asiakkaiden tilanteista ja terveyden edistämisen alueellisista tarpeista ja puutteista.



KUVIO 18. Diakonissojen kuvauksia terveyttä edistävästä ja ylläpitävästä toiminnasta

Terveyden edistäminen diakoniatyössä sisältää erilaisia auttamismenetelmiä, jotka kaikki ovat yhteydessä toisiinsa. Konkreettinen apu ei ole irrallaan epäkohtiin vaikuttamisesta, avun tarpeen selvittämisestä tai henkisestä tuesta. Eri tilanteissa terveyden edistäminen ja avun sisältö voi kuitenkin painottua vahvemmin joihinkin osa-alueisiin esimerkiksi hoidolliseen apuun.

Yksilöiden terveyden edistämiseen diakoniatyö tarjoaa hyvät ja monipuoliset mahdollisuudet. Seurakuntaan ja diakoniatyöntekijöihin luotetaan. Diakoniatyö tavoittaa eri-ikäisiä ihmisiä ja antaa apua nopeasti. Tärkeää on se, että diakonissa tiedostaa työhönsä sisältyvät yksilöiden ja yhteisöjen terveyden edistämisen mahdollisuudet. Diakonissat korostavat paikallisen yhteistyön tärkeyttä, koska sen kautta avautuu mahdollisuuksia seurakuntalaisten ja kuntalaisten terveyden edistämiseen.

3.2.3 Hengellisyys terveyttä suojaavana ja edistävänä tekijänä

Diakonissoilta kerättiin avoimien kysymysten avulla aineistoa heidän käsityksistään hengellisyyden merkityksestä terveydelle. Hengellisyys oli ihmisen terveyttä suojaava ja edistävä tekijä. Se auttoi eheytyämään, vahvasti positiivista elämänasennetta, auttoi selviytymään ja loi perustaa elämäntavoille. (Kuvio 19.)

Hengellisyys oli diakonissojen kuvausten mukaan eheyttävä tekijä. Se antoi lohtua, turvaa, rauhoitti ja antoi tasapainoa elämään. Hengellisyys lohdutti ihmistä erityisesti silloin, kun elämässä oli vaikeuksia, sairautta ja surua. Rukous ja rukoileminen auttoivat ihmisiä kestäämään sairautta ja murhetta. Diakonissat rukoilivat työssään sairaiden puolesta. Hengellisyys antoi turvaa elämään, koska saattoi luottaa Taivaan Isän huolenpitoon. Diakonissat kuvasivat hengellisyyden antamaa turvaa seuraavasti ”*ihminen ei tunne olevansa tuuliajolla terveydellisten ongelmien yllättäessä vaan ottaa ne elämään kuuluvina asioina vastaan ja pyrkii sopeutumaan ja löytämään hyviä asioita ja kiitollisuuden aiheita.*” (V.12.KP.1). *Tieto siitä että Jumala kuulee rukoukset helpottaa*” (V.17.S.5). Luottamus Jumalaan oli turvana silloin, kun kuolema oli lähellä, ja oli pelkoja siitä, mitä tapahtuu kuoleman jälkeen. Turvallisuuden tunnetta lisäsi ajatus siitä, että elämä oli suuremmissa käsissä. Jumalan johdatukseen saattoi luottaa.

Diakonissojen kuvausten mukaan hengellisyys rentoutti, rauhoitti levontonta mieltä, ja toi levollisuutta kiireiseen elämään. Se auttoi olemaan soivissa itsensä ja ympäristön kanssa. Toisaalta, jos hengellisyyteen liittyi ankaraa lakihenkisyyttä, se saattoi altistaa suorittamiselle ja koville vaatimuksille. Kerhojen hartaushetket auttoivat ihmisiä rauhoittumaan. Hengellisyys antoi elämään tasapainoa, koska ihminen oli kokonaisvaltainen yksilö. Diakonissojen käsitysten mukaan mielenterveyskuntoutujat ja päihdeongelmis-

ta kärsivät hakeutuivat ehkä juuri tästä syystä mukaan seurakunnan toimintaan ja diakonian avun piiriin. Hengellisyydellä oli suuri merkitys ihmisen hyvinvoinnille. Se loi hyvää oloa, tuki terveyttä, tasapainotti tunteita ja mielialaa. Hengellisyys auttoi ihmistä hyväksymään itsensä sellaisena kuin oli. Diakonisojen kuvausten mukaan ihminen tarvitsi tukea hengellisten kysymysten pohdinnassa, sillä selvittämättömät hengelliset kysymykset saattoivat jäädä vaivaamaan ihmistä. Hengellisesti hyvinvoiva ihminen voi hyvin myös muilla elämänalueillaan.

Terve hengellisyys lisäsi mielenterveyttä ja tasapainoa elämässä. Hengellisyydellä oli myönteisiä vaikutuksia myös uneen ja verenpaineeseen *”saa daan yöunet monelle takaisin kun on keskustelumahdollisuus hengellisistä asioista”* (V.16.S.3). *”Hengellisyys tasapainottaa elämää ja vaikuttaa sitä kautta myönteisesti verenpaineeseen”* (V.2.E.4). Mielenterveyskysymysten yhteydessä vääränlainen hengellisyys saattoi diakonisojen mukaan kärjistää ongelmia, ja jopa sairastuttaa ihmistä.

Hengellisyys vahvisti diakonisojen kuvausten mukaan asiakkaiden positiivista elämänasennetta, se vahvisti itsetuntoa ja antoi elämäniloa sekä toivoa. Hengellisyys antoi ihmiselle uskallusta olla oma itsensä, mutta ankara uskonnollisuus saattoi altistaa arvottomuuden kokemuksille. Hengellisyys auttoi ihmiskuvan hahmottamisessa, ja usko Jumalaan vaikutti koko ihmisenä olemiseen. Oman historian ja elämänarvojen tunnistaminen oli tärkeää. Erään vastaajan mukaan *”ihmisen tietäessä kuka hän on ja mistä hän tulee saa valmiuksia kohdata vaikeuksia”* (V.5.I.3). Diakonissat yhdistivät hengellisyyden myös ihmisen hyväksymiseen ja kunnioittavaan kohtaamiseen, ja sitä kautta ihmisen kokemukseen omasta arvostaan. Hengellisyys oli elämänilon ja toivon antaja, se toi toivoa toivottomuuden keskelle ja vaikeisiin elämäntilanteisiin. Hengellisyyden kautta omasta elämästä oli mahdollista löytää hyviä asioita ja kiitoksen aiheita.

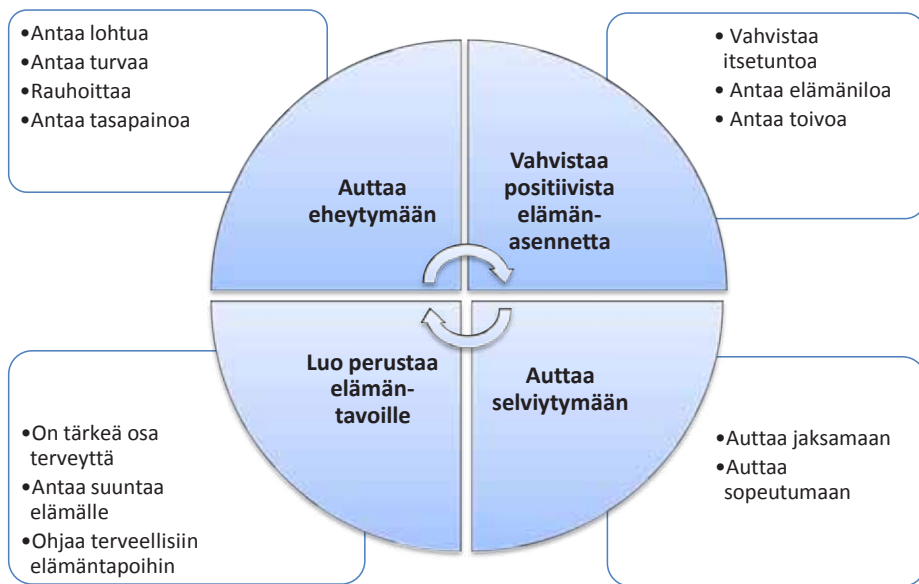
Hengellisyys auttoi ihmistä selviytymään elämässä. Se auttoi jaksamaan ja sopeutumaan. Hengellisyys piti diakonisojen mukaan ihmistä *”pinnalla ikävissä ja raskaissa elämäntilanteissa”* (V.1.E.1) ja *”auttoi jaksamaan eteenpäin vaikka elämässä oli kuinka vaikeaa”* (V.4.I.2). Hengellisyys antoi lisää voimavaroja, ja se rohkaisi vaikeuksien keskellä elävää. Diakonissat pitivät tärkeänä ihmisen mahdollisuutta saada hengellistä tukea riittävän ajoissa, koska he näkivät sen merkityksen selviytymiselle tärkeänä. Myös rukouksen merkitys nousi esille kuvauksista. Rukous antoi voimaa, ja se auttoi sie-

tämään kipua. Hengellisyys auttoi sopeutumaan elämäntilanteiden muutoksiin, sairauksiin, kriiseihin, suruun, menetyksiin, vanhenemiseen ja iän mukanaan tuomiin rajoitteisiin.

Hengellisyys loi perustaa elämäntavoille, antaen suuntaa elämälle ja ohjaten terveellisiin elämäntapoihin. Erään vastaajan mukaan *”hengellisyydestä nousee halu ja tarve vaalia terveyttä lahjana ja toisaalta se ohjaa luonnostaan tiettyihin terveellisiin elintapoihin”*(V.8.K.4). Diakonissat kuvasivat erittäin runsaasti ja monisanaisesti hengellisyyttä osana ihmisen terveyttä ja ihmisenä olemisen kokonaisuutta. Heidän mukaansa hengellisyydellä oli tärkeä merkitys ihmisen terveydelle ja heille itselleen. Hengelliset kysymykset liittyivät elämään ja *”jokaisen ihmisen oli jossain elämänsä vaiheessa mietittävä hengellisiä asioita riippumatta hänen elämäkatsomuksestaan”* (V.16.S.2). Diakonissat korostivat asiakaslähtöisyyttä omassa toiminnassaan. He keskustelivat hengellisistä kysymyksistä, jos asiakas niin halusi, sillä hengellisyys oli hyvin henkilökohtainen ja yksilöllinen asia.

Diakonissat olivat huolissaan siitä, ettei terveydenhuollossa riittävästi ymmärretä hengellisyyden merkitystä ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Asiakastyössä hengelliset kysymykset jätetään helposti keskustelun ulkopuolelle. Diakonissojen mukaan hengellisyys saattoi joskus nivoutua osaksi sairautta, mutta silloinkaan ihmistä ei saanut jättää yksin kysymystensä kanssa. Hengellisyyteen liittyvä pahoinvointi heijastui myös ihmisen elämän muille osa-alueille. Diakonissat yhdistivät kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja välittävän ilmapiirin hengellisen tuen antamiseen. He peräänkuuluttivat auttajien valmiuksia puuttua ihmisten hengelliseen pahoinvointiin.

Hengellisyys antoi diakonissojen kuvausten mukaan suuntaa elämälle, vaikka terveys olisikin menetetty. Hengellisyys avasi silmät lähimmäisenrakaudelle. Usko Jumalaan loi perustaa elämälle ja uusien mahdollisuuksien löytymiselle. Hengellisyyden myötä saattoi löytyä myös oma paikka yhteisössä. Hengellisyys ohjasi diakonissojen mukaan terveellisiin elämäntapoihin, koska sen myötä ihmisellä oli halu ja tarve vaalia terveyttä lahjana. Jumalan luomana ihminen kunnioitti ruumiinsa hyvinvointia, ja pyrki tekemään terveyttä edistäviä ja sitä hoitavia ratkaisuja. Hengellisyys ohjasi terveellisiin elämäntapoihin, ja toimi diakonissojen käsitysten mukaan puskurina ikäville kokemuksille. Hyvä ja terve hengellisyys lisäsi hyvää oloa ja itsestä huolenpitämistä.



KUVIO 19. Diakonissojen kuvauksia hengellisyyden merkityksestä terveydelle

3.2.4 Diakonissat terveyden edistäjinä diakonissalaitoksissa

Oulun Diakonissalaitoksen (ODL) ja Helsingin Diakonissalaitoksen (HDL) diakonissoilta selvitettiin heidän näkemyksiään diakonissakoulutuksen antamista valmiuksista terveyden edistämiseen. Lisäksi heiltä kysyttiin terveyden edistämisen tarpeita asiakkaiden/potilaiden näkökulmasta. (Kyselylomake, liite 6.) Vuonna 2011 Oulun diakonissalaitoksella toimi eri tehtävissä yhteensä 11 diakonissaa ja Helsingin diakonissalaitoksella 16 diakonissaa.

Laitosten diakonissoista (n=27) kyselyn palautti 14. Heistä seitsemän oli valmistunut diakonissaksi 1970-luvulla, kolme 1980-luvulla ja neljä 1990-luvulla. He työskentelivät sairaanhoitajina, osastonhoitajina, esimiehinä, asiantuntijoina tai opettajina. Vain viisi heistä toimi välittömässä asiakastyössä ja hoitotyön tehtävissä. Vastaajilla oli kuitenkin pitkä työkokemus hoitotyöstä (keskiarvo oli 18 vuotta, vaihdellen puolesta vuodesta 40 vuoteen), ja useilla oli kokemusta myös johtamis- tai projektitehtävistä. Viidellä diakonissalla oli työkokemusta myös diakoniatyöstä.

Koulutuksessa saamiaan terveyden edistämisen valmiuksia diakonissat (n=14) kuvasivat terveyden edistämisen osaamisena, diakonisena osaamisena, hoitotyön asiakkuusosaamisena ja kliinisenä osaamisena. (Kuvio 20.)

Diakonissojen terveyden edistämisen osaaminen ilmeni hyvinvoinnin edistämisenä, itsestä huolehtimisen tukemisena ja kokonaisvaltaisena käsityksenä terveydestä. Hyvinvoinnin edistäminen tarkoitti hyvään elämään tähtääviä valintoja tai yksilöllistä hyvää oloa. Diakonissat tukivat asiakkaita pitämään huolta itsestään. Kokonaisvaltainen käsitys terveydestä ilmeni diakonissojen kuvauksissa esimerkiksi seuraavasti: *”Ihminen on hengellinen/henkisen-psykykinen-sosiaalinen-fyysinen kokonaisuus”* (4OV51).

Diakoninen osaaminen sisälsi sielunhoidon taitoja, joka merkitsi hengellisen näkökulman liittämistä terveyden edistämiseen ja hengellisyyden tunnistamista voimavaraksi. Lisäksi diakoniseen osaamiseen sisältyi henkistä ja hengellisestä tukemisesta. Diakonissat arvioivat henkisen tuen antamisen taitonsa hyviksi. Seuraava esimerkki kuvaa koulutuksen antamia valmiuksia henkiseen tukemiseen: *”toivo on erittäin tärkeä elementti ja sitä korostettiin diakonissan koulutuksessa hyvin paljon”* (4HV64). Diakonissojen hoitotyön asiakkuusosaaminen ilmeni kokonaisvaltaisena kohtaamisena ja eettisenä osaamisena, joka liittyi ihmisten valintojen kunnioittamiseen ja terveyden edistämisen eettiseen pohdintaan *”terveyden edistämisen pohjalla ihmiskäsitys ja tässä tapauksessa se on kristillinen ihmiskäsitys”* (4HV62). Kokonaisvaltaisuus terveyden edistämisessä ilmeni ihmisten fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten, emotionaalisten ja hengellisten tarpeiden tunnistamisena ja niihin vastaamisena.

Diakonissojen kliininen osaaminen ilmeni monipuolisina vuorovaikutustilanteisiin liittyvinä valmiuksina sekä hoitotyön tietoina ja taitoina. Diakonissoilla oli ryhmätyövalmiuksia, ja rohkeutta puuttua esimerkiksi perheiden ja yhteisöjen vaikeisiin vuorovaikutustilanteisiin. Hoitotyön tiedot ja taidot loivat pohjan toteuttaa *”hyvää kokonaihoitoa”* (4HV11).



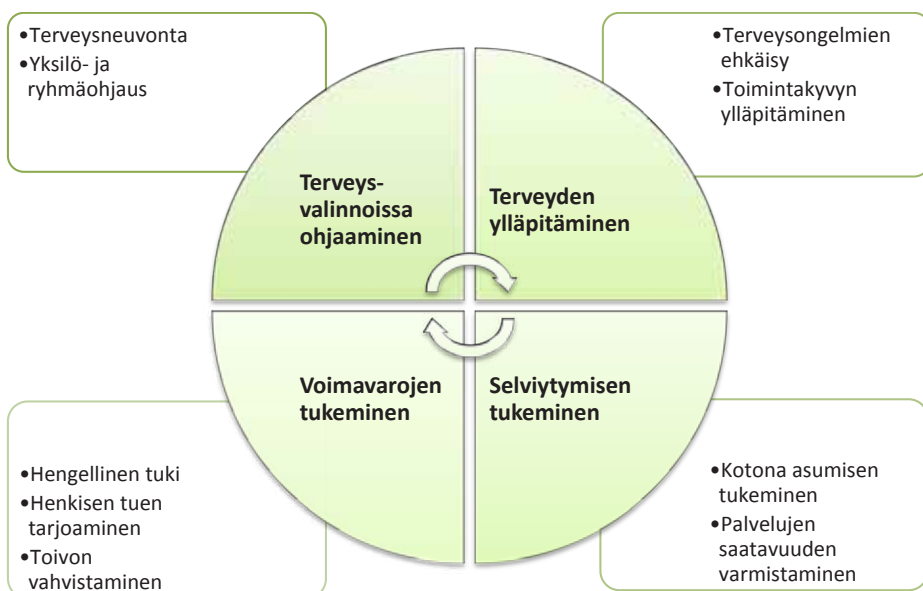
KUVIO 20. Diakonissojen terveyden edistämisen valmiudet diakonissalaitoksissa

Kyselyssä selvitettiin lisäksi ODL:n ja HDL:n diakonissojen näkemyksiä siitä, miten he edistävät lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyttä. Diakonissat (n=14) kuvasivat laitoksissa tapahtuvaa terveyden edistämistä terveyden ylläpitämisenä, selviytymisen ja voimavarojen tukemisenä sekä terveysvalinnoissa ohjaamisena. (Kuvio 21.)

Terveyden ylläpitäminen ilmeni diakonissojen toiminnassa joko terveysongelmien ehkäisynä tai toimintakyvyn ylläpitämisenä. Terveysongelmien ehkäisyä olivat ”*ennenaikaisten kuolemien ehkäiseminen esim. sairauksia ehkäisemällä... masennus, itsemurhat, alkoholi, univaikeudet tupakointi, suun terveys*” (8OV16). Toimintakyvyn ylläpitämistä oli esimerkiksi viriketöiminnan järjestäminen. Selviytymisen tukeminen oli diakonissojen kuvausten mukaan kotona asumisen tukemista ja palvelujen saatavuuden varmistamista ”*Yhteistoiminnalla esimerkiksi terveyskeskuksen, sosiaalitoimen ja seurakunnan kanssa ja helpolla palvelujen saatavuudella*” (8OV72).

Voimavarojen tukeminen oli diakonissojen mukaan hengellistä tukea, henkisen tuen tarjoamista ja toivon vahvistamista. Diakonissat näkivät hengelliset tarpeet samanarvoisiksi muiden tarpeiden kanssa. Toivon vahvistaminen ilmeni diakonissojen toiminnassa asenteena ”*kaikessa lähtökohtana asiakkaan omat voimavarat ja motivaatio muutokseen*” (8HV65). Terveysvalinnoissa ohjaaminen oli diakonissojen mukaan terveysneuvontaa sekä yksilö-

ja ryhmäohjausta. Terveysneuvontaa kuvattiin muiden muassa huumeiden käyttäjien ohjaustilanteissa ”On tärkeää, että annetut neuvot ja ohjeet ovat yhteydessä käyttäjän elämään ja siihen sosiaaliseen ympäristöön, jossa hän elää” (8HV612). Diakonissat antoivat kuvaustensa mukaan sekä yksilöllistä että ryhmäohjausta terveysvalintojen tekemiseen.



KUVIO 21. Diakonissojen kuvauksia terveyden edistämisestä diakonissalaitoksissa

3.2.5 Diakonissojen erityisosaaminen diakonissalaitoksissa

Helsingin Diakonissalaitoksen (HDL) diakonissoilta selvitettiin heidän erityisosaamistaan (kyselylomake, liite 8). Kyselyyn vastasi 10 diakonissaa konsernin eri yksiköistä. Diakonissat kuvasivat erityisosaamistaan kohtaamisosaamisena, voimavaroja tukevana ohjausosaamisena, hengellisen työn osaamisena yksilö- ja yhteisötasolla sekä diakonisen palvelukulttuurin osaamisena. (Kuvio 22.)

HDL:n diakonissojen erityisosaamista oli kohtaamisosaaminen, joka ilmeni ihmisen ja hänen elämäntilanteensa kohtaamisessa, välittävässä läsnäolossa ja eettisessä toiminnassa. Diakonissat kohtasivat kuvaustensa mukaan ihmiset yksilöllisesti ja heidän elämäntilanteensa huomioiden. Tämä tuli esille esimerkiksi kuolevaa kohdattaessa ja hänen kanssaan keskustelta-

essa. Välittävä läsnäolo oli huolenpidon antamista, itsenä läsnä olemista ja kuuntelemista. Eettinen toiminta merkitsi ihmisen kunnioittamista ja hänen vakaumuksensa arvostamista. Jokaista potilasta hoidettiin samojen periaatteiden mukaan riippumatta siitä, minkälainen hän oli, tai millainen hänen vaivansa oli. Ihmisen kunnioittaminen liittyi myös hänen vakaumuksensa arvostamiseen ”*en yritä ’käännyttää’ vaan arvostan hänen vakaumustaan*” (HV178).

Diakonissoilla oli sellaista ohjausosaamista, joka tuki asiakkaiden voimavaroja. Osaaminen ilmeni ammatillisena ja voimavaralähtöisenä ohjaamisena. Ammatillinen ohjaaminen perustui asiantuntemukseen ja se sisälsi palveluohjausta, joka toteutui myös kotikäynneillä. Voimavaroja tukiessaan diakonissat rohkaisivat asiakasta luottamaan omiin kykyihinsä ja löytämään omat voimansa ”*löytää asiakkaille toiveikkuutta, iloa ja voimia elämää varten*” (HV112). Voimavarojen tukeminen liittyi myös omaisten tukemiseen.

Diakonissojen hengellisen työn osaaminen ilmeni yksilö- ja yhteisötasolla. He järjestivät hengellisiä tilaisuuksia ja käyttivät hengellisen työn välineitä työssään. He osallistuivat laitoksen hengellisiin tilaisuuksiin, sekä järjestivät hartaus- ja muistohetkiä. Eräs diakonissa kuvaa toimintaansa näin ”*saattohoidossa ja asukkaan kuoltua olen rohkeasti laulanut ja pitänyt muistohetken*” (HV156). Hengellisten välineiden käyttäminen oli virsien laulamista, esirukouksen ehdottamista ja uskosta rohkeasti keskustelemista. Diakonissat rohkenivat kertoa myös omasta uskostaan ”*kerroin uskon tuovan nimenomaan turvaa – ei pelkoa*” (HV174).

Diakonissoilla oli kuvaustensa mukaan diakonisen palvelukulttuurin osaamista. Tämä ilmeni palvelevassa työskentelyssä ja diakonissan kutsumukseen sitoutumisessa. Palveleva työskentely sisälsi potilaan palvelemista, keskusteluun kannustamista ja palvelevaa johtamista. Diakonissan kutsumukseen sitoutuminen merkitsi diakonissan ammatin ja sisarten perinnön arvostamista sekä kutsumukseen luottamista. Arvostus ilmeni myös rohkeutena. ”*Esittelen aina itseni uudelle asukkaalle, heidän läheisilleen, uusille työntekijöille ja opiskelijoille, että olen diakonissa*” (HV159). Luottamus kutsumukseen ilmeni näin: ”*Kuljen rukoillen ja luotan kutsumuksen tuomaan varmuuteen*” (HV1613).

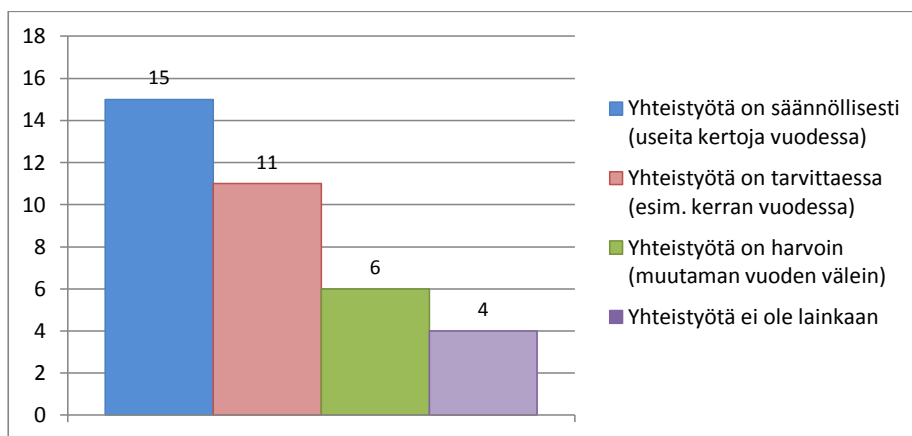


KUVIO 22. Diakonisojen erityisosaaminen Helsingin Diakonissalaitoksen diakonisojen kuvaamana

3.3 Paikallinen yhteistyö terveyden edistämisessä

Hankeseurakuntien diakonisojen yhteistyökumppaneilta selvitettiin kyselyn avulla yhteistyön toteutumista terveyden edistämistyössä, yhteistyökumppanien näkemyksiä diakonisoista terveyden edistämisen toimijoina ja heidän odotuksiaan yhteistyöstä. Diakonisojen valitsemille yhteistyökumppaneille (yhteensä 69) lähetettiin Webropol -kysely sähköpostitse (liite 7). Kyselyn palautti 35 vastaajaa. Vastaajista suurin osa (yhteensä 25) oli kuntien sosiaali-, terveys-, kasvatus-, päivähoito- tai liikuntatoimesta. Loput vastaajista toimivat seurakuntien ylläpitämässä sairaalasieluhoidossa tai järjestöissä (Martat ry, MLL, Kuuloliitto, Omaiset mielenterveystyön tukena ry).

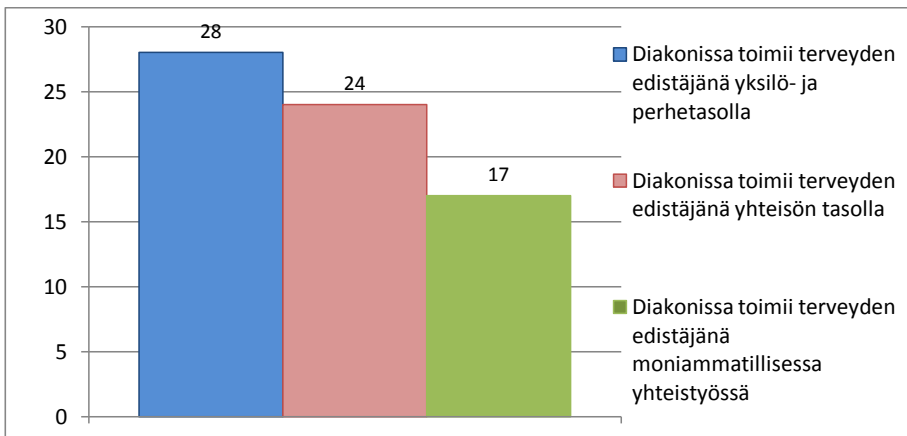
Yhteistyökumppaneista lähes puolet teki yhteistyötä diakonissan kanssa säännöllisesti, useita kertoja vuodessa. Kolmannes vastaajista arvioi tekevänsä yhteistyötä tarvittaessa. Nämä vastaajat olivat pääosin sosiaali- ja terveys-toimen sekä järjestöjen edustajia. Sen sijaan sairaalasielunhoidon ja kunnan päivähoiton toimijat tekivät diakonissan kanssa yhteistyötä harvoin tai ei lainkaan. (Kuvio 23.)



KUVIO 23. Yhteistyökumppaneiden (n=35) arvio yhteistyön toteutumisesta diakonissan kanssa

Avovastausten mukaan yhteistyö diakonissan kanssa liittyi yhteisöllisyyteen ja asiakas- sekä koulutusyhteistyöhön. Kuvaukset liittyivät esimerkiksi kotikäyntipyyntöihin, jatkoseurantakäynteihin, yhteisiin koulutuksiin ja ruokakursseihin. Vähemmän mainintoja oli yhteistyökokouksista, yhteistyönä toteutuvasta vapaaehtoistyön järjestämisestä tai tiedotusyhteistyöstä.

Yhteistyön esteiksi vastaajat mainitsivat ajan puutteen, salassapidon, tiedon ja yhteistyörakenteiden- sekä resurssien puutteen ja organisaatioiden erilaisuuden. Osa vastaajista ei nähnyt yhteistyölle esteitä. Työikäisten ja ikääntyneiden terveyden edistämisessä salassapito ei ollut yhteistyön esteenä. Sen sijaan lapsiperheiden terveydenedistämistyössä salassapito ja organisaatioiden rajat olivat yhteistyön esteitä. Yhteistyökumppaneiden mielestä diakonissat toimivat terveyden edistäjinä pääasiassa yksilöiden ja perheiden parissa, yhteisön tasolla ja moniammatillisessa yhteistyössä. (Kuvio 24.)



KUVIO 24. Yhteistyökumppaneiden (n=35) näkemykset diakonisoista terveyden edistämisen toimijoina

Kyselyssä selvitettiin myös yhteistyökumppaneiden odotuksia yhteistyöstä. Yhteistyökumppanit (n=35) odottivat eniten yhteistyökokouksia sekä toiminnasta ja palveluista tiedottamista. Lisäksi he odottivat terveyttä ja hyvinvointia edistävien tapahtumien ja vertaistoiminnan järjestämistä, ihmisten osallistumismahdollisuuksien lisäämistä sekä yhteydenpitämistä asiakkaiden asioissa. Osa vastaajista näki tärkeinä myös yhteisten koulutusten järjestämisen, terveyttä edistävän materiaalin tuottamisen sekä koti- tai laitoskäynnin toteuttamisen yhdessä. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Yhteistyökumppaneiden (n=35) odotukset yhteistyöstä diakonissan kanssa

Millaista yhteistyötä haluat/organisaationne haluaa tehdä diakonissan kanssa?	Kyllä (f)	Ei (f)	En osaa sanoa (f)	YHT. (f)
Yhteistyökokoukset ja/tai neuvottelut	29	1	5	35
Tiedottaminen toiminnasta ja palveluista	26	1	8	35
Terveyttä ja hyvinvointia edistävien tapahtumien järjestäminen	24	4	6	34
Osallistumismahdollisuuksien lisääminen (vapaaehtoisuus, osallisuus, yhteisöllisyys)	22	0	11	33
Vertaistoiminnan järjestäminen (ryhmät, leirit, retket...)	22	4	7	33
Yhteydenpito ihmisten ja asiakkaiden asioissa	21	4	9	34
Koulutuksen järjestäminen yhteisenä	16	4	13	33
Terveyttä edistävän materiaalin tuottaminen ja/tai jakaminen	16	6	10	32
Koti- tai laitospöyrynyit yhdessä	11	9	12	32

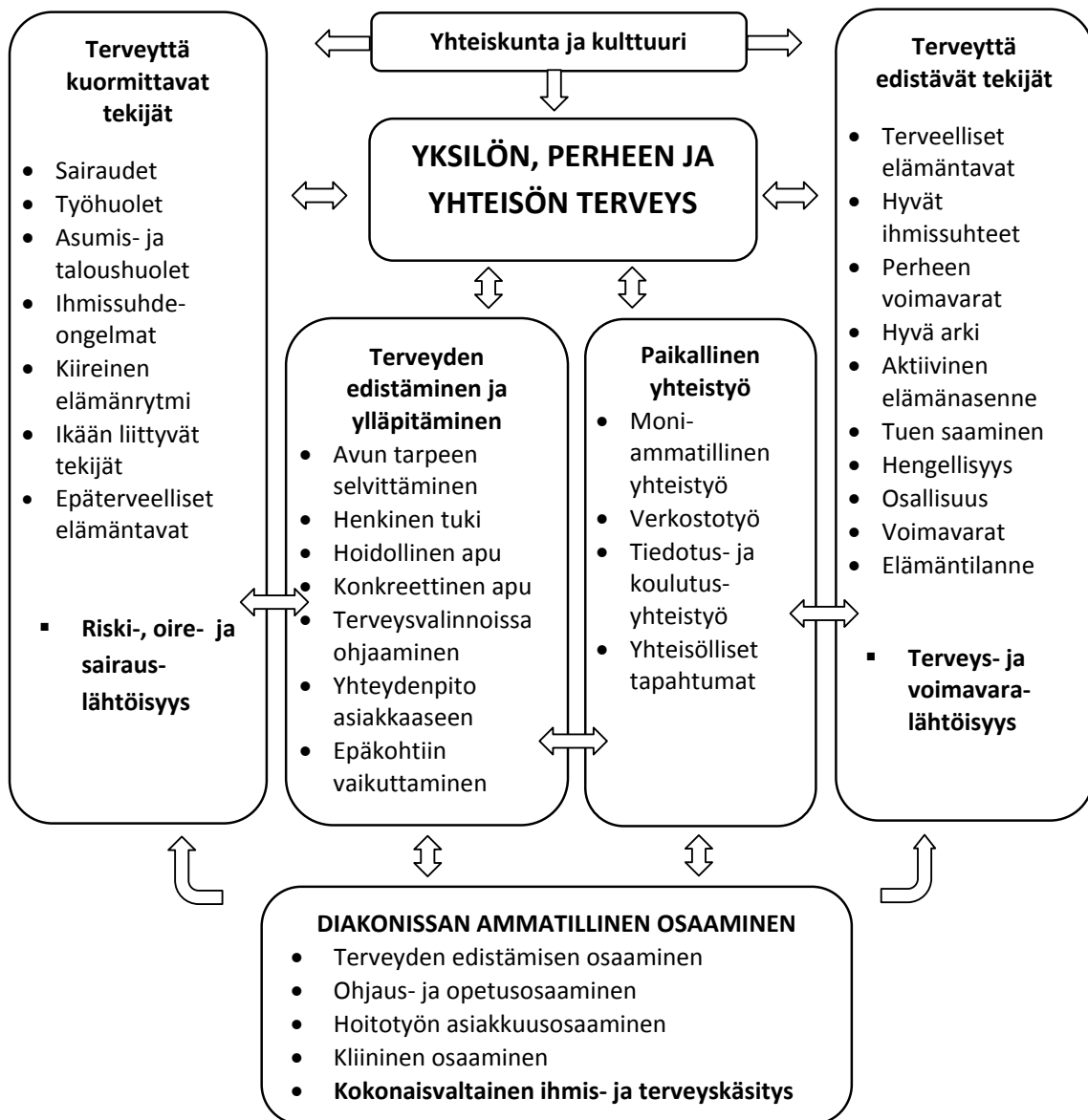
Vastaajat ehdottivat kehittämisideoina yhteistyöneuvotteluja, tiedottamista, koulutus- ja teemapäiviä, tapahtumien järjestämistä ja kotikäyntejä yhteistyössä. Ikääntyneiden terveyden edistämisessä keskeistä oli asiakkaisiin liittyvä yhteistyö, ja lapsiperheiden terveyden edistämisessä koulutusten ja tapahtumien järjestäminen sekä tiedottaminen.

Yhteistyökumppanit tunnistivat diakonissat erityisesti työikäisten ja ikääntyneiden terveyden edistäjiksi. Lapsiperheiden terveyden edistämistyössä diakonissa oli vieraampi toimija. Yhteistyökumppanit arvostivat diakonisojen yksilö- ja kotikäyntityötä. He arvostivat diakoniatyötä myös yhteisöllisyyden, osallisuuden ja vertaistuen järjestäjänä.

4 ALUSTAVA MALLI KOKONAISSALTAISESTA TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tulosten pohjalta luotiin alustava malli kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä. Malli auttaa hahmottamaan diakonian asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeita, ja diakonissan osaamista sekä roolia terveyden edistämisen toimijana paikallisessa yhteistyössä. (Kuvio 25.)

Mallin mukaan yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kokemukseen terveydestä vaikuttavat yhteiskunnalliset ja kulttuuriset tekijät sekä terveyttä kuormittavat ja edistävät tekijät. Diakonissojen ammatillinen osaaminen perustuu kokonaisvaltaiseen ihmis- ja terveyskäsitykseen. Diakonissat tunnistavat terveyttä edistäviä ja kuormittavia tekijöitä sekä käyttävät terveyttä edistäviä ja ylläpitäviä auttamismenetelmiä. Voimavaralähtöinen terveyden edistäminen on terveyttä suojelevaa, edistävää ja ylläpitävää toimintaa. Yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen terveyden edistäminen edellyttää kumppanuutta ja paikallisten toimijoiden yhteistyötä.



KUVIO 25. Alustava malli kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä diakoniatyössä

Johtopäätökset:

1. Lapsiperheet ja ikääntyneet odottivat seurakunnalta ryhmätoimintaa sekä terveyttä ja hyvinvointia tukevia muita tilaisuuksia. Ikääntyneet odottivat seurakunnalta erityisesti hengellisiä tilaisuuksia ja diakonissalta terveyden ja terveystalveluihin liittyvää ohjausta. Lapsiperheet ja ikääntyneet arvostivat kotikäyntityötä ja keskustelumahdollisuutta. Diakonian asiakkaat saivat voimavaroja, selviytymistä ja hengellistä terveyttä vahvistavaa sekä osallisuutta ja aktiivisuutta tukevaa apua.
2. Diakonissojen ammatillinen osaaminen perustui sairaanhoitaja (AMK) -diakonissan koulutuksessa saatuihin valmiuksiin sekä kokonaisvaltaiseen ihmis- ja terveystalveystykseen. Diakonissojen erityisosaaminen liittyi hengellisen terveyden ja voimavarojen tukemiseen yksilö- ja yhteisötasolla.
3. Diakonissat edistivät seurakunnissa ja diakonissalaitoksissa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen terveyttä. He käyttivät työssään terveyttä suojelevia ja edistäviä sekä terveyttä ylläpitäviä menetelmiä. Hengellisyys oli osa yksilöllistä ja yhteisöllistä terveyden edistämistä.
4. Diakonissat tekivät yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi paikallisten toimijoiden kanssa. Diakonissojen itseymmärrys roolistaan ja valmiuksistaan hoitotyön ja terveyden edistämisen ammattilaisina vahvistui. Yhteistyökumppaneiden tietoisuus diakonissojen osaamisesta lisääntyi, ja diakonissojen rooli moniammatillisissa paikallisissa yhteistyöverkostoissa selkiytyi. Yhteistyön kehittäminen edellytti parempaa tiedottamista, koulutus- ja asiakasyhteistyötä sekä säännöllistä yhteydenpitoa.

Tutkimus- ja kehittämishankkeen tuloksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveys- sekä kirkon alan perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa. Tuloksilla on merkitystä paikallisen diakoniatyön ja terveyden edistämisen kehittämisessä. Tutkimus tuo esille diakonian asiakkaiden näkemyksiä terveydestään ja hyvinvoinnistaan, ja tekee näkyväksi diakonissojen roolia asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäjinä. Tulosten kautta lukijalle avautuu myös diakonissan työn sisältö.

LÄHTEET

- Aalto-Kallio, Mervi & Mäkipää, Erica 2010. Käytäntöjä terveyden edistämiseksi. Katsaus terveyden edistämisen rakenteiden kehittämistyöhön. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2010. Terveyden edistämisen keskus ry.
- Aaltonen, Jukka 2002. Perheterapia ryhmäkuvassa. Teoksessa Anna Rönkä & Ulla Kinnunen (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 142-158.
- Antonovsky, Aaron 1987. Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and stay Well. *Gerontologist* 30: 362-268.
- Cohen, Deborah J & Crabtree, Benjamin F 2008. Evaluative Criteria for Qualitative Research in Health Care: Controversies and Recommendations. *Annals of Family Medicine* 6 (4), 331-339.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2013. Koulutusohjelmat. Viitattu 30.9.2013. <http://www.diak.fi/hakijalle/Koulutusohjelmat/>
- Diakonia- ammattikorkeakoulu 2014. Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, kompetenssikuvaukset. Viitattu 8.2.2014. <http://www.diak.fi/opiskelu/harjoittelu/Sivut/default.aspx>
- Directive 2013/55/EU. Ammattipätevyysdirektiivi.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:FI:PDF>
- Elo Satu, 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Väitöskirja. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 889. Oulun yliopisto. Oulu. 126–130.
- Eriksson, Monica 2007. Unravelling the Mystery of Salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence scale. Doctoral thesis. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme. Research Report 2007:1. Turku: Folkhälsan.
- Gothóni, Raili 2006. Velat anteeksi. Akordirahastotoimintamallin arviointitutkimus. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2006:1. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Gothóni, Raili & Jantunen, Eila 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakoniestä työstä. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. *A Tutkimuksia* 25. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Helin, Matti; Hiilamo, Heikki & Jokela, Ulla 2010. Diakoniatyö asiakkaan palveluksessa. WS Bookwell Oy. Juva: Edita.

- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holi, Tarja 2013. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastuut. Viitattu 10.10.2013. http://www.valvira.fi/files/luennot/Terveysdenhuollon_ammattihenkilön_vastuut.ppt.
- Honkanen, Hilkka 2010. Verkostotyömenetelmien soveltaminen terveyttä edistävissä toiminnassa. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveysden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy, 213-229.
- Härkönen, Pirjo 2012. Elämäntyytyväisyys ja terveys – voimavarasuuntautunut ikääntyvien henkilöiden seuranta tutkimus. Acta Univeristatis Ouluensis. D 1186. Oulun yliopisto: Terveystieteiden laitos.
- Hätönen, Heli; Helakorpi, Satu & Ståhl Timo 2013. Terveysden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuut ja velvoitteet kunnassa. Tutkimuksesta tiiviisti: 2013/007. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-030-6>
- Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY
- Joensuu, Johanna; Halme, Nina; Nummi, Tapio & Perälä, Marja-Leena 2013. Lasten ja perheiden palveluiden yhteensovittaminen kunnissa - rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arvioiminen. Hoitotiede 1/2013.
- Jokela, Ulla 2011. Diakoniatyön paikka ihmisten arjessa. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 34. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Juntunen, Elina & Saarela, Tiina 2009. Seurakuntadiakonian perustehtävä ja terveysden kysymykset. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Juntunen, Elina; Grönlund, Henrietta & Hiilamo, Heikki 2006. Viimeisellä luukulla. Tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta. Helsinki: Kirkkohallitus, 36-50.
- Kaukua, Jarmo 2006. Terveysden liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. Duodecim 2006; 122: 1215-24.
- Kiiski, Jouko 2013. Diakoniatyöntekijä - rinnalakulkija ja kaatopaikka. Diakoniabarometri 2013. Kirkon tutkimuskeskuksen verkkojulkaisu 33. Viitattu 10.10.2013. <http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?open&cid=Content314568>.
- Kinnunen, Kaisa (toim.) 2009. Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Kirkkohallitus. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Kirkkohallitus 2009. Työryhmän raportti terveysden edistämisestä diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus.

- Kirkkohallitus 2010. Meidän kirkko – Välittävä yhteisö. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakonian ja yhteiskuntatyön linjaus 2015. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kirkkohallitus 2013. Tilastot. Diakoniatyö 2012. Viitattu 10.11.2013. [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/36F995A398A68CE5C225785E004131AA/\\$FILE/Diakoniaty%C3%B6%202012.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/36F995A398A68CE5C225785E004131AA/$FILE/Diakoniaty%C3%B6%202012.pdf).
- Kirkon tutkimuskeskus 2012. Haastettu kirkko. Suomen evankelis-luterilainen kirkko vuosina 2008–2011. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 115. Porvoo: Bookwell Oy
- Klavus, Jan 2010. Suomalaisen terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen. Suomalaisen hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki, 41–42.
- Koivu, Aija & Haatainen, Kaisa 2010. Mielenterveyden edistämisen näkökulmia. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveiden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYproOy, 76-98.
- Korhonen, Teija 2013. Yleissairaanhoidajan osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen osaamisalueet. Materiaali 25.11.2013. Tuloste tekijöiden hallussa.
- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo; Aalto-Kallio, Mervi; Mikkonen, Nella; Nykyri, Päivi; Parvainen, Heikki; Saikkonen, Paula & Tamminiemi, Kaarina 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveiden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveiden edistämisen keskus ry.
- Kotisalo, Helena 2002. Diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön toteutuminen Kuopion hiipakunnan diakonisoiden arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kotisalo, Helena 2005. Diakonisen hoitotyön ja diakoniatyön toteutuminen. Diakonien tutkimus –aikakauskirja 1/2005, 5-18.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja sisällitys. Jyväskylä: Vastapaino Oy.
- Kuusimäki, Kalle 2012. Diakonia kirkon perustehtävänä. Teoksessa Raili Gothóni, Riitta Helosvuori, Kalle Kuusimäki & Karolina Puuska (toim.) Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö. Helsinki: Kirjapaja, 11–46.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy, 58, 64, 105.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Viitattu 10.10.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. Viitattu 2.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu.
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi
- Nissinen, Aulikki, Kauhanen, Jussi & Myllykangas, Markku 1994. Kansanterveystiede. Juva: WSOY.
- Ottawa Charter 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. Canada.
- Paunonen, Marita 1999. Suomalaisen perheen rakenteet ja perheiden toiminnan vaikutus perheenjäsenten terveyteen. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 61-81.
- Pessi, Anne Birgitta & Seppänen, Marjaana 2011. Yhteisöllisyys. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointi suomalaisen yhteiskunnan perustana. Gaudeamus Helsinki University Press, Balto Print, Vilna, 288–313.
- Pietilä, Anna-Maija 2010. Terveyden edistämisen lähtökohtia – katsaus kirjan ydinsisältöön. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimitaan. Helsinki: WSOYpro Oy, 10–14.
- Piispainkokous 2005. Piispainkokouksen päätös diakonian viran kelpoisuusvaatimukseksi hyväksyttävästä ammattikorkeakoulututkinnosta Nro 101. 13.9.2005. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Polit, Denis F & Beck, Cheryl Tatano T. 2008. Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Puuska, Karolina 2012. Diakoniatyö ryhmissä ja lähiyhteisöissä. Teoksessa Raili Gothóni, Riitta Helosvuori, Kalle Kuusimäki & Karolina Puuska (toim.) Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö. Helsinki: Kirjapaja, 111–150.
- Pyykkö, Raija 2011. Hengellisen ja maallisen rajalla. Kamppailu seurakuntien diakoniatyöntekijöiden sosiaalisesta ja kulttuurisesta toimialueesta. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1670. Tampereen yliopisto.
- Raatikainen, Ritva 2002. Terveyden edistämisen tieteelliset lähtökohdat hoitotieteellisestä näkökulmasta. Teoksessa Taru Koivisto, Seija Muurinen, Arja Peiponen & Elina Rajalahti (toim.) Hoitotyön vuosikirja. Terveyden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 9-24.
- Rissanen, Lea 1999. Vanhenevan ihmisen kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen koettu tarve. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Rotko, Tuulia; Kauppinen Tapani; Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila 2012. Kuilun kaivantajat. Kansallinen terveystalvelujen kaivantamisen toimintaohjelma 2008–2011. Loppuraportti 41/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print Oy.

- Rouvinen-Wilenius, Päivi & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo (toim.) 2011. Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnan näyttäjinä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry.
- Rouvinen-Wilenius, Päivi; Aalto-Kallio, Mervi; Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Nikula, Tuuli 2011. Osallisuus osana tasa-arvoa. Teoksessa Päivi Rouvinen-Wilenius & Pirjo Koskinen-Ollonqvist (toim.) Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnannäyttäjinä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry, 49-76.
- Rättyä, Lea 2004. Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan, Licensiaatin tutkimus. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Oulun yliopisto. Oulu.
- Rättyä, Lea 2009a. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 179. Kuopio: Kopijyvä, 15, 93-106, 107-113.
- Rättyä, Lea 2009b. Katsaus diakonisen hoitotyön tutkimukseen. Diakonian tutkimuksen seura. Diakonian tutkimus 2/2009, 159-165.
- Rättyä, Lea 2012. Diakoniatyö yksilöiden ja perheiden parissa. Teoksessa Raili Gothóni, Riitta Helosvuori, Kalle Kuusimäki & Karolina Puuska (toim.) Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö. Helsinki: Kirjapaja, 80-110.
- Sauli, Hannele & Kainulainen, Sakari 2001. Yhteiskunnan muutos ja lapsiperheet. Teoksessa Maritta Törrönen (toim.) Lapsuuden hyvinvointi. Yhteiskuntapoliittinen puheenvuoro. Pelastakaa lapset, 42-57.
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveyden edistäminen esimerkein: käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry.
- Seppä, Eija 2012. Diakoniatyön erityispiirteitä saamelaiskulttuurissa. Yleisen käytännöllisen teologian Pro gradu -tutkielma. Teologinen tiedekunta. Helsinki.
- Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Oulu: 89-93, 163.
- Sirviö, Kaarina 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Kuopio: Kopijyvä.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki, 15-17.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 16. Helsinki
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Terveyden edistämisen eettiset haasteet, Yliopistopaino, Helsinki, 9.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (KASTE) 2012–2015.
- Taanila, Anja & Larivaara, Pekka 2004. Perheet osaksi moniammatillista yhteistyötä – moniammatillisen perhetyön koulutuksen arviointia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 228–239.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Terveydenhuoltolaki – pykälistä toiminnaksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326. 30.10.2010. Viitattu 2.10.2013. <http://www.finlex.fi/linkit/kehys/smur/20101326>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Vanhuspalvelulaki – pykälistä toiminnaksi. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Thiz, Päivi 2006. Diakonian yhteisölliset merkitykset. Diakonia-ammattikorkeakoulun raportteja B Raportteja 32. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. Tampere: Juvenes Print Oy, 83–84.
- Thitz, Päivi 2013. Seurakuntalaisten osallisuuden toteutuminen vaatii työntekijöiltä asennemuutosta. Väitöskirja. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto.
- Tuck, Inez, Pullen, Lisa & Wallace, Debra. 2001. A comparative study of the spiritual perspective and interventions of mental health and parish nurses. *Issues in Mental Health Nursing* 22, 593-605.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anne 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 72, 90, 95, 110, 103–117, 125–133.
- Tuominen Päivi; Savola Elina & Koskinen-Ollonqvist Pirjo 2005. Terveyden edistämisen avainsisällöt kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen koulutuksen tukemiseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 6/2005, 16–18.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vaarama, Marja; Siljander Eero; Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen Satu 2010. Suomalaisen kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 126–148.
- Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkko, Anni; Finne-Soveri, Harriet & Heinola, Reija 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 48–58.

WHO. World Health Organization 1996. Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health, November 17-2. WHO, Geneva.

Åstedt-Kurki, Päivi; Hopia, Hanna & Vuori, Anne 1999. Family health in everyday life: a qualitative study on well-being in families with children. *Journal of Advanced Nursing* 29, 704-711.

Liite 1. Kyselylomake lapsiperheille

Kysely lapsiperheiden vanhemmille

Kevät 2011

Kunta/kaupunki: _____

Tämä kysely liittyy Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) hankkeeseen, jossa **selvitetään lapsiperheiden terveyden edistämisen tarpeita ja kehitetään seurakuntien toimintaa.** Hankkeen rahoittaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Vastauksianne käytetään vain tähän tutkimukseen.

Ohje: Vastatkaa kysymyksiin ympäröimällä oikeaksi katsomanne vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle.

1. **Kyselyyn vastaaja:**

1. Äiti 2. Isä 3. Muu huoltaja

2. **Perheenne lasten lukumäärä:**

1. Yksi lapsi 2. 2-3 lasta 3. 4 tai enemmän lapsia

3. **Perhemuotonne:**

1. Ydinperhe 2. Yksinhuoltajaperhe 3. Uusperhe
4. Muu, mikä? _____

4. **Koulutuksenne:**

1. Peruskoulu, kansakoulu tai keskikoulu 2. Toinen aste (lukio tai ammattikoulu) 3. Korkeakoulututkinto (amk, yliopisto)

5. **Työtilanteenne:**

1. Työssä 2. Työtön työnhakija 3. Kotiäiti tai -isä, hoitovapaa
4. Eläkkeellä 5. Muu, mikä? _____

6. **Seuraavassa esitetään perheenne hyvinvointia koskevia väitteitä.** Ilmoittakaa mielipiteenne ympäröimällä sopivin vaihtoehto (1 - 5).

	Olen täysin samaa mieltä	Olen osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Olen osittain eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
Vanhempien fyysinen terveys on hyvä	1	2	3	4	5
Vanhempien psyykinen terveys on hyvä	1	2	3	4	5
Lastemme fyysinen terveys on hyvä	1	2	3	4	5
Lastemme psyykinen terveys on hyvä	1	2	3	4	5
Perheessämme on terveelliset elämäntavat	1	2	3	4	5
Perheessämme on päihteiden liikakäyttöä	1	2	3	4	5
Perheellämme on riittävästi aikaa olla yhdessä	1	2	3	4	5
Parisuhteemme on toimiva	1	2	3	4	5
Saamme tarvittaessa tukea isovanhemmilta tai sukulaisilta	1	2	3	4	5
Saamme tarvittaessa tukea naapureilta tai ystäviltä	1	2	3	4	5
Osaamme tarvittaessa hakea apua ammattiauttajilta	1	2	3	4	5
Perheemme taloudellinen tilanne on hyvä	1	2	3	4	5
Perheessämme on pelkoa työttömyydestä	1	2	3	4	5
Perheemme selviää hyvin stressaavista elämäntilanteista	1	2	3	4	5
Hengellisyys ja uskonto antavat meille voimaa	1	2	3	4	5
Kristillinen kasvatusta ja kirkkovuoden juhlat ovat meille tärkeitä	1	2	3	4	5
Asuinympäristömme on lapsiystävällinen ja turvallinen	1	2	3	4	5
Asuntomme sopii lapsiperheelle	1	2	3	4	5

Käännä...

7. **Mitkä tekijät edistävät / lisäävät perheen hyvinvointia ja terveyttä?**

8. **Mitkä tekijät kuormittavat / uhkaavat perheen hyvinvointia ja terveyttä?**

9. **Millaiseen hyvinvointia ja terveyttä edistävään seurakunnan toimintaan haluatte osallistua? Valitkaa vaihtoehdoista (1 - 3) .**

	Kyllä	Ei	En tiedä
Tilaisuuteen, jossa puhutaan vanhemmuudesta ja parisuhteesta	1	2	3
Ryhmään, jossa keskustellaan kristillisestä kasvatuksesta	1	2	3
Tilaisuuteen, jossa puhutaan terveyteen vaikuttavista tekijöistä	1	2	3
Ryhmään, jossa keskustellaan lapsiperheiden voimavaroista	1	2	3
Koko perheen seurakuntatapahtumiin (perhekirkot, perheleirit...)	1	2	3
Yhteistyössä kunnan ja järjestöjen kanssa toteutettava tapahtuma	1	2	3
Isovanhemmille ja lapsille suunnattu toiminta	1	2	3
Muuta, mitä?			

10. **Millainen seurakunnan toiminta edistää perheen hyvinvointia ja terveyttä?**

11. **Jos perheenne tai te itse tarvitsette tukea hyvinvoinnin edistämiseen diakoniatyöntekijältä, millaista tuki voisi olla? Valitkaa vaihtoehdoista (1 - 3) .**

	Kyllä	Ei	En tiedä
Diakoniatyöntekijältä tukea ja ohjausta terveyteen liittyvissä asioissa	1	2	3
Diakoniatyöntekijältä tukea ja ohjausta terveystalvelujen käytössä	1	2	3
Diakoniatyöntekijän yhteydenottoa sähköpostitse tai puhelimella	1	2	3
Diakoniatyöntekijän tekemää kotikäyntiä luoksenne	1	2	3
Diakoniatyöntekijän tapaamista diakoniatuomistolla	1	2	3
Diakoniatyöntekijän ja terveydenhoitajan/neuvolan kanssa yhteistyötä	1	2	3

12. **Miten seurakunnan diakoniatyöntekijät voivat edistää perheenne terveyttä?**

Kiitos vastauksistanne!

Liite 2. Kyselylomake työikäisille

Haastattelu työttömille Karjasillan seurakunnassa

Kevät 2011

Tämä kysely liittyy Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) hankkeeseen, jossa selvitetään **työikäisten henkilöiden terveyden edistämisen tarpeita ja kehitetään seurakuntien toimintaa.**

Hankkeen rahoittaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Pyydämme Teitä vastaamaan haastatteluun. Vastauksianne käytetään vain tähän tutkimukseen.

Ohje:

Haastattelijä ympyröi valitsemanne vaihtoehdon tai kirjoittaa vastauksen sille varatulle viivalle.

- 1. Sukupuoli:** 1. Nainen 2. Mies
- 2. Ikä:** 1. alle 34 v. 2. 35 - 44 v.
 3. 45 - 54 v. 4. 55 - 64 v.
- 3. Sivilisaatio:** 1. Naimisissa / avoliitossa 2. Naimaton
 3. Eronnut 4. Leski
- 4. Koulutus:** 1. Peruskoulu, kansakoulu 2. Toinen aste
tai keskikoulu (lukio tai ammattikoulu)
 3. Korkeakoulu (amk, yliopisto) 4. Muu? _____
- 5. Asuminen:** 1. Asun yksin 2. Asun puolisoni / perheeni kanssa
 3. Asun alle 18 v. lasteni kanssa 4. Asun asuntolassa tai palvelutalossa
(=yksinhuoltajuus)
- 6. Asumismuoto:** 1. Asun vuokralla 2. Asun omassa asunnossa
 3. Asun tilapäisesti sukulaisten tai ystävieni luona
- 7. Työtilanne:** 1. Olen työtön työnhakija 2. Olen pitkäaikaistyötön (työtön yli 2 v.)
 3. Odotan eläkepäätästä 4. Muu, mikä?

8. Seuraavassa esitetään hyvinvointiasi koskevia väitteitä.

Ilmoita oma mielipiteesi ympyröimällä sopivin vaihtoehto (1 - 5).

	Olen täysin samaa mieltä	Olen osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Olen osittain eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
Oma fyysinen terveyteni on hyvä (= ei sairauksia)	1	2	3	4	5
Oma psyykinen terveyteni on hyvä (= ei psyykkisiä ongelmia)	1	2	3	4	5
Minulla on terveelliset elämäntavat (liikun, syön terveellisesti)	1	2	3	4	5
Minulla on voimavaroja selviytyä elämäntilanteestani	1	2	3	4	5
Oma tai läheiseni sairaus aiheuttaa minulle stressiä	1	2	3	4	5
Minulla on stressioireita: unettomuus, rasittuneisuus, uupumus	1	2	3	4	5
Minulla on päihteiden liikakäyttöä (alkoholi, tupakka...)	1	2	3	4	5
Tunnen itseni usein yksinäiseksi	1	2	3	4	5
Minulla on hyvät suhteet läheisiini (perhe, sukulaiset)	1	2	3	4	5
Minulla on hyvät suhteet naapureihini ja ystäviini	1	2	3	4	5
Taloudellinen tilanteeni on hyvä työttömyydestä huolimatta	1	2	3	4	5
Osaan tarvittaessa hakea apua ammattiauttajilta	1	2	3	4	5
Hengellisyys ja uskonto antavat minulle voimaa	1	2	3	4	5
Seurakunnan toiminta on minulle tärkeää	1	2	3	4	5

<p>9. Millainen terveydentilasi on omasta mielestäsi?</p> <table border="1"> <tr><td>1.</td><td>Hyvä</td></tr> <tr><td>2.</td><td>Melko hyvä</td></tr> <tr><td>3.</td><td>Kohtalainen</td></tr> <tr><td>4.</td><td>Melko huono</td></tr> <tr><td>5.</td><td>Huono</td></tr> </table>	1.	Hyvä	2.	Melko hyvä	3.	Kohtalainen	4.	Melko huono	5.	Huono	<p>10. Kerro tarkemmin, mitä sairauksia tai terveysongelmia sinulla on?</p>														
1.	Hyvä																								
2.	Melko hyvä																								
3.	Kohtalainen																								
4.	Melko huono																								
5.	Huono																								
<p>11. Mitkä tekijät lisäävät tai edistävät hyvinvointiasi ja terveystäsi?</p>																									
<p>12. Mitkä tekijät kuormittavat tai uhkaavat hyvinvointiasi ja terveystäsi?</p>																									
<p>13. Millaiseen hyvinvointia ja terveystä edistävään seurakunnan toimintaan haluaisit itse osallistua? Valitse vaihtoehtoista 1-3.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kyllä</th> <th>Ei</th> <th>En tiedä</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ryhmään, jossa puhutaan hengellisistä asioista</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Ryhmään, jossa saan osallistua ja toimia itse</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Ryhmään, jossa puhutaan terveydestä ja sairauksien ennalta ehkäisystä</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Vapaaehtoistoimintaan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Retki- ja leiritoimintaan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Kyllä	Ei	En tiedä	Ryhmään, jossa puhutaan hengellisistä asioista	1	2	3	Ryhmään, jossa saan osallistua ja toimia itse	1	2	3	Ryhmään, jossa puhutaan terveydestä ja sairauksien ennalta ehkäisystä	1	2	3	Vapaaehtoistoimintaan	1	2	3	Retki- ja leiritoimintaan	1	2	3
	Kyllä	Ei	En tiedä																						
Ryhmään, jossa puhutaan hengellisistä asioista	1	2	3																						
Ryhmään, jossa saan osallistua ja toimia itse	1	2	3																						
Ryhmään, jossa puhutaan terveydestä ja sairauksien ennalta ehkäisystä	1	2	3																						
Vapaaehtoistoimintaan	1	2	3																						
Retki- ja leiritoimintaan	1	2	3																						
<p>Mitä muuta hyvinvointiasi edistävää toimintaa toivot?</p>																									
<p>14. Jos seurakunta järjestää terveystä edistävän ryhmän työttömille, miksi Sinä haluat mukaan?</p>																									
<p>15. Mitä odotat ryhmältä?</p>																									
<p>16. Millainen seurakunnan, kaupungin tai järjestöjen toiminta edistäisi hyvinvointiasi ja terveystäsi?</p>																									

17. Jos itse tarvitset tukea hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen diakoniatyöntekijältä, millaista tuki voisi olla?

	Kyllä	Ei	En tiedä
Tukea ja ohjausta terveyteen liittyvissä asioissa	1	2	3
Tukea ja ohjausta terveystalvelujen käytössä	1	2	3
Yhteydenottoa sähköpostitse tai puhelimella	1	2	3
Diakoniatyöntekijän tekemää kotikäyntiä luoksenne	1	2	3
Diakoniatyöntekijän tapaamista diakoniatuimistolla	1	2	3
Yhteistyötä terveystuimen kanssa terveyteeni liittyvissä asioissa	1	2	3
Yhteistyötä sosiaalituimen kanssa hyvinvointiini liittyvissä asioissa	1	2	3
Yhteistyötä työvoimatuimiston kanssa työllisyyteeni liittyen	1	2	3

18. Miten diakoniatyöntekijät voivat edistää terveyttäsi?

19. Mitä muuta haluat sanoa?

20. Haastattelijan huomiot ja lisäykset:

Liite 3. Kyselylomake ikääntyneille

Kysely ikääntyneille henkilöille

Syksy 2011

Kaupunki:

Tämä kysely liittyy Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) hankkeeseen, jossa selvitetään **ikäntyneiden henkilöiden terveyden edistämisen tarpeita ja kehitetään seurakuntien toimintaa**. Hankkeen rahoittaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Pyydämme Teitä vastaamaan kyselyyn. Vastauksianne käytetään vain tähän tutkimukseen.

Ohje: Vastatkaa kysymyksiin ympäröimällä oikeaksi katsomanne vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle.

1. Vastaajan sukupuoli: 1. Nainen 2. Mies
2. Vastaajan ikä: 1. 60 - 74 v. 2. 75 - 84 v. 3. 85 v. tai enemmän
3. Asumismuoto: 1. Asun puolison kanssa 2. Asun yksin 3. Asun palvelutalossa tai hoitokodissa
 4. Asun muualla, missä?

4. Seuraavassa esitetään hyvinvointia koskevia väitteitä.

Ilmoittakaa oma mielipiteenne ympäröimällä sopivin vaihtoehto (1 - 5).

	Olen täysin samaa mieltä	Olen osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Olen osittain eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
Oma fyysinen terveyteni on hyvä (= ei todettuja sairauksia)	1	2	3	4	5
Oma psyykinen terveyteni on hyvä (= ei mielen ongelmia)	1	2	3	4	5
Minulla on terveelliset elämäntavat	1	2	3	4	5
Minulla on päihteiden liikkäyttöä (alkoholi, tupakka...)	1	2	3	4	5
Tunnen itseni usein yksinäiseksi	1	2	3	4	5
Taloudellinen tilanteeni on hyvä	1	2	3	4	5
Saan tarvittaessa tukea lapsiltani tai sukulaisiltani	1	2	3	4	5
Saan tarvittaessa tukea naapureilta tai ystäviltä	1	2	3	4	5
Osaan tarvittaessa hakea apua ammattiauttajilta	1	2	3	4	5
Hengellisyys ja uskonto antavat minulle voimaa	1	2	3	4	5
Seurakunnan toiminta ja kirkkovuoden juhlat ovat minulle tärkeitä	1	2	3	4	5
Asuinympäristöni on turvallinen ja sopiva ikääntyneille	1	2	3	4	5

5. Mitkä tekijät lisäävät tai edistävät terveyttänne?

6. Mitkä tekijät kuormittavat tai uhkaavat terveyttänne?

7. Millaiseen hyvinvointia ja terveyttä edistävään seurakunnan toimintaan haluaisitte itse osallistua?
Valitkaa vaihtoehtoista 1-3.

	Kyllä	Ei	En tiedä
Tilaisuuksiin, joissa puhutaan hengellisistä asioista	1	2	3
Ryhmään, jossa tuetaan toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä	1	2	3
Ryhmään, jossa puhutaan terveydestä ja sairauksien ennalta ehkäisystä	1	2	3
Ryhmään, jossa on toimintaa ja yhdessäoloa yksinäisille	1	2	3

8. Millainen seurakunnan, kunnan tai järjestöjen toiminta edistäisi Teidän hyvinvointianne ja terveyttänne?

9. Jos Te itse tarvitsette tukea hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen diakoniatyöntekijältä, millaista tuki voisi olla? Valitkaa vaihtoehtoja 1-3.

	Kyllä	Ei	En tiedä
Tukea ja ohjausta terveyteen liittyvissä asioissa	1	2	3
Tukea ja ohjausta terveyspalvelujen käytössä	1	2	3
Yhteydenottoa sähköpostitse tai puhelimella	1	2	3
Diakoniatyöntekijän tekemää kotikäyntiä luoksenne	1	2	3
Diakoniatyöntekijän tapaamista diakoniatuimistolla	1	2	3
Diakoniatyöntekijän yhteistyötä kotihoidon kanssa terveyteeni liittyen	1	2	3

10. Miten diakoniatyöntekijät voivat edistää terveyttänne?

Kiitos!

Liite 4. Kyselylomake seurakuntien diakonisoille

KYSELY SEURAKUNTIEN SAIRAANHOITAJA-DIAKONISOILLE

Seurakunta: _____

Tämä kysely liittyy Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) hankkeeseen, jossa selvitetään diakonisojen roolia ja toimijuutta kokonaisvaltaisen terveyden edistäjinä seurakunnissa, laitospäristöissä ja niiden yhteistyöverkostoissa. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää diakoniseen hoitotyöhön liittyvää kokonaisvaltaista lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyden edistämistä. Kokonaisvaltaisella terveydellä tarkoitetaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä henkisen ja hengellisen terveyden kokonaisuutta. Hankkeen rahoittaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastauksia käytetään vain tähän tutkimukseen. Kyselylomake palautetaan oheisessa kirjekuoressa. Hankkeeseen liittyviin kysymyksiin vastaa Diakonia-ammattikorkeakoulun puolesta projektipäällikkö Lea Rättyä, puh. 040 765 8735, s-posti: lea.rattya@diak.fi ja tutkija-kehittäjä Helena Kotisalo, puh. 040 508 9269, s-posti: helena.kotisalo@diak.fi

Koulutus- ja työhistoria:

1. Valmistunut sairaanhoitaja-diakonissaksi vuonna _____
2. Työkokemus
a) Hoitotyö _____ vuotta
b) Diakoniatyö _____ vuotta
c) Muu, mikä? _____ vuotta
3. Nykyinen työtehtävä seurakunnassa:
4. Työn painopistealue diakoniatyössä työnjaon mukaan (valitse 1-2 vaihtoehtoa)
a) Vanhustyö ___ b) Mielenterveystyö ___ c) Päihdetyö ___ d) Perhetyö ___ e) Vammaistyö ___
f) Joku muu, mikä? _____
5. Millaisia terveyden edistämisen valmiuksia diakonissan koulutus on Sinulle antanut?
6. Miten hoitotyön ja terveyden edistämisen osaamisesi ilmenee diakoniatyössä?
7. Mitkä ovat mielestäsi
a) lapsiperheiden kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen tarpeet?
b) työikäisten kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen tarpeet?
c) ikääntyneiden kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen tarpeet?

8. Mitä valmiuksia Sinulla on
- a) lapsiperheiden kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseen?
 - b) työikäisten kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseen?
 - c) ikääntyneiden kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseen?
9. Mitä mahdollisuuksia diakoniatyöllä mielestäsi on edistää asiakkaiden/seurakuntalaisten/kuntalaisten kokonaisvaltaista terveyttä?
10. Minkälaista terveyden edistämiseen liittyvää yhteistyötä teet työssäsi?
11. Millaista terveyden edistämiseen liittyvää koulutusta tarvitset?
12. Miten kokemuksesi mukaan hengellinen elämä tukee asiakkaasi terveyttä?
13. Mikä merkitys hengellisyydellä on mielestäsi ihmisen terveydelle?
14. Miten diakonista hoitotyötä ja terveyden edistämistä voidaan mielestäsi kehittää seurakuntatyössä?

KIITOS VASTAUKSISTA!

Liite 5. Kyselylomake diakonissalaitosten diakonissoille

KYSELY OULUN JA HELSINGIN DIAKONISSALAITOSTEN SAIRAANHOITAJA-DIAKONISSOILLE

Tämä kysely liittyy Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) hankkeeseen, jossa selvitetään diakonissojen roolia ja toimijuutta kokonaisvaltaisen terveyden edistäjinä seurakunnissa, laitosympäristöissä ja niiden yhteistyöverkostoissa. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää diakoniseen hoitotyöhön liittyvää kokonaisvaltaista lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyden edistämistä. Kokonaisvaltaisella terveydellä tarkoitetaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä henkisen ja hengellisen terveyden kokonaisuutta. Hankkeen rahoittaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastauksia käytetään vain tähän tutkimukseen. Kyselylomake palautetaan oheisessa kirjekuoressa. Hankkeeseen liittyviin kysymyksiin vastaa Diakonia-ammattikorkeakoulun puolesta projektipäällikkö Lea Rättyä, s-posti: lea.rattya@diak.fi, puh. 040 765 8735 ja tutkija-kehittäjä Helena Kotisalo, s-posti: helena.kotisalo@diak.fi puh. 040 508 9269.

Koulutus- ja työhistoria:

1. Valmistunut sairaanhoitaja-diakonissaksi vuonna _____
2. Työkokemus a) Hoitotyö _____ vuotta
 b) Diakoniatyö _____ vuotta
 c) Muu _____ vuotta, mitä? _____
3. Nykyinen työtehtävä Oulun tai Helsingin Diakonissalaitoksella:
4. Millaisia terveyden edistämisen valmiuksia diakonissan koulutus on Sinulle antanut?
5. Miten diakoninen osaamisesi ilmenee hoitotyössä ja terveyden edistämisessä?
6. Miten määrittelet terveyden edistämisen käsitteen? (Tämä kysymys vain HDL:n diakonissoilla)
7. Millaisia kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen tarpeita asiakkailla/potilailla mielestäsi on?
8. Miten mielestäsi lapsiperheiden kokonaisvaltaista terveyttä voidaan edistää?
9. Millaisia hoitotyön menetelmiä olet käyttänyt terveyden edistämisessä?
10. Millainen toiminta/palvelu tukee mielestäsi lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden kokonaisvaltaista terveyttä Oulun tai Helsingin Diakonissalaitoksella?
11. Miten olet voinut käyttää diakonisen hoitotyön osaamistasi moniammatillisessa työryhmässä?
12. Millaista terveyden edistämiseen liittyvää koulutusta tarvitset hoitotyössä?
13. Miten diakonista hoitotyötä ja terveyden edistämistä voidaan mielestäsi kehittää laitosympäristössä?

KIITOS VASTAUKSISTA!

Liite 6. Kyselylomake yhteistyökumppaneille



Terve sielu terveessä ruumiissa – hanke

KYSELY YHTEISTYÖKUMPPANEILLE

Arvoisa vastaanottaja - yhteistyökumppani!

Tämä kysely liittyy Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) hankkeeseen ”Terve sielu terveessä ruumiissa –diakonissat terveyden edistämisen toimijoina”. Hanke ajoittuu vuosille 2011-2013 ja sitä rahoittaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Hankkeessa on mukana kausi seurakuntaa, Iisalmen, Keski-Porin ja Perhon seurakunnissa edistetään lapsiperheiden terveyttä, Karjasillan seurakunnassa (Oulussa) edistetään työikäisten terveyttä, Seinäjoen ja Espoonlahden seurakunnissa (Espoossa) edistetään ikääntyneiden terveyttä.

Seurakuntien diakoniatyöntekijöinä toimivat diakonissat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Terveydenhuollon ammattihenkilöinä he osaavat toimia myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä. Paikallinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutus parhaimmillaan eri toimijoiden yhteistyönä (Terveydenhuoltolaki 2011). Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää diakoniatyön yhteistyökumppaneilta paikallisen terveyden edistämistyön toteutumista. Tavoitteena on kehittää eri toimijoiden keskinäistä yhteistyötä. Yhteystietonne (s-postit) olemme keränneet hankkeessa mukana olevien seurakuntien yhteyshenkilöiden kautta.

Vastauksianne käytetään vain tiissä hankkeessa tehtävään tutkimukseen ja paikalliseen kehittämistyöhön. Vastauksen tietoja ja vastauksia käsitellään tutkimusetiittisten periaatteiden mukaan. Vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen, mutta jokainen vastaus on arvokas paikallisen yhteistyön kehittämisen kannalta. Pyydämme, että vastaatte tähän sähköiseen kyselyyn 1.11.2012 mennessä. Kiitos yhteistyöstä ja vaivannäöstä!

Lisätietoja kyselystä antavat tutkija-kehittäjä Helena Kotisalo (helena.kotisalo@diak.fi) ja projektipäällikkö Lea Rättö (lea.rattö@diak.fi).

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

1. Paikkakunta, jossa olet työssä: *

- a. Pori
 b. Perho
 c. Iisalmi
 d. Oulu
 e. Espoo
 f. Seinäjoki
 g. Muu, mikä? _____

2. Järjestö/yhteisö/toimija/organisaatio, jota edustat: *

Kirjoita avoimeen kenttään:

PAIKALLISEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN TOTEUTUMINEN

3. Mitä edustamasi organisaatio tekee paikkakunnallanne...

Valitse vaihtoehdoista (a-d) sopivat ja kerro tarkemmin avoimiin kenttiin:

- a. Lapsiperheiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi? _____

- b. Työikäisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi? _____
- c. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi? _____
- d. Muu toiminta? _____

4. Miten usein Sinä teet yhteistyötä seurakunnan diakoniasan kanssa? *

Valitse yksi vaihtoehto (a-d):

- a. Säännöllisesti (esim. useita kertoja vuodessa)
- b. Tarvittaessa (esim. kerran vuodessa)
- c. Harvoin (esim. muutaman vuoden välein)
- d. Ei lainkaan

5. Jos Sinä teet / organisaationne tekee yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi diakoniasan kanssa, kerro konkreettisia esimerkkejä yhteistyön sisällöistä.

PAIKALLISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

6. Millaista yhteistyötä haluat / organisaationne haluaa tehdä seurakunnan diakoniasan kanssa lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyden edistämiseksi? *

Arvioi vaihtoehdot (a-j) asteikolla: kyllä, ei, en osaa sanoa.

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
a) Koulutuksen järjestäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Terveyttä ja hyvinvointia edistävät tapahtumat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Terveyttä edistävän materiaalin tuottaminen ja/tai jakaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vertaistoiminta (esim. ryhmät, leirit, retket...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Koti- tai laitospöydykset yhdessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Osallistumismahdollisuuksien lisääminen (esim. vapaaehtoisuus, osallisuus, yhteisöllisyys...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tiedottaminen toiminnasta ja palveluista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Yhteistyökokoukset ja/tai neuvottelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Yhteydenpito ihmisten/asiakkaiden asioissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Tiedonkeruu ja/tai asiakaskyselyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jos valitit kysymyksessä 6 johonkin kohtaan "kyllä", kerro avoimeen kenttään esimerkkejä yhteistyöstä (mitä, miten, millaista, kenen kanssa...).

8. Millaisia esteitä tunnistat yhteistyön toteutumiseksi terveyden edistämistoiminnassa diakoniasa kanssa?

9. Millaista terveyden edistämistoimintaa olet valmis kehittämään yhteistyössä diakoniasa kanssa?

DIAKONISSA TERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMIJANA

10. Millaista terveyden edistämistyötä diakoniasa tekee käsityksesi mukaan?

Valitse vaihtoehtoista (1-3) sopivat ja kirjoita avoimiin kenttiin.

1. Terveyden edistäminen yksilö- ja perhetasolla (ihmiset, perheet):
2. Terveyden edistäminen yhteisön tasolla (ryhmät, alueet, laitokset):
3. Terveyden edistäminen moniammatillisena yhteistyönä?

11. Mitä muuta haluat sanoa aiheesta "diakoniasa terveyden edistämisen toimijana"?

12. Mitä muuta haluat kertoa paikallisesta yhteistyöstä eri ikäryhmien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi?



Kiitos vastauksistasi. Paina "Lähetä".

Liite 7. Kyselylomake Helsingin Diakonissalaitoksen diakonisoille

Kysely Helsingin diakonissalaitoksen palveluksessa toimiville diakonisoille

Tämä kysely liittyy Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) **Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina** -hankkeeseen (v. 2011–2013).

Kyselyn tavoitteena on selvittää **HDL:n diakonissojen erityisosaamista**, jonka diakonissa itse tunnistaa käytännön tilanteissa. Lisäksi hankkeeseen osallistuneilta kysytään **arviointia hankkeen kehittämistoiminnasta**. Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta tutkimuksen ja kehittämisen kannalta merkityksellistä.

Pyydämme, että talletat itsellesi tämän kyselylomakkeen ja sen jälkeen vastaat kysymyksiin. Värillisiin laatikoihin tulee uusia rivejä kirjoittaessasi. Talleta täytetty kyselylomake ja palauta se sähköpostin liitteenä **27.3.2013 mennessä** Helena Kotisalolle. Lisätietoja kyselystä tai hankkeesta saat meiltä hankkeen työntekijöiltä.

Kiitos yhteistyöstä!

Lea Rättyä, projektipäällikkö (lea.rattya@diak.fi)
Helena Kotisalo, tutkija-kehittäjä (helena.kotisalo@diak.fi)

Kysymykset:

1. Kuvaava lyhyesti HDL:n yksiköstäsi/työyhteisöstäsi tilanne (tai useampia tilanteita), jossa diakonissan erityisosaamisesi ilmeni käytännössä. Arvioi tämän jälkeen, mitä tämä erityisosaamisesi oli, miten se ilmeni, mikä vaikutus sillä oli, mitä kirjasisit, miksi toimit niin kuin toimit? Painotus ei ole asiakkaassa tai tilanteen kuvaamisessa vaan oman toimintasi arvioimisessa.
2. Millaista uutta toimintatapaa olet kehittänyt / valmis kehittämään omassa yksikössäsi hankkeen aikana (v. 2011–2013)? Hankkeen esitteen mukaan: ”HDL:lla diakonissat vahvistavat konsernin eri yksiköissä potilaiden osallisuutta ja kehittävät kokonaisvaltaista terveyttä tukevia toimintatapoja”.
3. Jos olet osallistunut hankkeessa käynnistettyyn HDL:n vertaisryhmään (ns. % -liike), kerro kokemuksistasi ja odotuksistasi.
4. Mitä muuta haluat kertoa?

Osa 2

1 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TOIMINTAYMPÄRISTÖT

Tässä julkaisun toisessa osassa kuvataan Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) **Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina** -tutkimus- ja kehittämishankkeen toimintaympäristöjä ja hankkeen eri vaiheita. Lisäksi tässä raportoidaan, millaisia terveyden edistämisen ammattikäytäntöjä hankkeessa kehitettiin ja juurrutettiin sekä arvioidaan hanketta suhteessa sille asetettuihin tavoitteisiin. Diak sai kolmen vuoden (1.3.2011–28.2.2014) ajan hankerahoitusta Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL). Sosiaali- ja terveysministeriö jakaa lakiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009/333) perustuvaa terveyden edistämisen määrärahaa THL:n valitseville hankkeille.

Hankkeen toimintaympäristöinä oli kuusi erilaista seurakuntaa ja kaksi yksityistä diakonissalaitosta. Hankkeen yhteyshenkilöinä seurakunnissa ja laitoksissa toimi yhteensä kymmenen diakonissaa. Kaikilla heillä oli pitkä työkokemus diakoniatyöstä tai hoitotyöstä (liite 1, taulukko 1). Yhteyshenkilöt toimivat paikallisina terveyden edistämisen kehittäjinä ja koordinaattoreina. Pienen seurakunnan näkökulmaa hankkeessa edusti Perho, keskisuuria Iisalmi ja Keski-Pori sekä suuria seurakuntia Karjasilta, Seinäjoen alue seurakunta ja Espoonlahti. Laitoksista hankkeessa olivat mukana Oulun ja Helsingin Diakonissalaitokset.

1.1 Hankeseurakunnat toimintaympäristöinä

Hankeseurakuntien yhteyshenkilöinä toimineilla diakonissoilla oli jo hankkeen käynnistyessä tehtäviä lapsiperheiden, työikäisten tai ikääntyneiden parissa tehtävässä diakoniatyössä.

Hankeseurakuntien ja alueen kuntien väestötiedot on koottu taulukkoon 1. Kirkon tilastot kuvaavat evankelis-luterilaisten seurakuntien jäsenten ja diakonian virkojen määrän. Kuntatilastot kertovat kunnan alueella asuvien kuntalaisten määrän. (Kirkkohallitus 2013; Huokuna, Hiedanpää, Karri, Lantta, Tiensuu & Tynkkynen 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Perho on alle 3000 asukkaan kunta. Se sijaitsee Keski-Pohjanmaan maakunnassa, ja kirkollisesti Perho on Oulun hiippakunnan eteläisin seurakunta. Iisalmi ja Keski-Porin seurakunnat ovat kooltaan keskisuuria. Iisalmen seurakunta (jäseniä yli 18 000) liitettiin vuonna 2011 osaksi Ylä-Savon seurakuntayhtymää. Se kuuluu Pohjois-Savoon ja Kuopion hiippakuntaan. Keski-Porin seurakunta (jäseniä yli 20 000) kuuluu Porin seurakuntayhtymään. Se sijaitsee Satakunnassa ja kuuluu Turun arkkihiippakuntaan.

Suurimpia hankeseurakuntia ovat Karjasilta, Seinäjoen alueseurakunta ja Espoonlahti. Karjasillan seurakunta (jäseniä lähes 35 000) kuuluu Oulun evankelis-luterilaiseen seurakuntayhtymään ja Oulun hiippakuntaan. Seinäjoen alueseurakunta (jäseniä vajaa 32 000) on osa Seinäjoen seurakuntaa Etelä-Pohjanmaalla, ja se kuuluu Lapuan hiippakuntaan. Espoonlahti (jäseniä runsas 32 000) on puolestaan yksi Espoon evankelis-luterilaisen seurakuntayhtymän seurakunnista, ja se kuuluu Espoon hiippakuntaan.

Diakonian viranhaltijoiden asiakkaina oli vuonna 2012 keskimäärin 2,9 % koko maan väestöstä. Verrattaessa hankeseurakuntien tietoja keskenään olivat erot suuret. Perhon kunnan väestöstä 8,8 % oli diakonian asiakkaina, kun taas Espoossa diakonian asiakkaina oli vain 0,9 % kaupungin väestöstä. Myös diakonian virkojen määrä vaihteli seurakunnan koosta riippuen. Perhossa oli vain yksi diakonian virka, muissa oli useampia. Hankeseurakuntien diakonian viroissa toimi vuonna 2012 yhteensä 23 diakonissaa (diakonian virkoja oli yhteensä 33). Vuonna 2012 kirkon diakonian viroissa oli yhteensä 1 397 diakonian viranhaltijaa, joista yli puolella oli diakonissan koulutus. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Hankepaikkakuntien väestötiedot ja diakoniatyön tilastotietoja vuodelta 2012 (Kirkkohallitus 2013; Huokuna ym. 2012; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013)

Kunta ja ev.lut. seurakunta	Kunnan väkiluku (2012)	Seurakunnan läsnä oleva väestö (2012)	Diakonian asiakkaat (%) kunnan väkiluvusta (2012) *	Diakonian virkoja (2012)	Diakonisojen osuus diakonian viranhaltijoista (2012)
Perho	2 923	2 751	8,8	1	1
Iisalmi	22 135	18 617	4,4	5	3
Pori, Keski-Pori	83 285	20 245	5,3	5	4
Oulu, Karjasilta	190 847	34 879	2,5	7	6
Seinäjoki, alue seurakunta	59 556	31 570	3,5	7	4
Espoo, Espoonlahti	256 824	32 419	0,9	7	4
Hankepaikkakunnat yht.	615 570	140 481		33	23
Koko maa, koko kirkko yht.	5 426 674	4 146 056	2,9	1 397	742

*) Tieto seurakunnan tai seurakuntayhtymän (Oulu, Espoo, Pori, Ylä-Savo) tasolla

THL kokoaa tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANettiin kuntakohtaista tietoa väestöstä ja sen hyvinvoinnista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013). Tilastojen mukaan vuonna 2012 Perhossa 0–6 -vuotiaiden lasten osuus väestöstä oli koko maan keskiarvoa (8 %) selvästi korkeampi. Perhossa oli myös lapsiperheiden osuus perheistä suuri verrattuna koko maan keskiarvoon (39 %). Myös Oulussa ja Espoossa asuu keskimääräistä enemmän pieniä lapsia. Porissa yksinhuoltajaperheiden osuus oli suurempi verrattuna koko maan keskiarvoon (20 %). (Taulukko 2.)

Vuonna 2012 työikäisten, 25–65 -vuotiaiden, osuus hankepaikkakuntien väestöstä oli maan keskiarvoa (53 %) selvästi korkeampi vain Espoossa. Keskiarvon tuntumassa olivat Oulu, Seinäjoki ja Iisalmi. Perhossa työikäisten osuus väestöstä oli vain 44 %. Vaikeasti työllistyvien osuus oli maan keskiarvoa (4 %) suurempi Porissa, Iisalmessa ja Oulussa. Työkyvyttömyyseläkkeellä oli 25–65 -vuotiaista suhteellisesti enemmän Perhossa, Iisalmessa ja Porissa koko maan keskiarvoon (8 %) verrattuna. Vuoden 2012 tietojen mukaan 75 vuotta täyttäneitä oli Iisalmessa, Porissa ja Perhossa enemmän kuin väestössä keskimäärin (8 %). Säännöllisen kotihoidon piirissä (30.11.2012) oli 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista (verrattuna vastaavan ikäiseen väestöön) koko maassa 12 %. Hankeseurakunnista Iisalmessa, Seinäjoella ja Oulussa

sa kotihoidon piirissä oli ikääntyneitä selvästi maan keskiarvoa enemmän. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) (Taulukko 2.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) seuraa väestön sairastavuusindeksiä ja huoltosuhdetta kuntatasolla. Ikävakioidusta sairastavuusindeksistä (100) poikkeavat luvut osoittavat kunnan väestön sairastavuuden indeksiin verrattuna joko suuremmaksi tai pienemmäksi. Tilastojen mukaan Iisalmissa, Perhossa ja Oulussa sairastavuusindeksi on maan keskiarvoon ja muihin hankepaikkakuntiin verrattuna korkea. Demografinen (väestöllinen) huoltosuhte ilmaisee, kuinka monta alle 15-vuotiasta ja 65 vuotta täyttäneitä on sataa 15–64 -vuotiasta (työikäistä) kohti. Mitä enemmän on lapsia tai eläkeikäisiä, sitä korkeampi on huoltosuhteen arvo. Hankepaikkakunnista korkein arvo huoltosuhteessa oli Perhossa, ja alhaisimmat arvot olivat Oulussa ja Espoossa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Hankepaikkakuntia kuvaava väestö- ja hyvinvointitieto (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 2014)

Kunta	0 – 6 –vuotiaat (%) väestöstä (2012)	Lapsiperheet (%) perheistä (2012)	Yksinhuoltajaperheet (%) lapsiperheistä (2012)	25 – 64 -vuotiaat (%) väestöstä (2012)	Vaikkeasti työllistyvät (%) 15-65 –vuotiaista (2012)	Työkyvyttömyyseläkettä saavat 25- 64 -vuotiaat (%) vastaavanikäisestä väestöstä (2012)	75 vuotta täyttäneet (%) väestöstä (2012)	Säännöllisen kotihoidon piirissä 75 vuotta täyttäneet asiakkaat (%) vastaavanikäisestä väestöstä (2012)	Huoltosuhte, demografinen (2012)	THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioidu 2008 -2010
Perho	13	44	7	44	3	12	9	12	79	116
Iisalmi	7	37	20	52	5	11	10	17	57	125
Pori	7	37	23	51	6	10	10	11	58	95
Oulu	9	44	20	52	5	8	6	14	48	114
Seinäjoki	9	42	18	52	3	8	7	15	54	94
Espoo	10	47	20	55	2	4	5	9	47	76
Koko maa	8	40	20	53	4	8	8	12		100

Yhteenvetona voidaan hankeseurakunnista todeta, että **Perhossa** on paljon lapsia ja lapsiperheitä, mutta toisaalta myös maan keskiarvoon verrattuna enemmän ikääntyneitä. Perhossa on keskimääräistä vähemmän työikäisiä, mutta he työllistyvät melko hyvin. Perhossa työikäisiä on työkyvyttömyyseläkkeellä maan keskiarvoon nähden enemmän, lisäksi huoltosuhde ja sairastavuusindeksi ovat siellä melko korkeat. **Iisalmen** erityispiirteenä on 75 vuotta täyttäneiden ikääntyneiden ja vaikeasti työllistyvien työikäisten keskimääräistä suurempi osuus väestössä. Työikäisistä on työkyvyttömyyseläkkeellä keskimääräistä useampi, ja sairastavuusindeksi on muihin hankepaikkakuntiin verrattuna korkea. Ikääntyneet ovat Iisalmissa kuitenkin melko kattavasti säännöllisen kotihoidon palvelujen piirissä.

Porissa on pieniä lapsia ja lapsiperheitä maan keskiarvoa vähemmän. Ikääntyneitä siellä on keskimääräistä enemmän. Porissa yksinhuoltajaperheiden ja vaikeasti työllistyvien työikäisten osuus on keskimääräistä suurempi. Porilaisista työikäisistä on työkyvyttömyyseläkkeellä keskimääräistä useampi henkilö. **Oulussa** lapsiperheiden ja vaikeasti työllistyvien työikäisten osuus väestössä on keskimääräistä suurempi. Kaupungissa on melko korkea sairastavuusindeksi, mutta huoltosuhde on kuitenkin melko hyvä. Lapsiperheiden ja työikäisten terveyden edistämisen näkökulmasta nämä väestötiedot haastavat Keski-Porin, Perhon, Iisalmen ja Karjasillan seurakuntien lapsi- ja diakoniatyötä yhteistyöhön ja paikallisia toimijoita kehittämään yhteistyökäytäntöjä lapsiperheiden ja työikäisten voimavarojen ylläpitämiseksi.

Seinäjoen väestössä on pieniä lapsia, lapsiperheitä, työikäisiä ja ikääntyneitä tasaisesti. Ikääntyneistä, 75 vuotta täyttäneistä, suhteellisen iso osa on säännöllisen kotihoidon piirissä. **Espoon** lapsiperheiden ja työikäisten osuudet väestöstä ovat maan keskiarvoa selvästi korkeammat. Espoossa työikäiset työllistyvät melko hyvin, huoltosuhde on melko hyvä ja sairastavuusindeksi on alhainen. Lisäksi 75 vuotta täyttäneitä on suhteessa kaupungin väestöön melko vähän. He eivät kuitenkaan ole säännöllisen kotihoidon piirissä niin kattavasti kuin maassa keskimäärin. Seinäjoen seurakunnan ja Espoonlahden seurakunnan diakoniatyössä on perusteltua kehittää diakonisojen ja kotihoidon henkilökunnan yhteistyökäytäntöjä. Yhteistyö koskee erityisesti 75 vuotta täyttäneiden ja yksin kotona asuvien ikääntyneiden toimintakyvyn, voimavarojen ja yhteisöllisyyden ylläpitämistä. Ajankohtaisena yhteisenä haasteena on uuden vanhuspalvelulain (2013) edellyttämä kokonaisvaltainen palvelutarpeen arviointi.

1.2 Oulun ja Helsingin Diakonissalaitokset toimintaympäristöinä

Oulun Diakonissalaitos edusti hankkeessa yksityistä pohjoissuomalaista konsernia ja Helsingin Diakonissalaitos puolestaan yksityistä konsernia pääkaupunkiseudulta. Oulun Diakonissalaitoksella (ODL) hanke rajattiin ikään-tyneiden terveyden edistämiseen. Yhteyshenkilönä toimi ensin hoitotyön asiantuntija ja myöhemmin palvelujohtaja. Helsingin Diakonissalaitoksella (HDL) hanke rajattiin ensin lapsiperheiden terveyden edistämiseen ja yhteyshenkilö oli lapsi- ja perhetyön johtaja. Hanke kohdentui myöhemmin koko konserniin, jolloin hankkeen yhteyshenkilöksi tuli johtava diakonissa. Helsingin Diakonissalaitos (HDL) on perustettu vuonna 1867 saksalaisen Kaiserswerthin evankelisen diakonissalaitoksen esikuvan mukaan. Suomen ensimmäisessä diakonissalaitoksessa hoidettiin sairaita, autettiin köyhiä, huolehdittiin kodittomista lapsista ja koulutettiin diakonissoja. Nykyinen Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä näiden alojen koulutusta. HDL:n toimintaa ohjaavat kristillinen lähimmäisenrakkaus ja ihmisarvo. Säätiön yleishyödyllinen toiminta sisältää diakoniapalvelut, koulutuspalvelut, kehittämisspalvelut sekä sisäiset palvelut, joihin kuuluu esimerkiksi sielunhoito- ja yhteisöpalvelut. HDL:n tytäryhtiöistä ovat merkittävimmät Diacor terveystalot Oy ja Hoiva Oy. (Helsingin Diakonissalaitos 2011). Koko HDL:n konsernin palveluksessa on noin 1600 työntekijää. Heistä diakonissoja oli vuonna 2012 yhteensä 16. Diakonissat toimivat erilaisissa hoitotyön tehtävissä muun muassa lähiesimiehinä, opettajina ja sairaanhoitajina. (Strandberg 2013.)

Oulun Diakonissalaitos (ODL) perustettiin vuonna 1896 lähimmäisenrakkauden hengessä kouluttamaan diakonissoja erityisesti Pohjois-Suomeen palvelemaan alueen sairaita, köyhiä ja muuten apua tarvitsevia ihmisiä. Nykyisin Oulun Diakonissalaitoksen säätiö tarjoaa asumis- ja kotipalveluita, ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia palveluita sekä koulutus- ja kehittämisspalveluita kaiken ikäisille. (Oulun Diakonissalaitos 2013.) Tämän hankkeen käynnistyessä vuonna 2011 ODL:n palveluksessa oli 11 diakonissaa. Vuoden 2011 aikana ODL myi osan terveystalostaan Terveystalo Oy:lle, jonka jälkeen henkilökuntaa laitoksessa oli noin 400, ja heistä oli diakonissoja vain muutamia.

Hanke rajattiin koskemaan ODL:n palvelukoteja (Vesper-koti, Hoivakoti Pieni Pelakuu Oy ja Sotainvalidien Veljeskoti), joissa asuu noin 120 vanhusta. Palvelukotien asukkaita yhdistää ympärivuorokautisen hoivan ja tuen tarve. Jokaisen asukkaan hoito suunnitellaan yksilöllisesti yhdessä asukkaan ja hänen omaisensa kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa otetaan huomioon asukkaan toiveet ja odotukset. Palvelukotien yhteisöllisyyttä ja vanhusten osallisuutta painotetaan osana asumisyhteisöjen elämää. (Oulun Diakonissalaitos 2013; Räinen 2013.)

Diakonissalaitoksissa oli tavoitteena kehittää asiakkaiden ja potilaiden hyvää kokonaisuhoitoa ja tukea diakonisoja terveyden edistäjinä. Oulun Diakonissalaitoksella kehitettiin kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen liittyen kirjaamista ja laitoksen yhteisöllisyyttä. Helsingin Diakonissalaitoksella vahvistettiin konsernin eri yksiköissä toimivien diakonisojen kokonaisvaltaista terveyden edistämisen osaamista ja diakonista asiantuntijuutta.

2 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN ETENEMINEN PROSESSINA

Terveysalalla käytetään käsitteitä ”tutkiva kehittäminen” ja ”tutkimus- ja kehittämistoiminta”. Kehittäminen tapahtuu usein hankkeissa, jotka ovat aikataulutettuja tehtävien kokonaisuuksia. Hankkeissa tutkimus ja kehittäminen voidaan ymmärtää sisäkkäisinä tapahtumina, jolloin kehittämishanke sisältää useampia tutkimusosioita. Kehittämistoimintaa kuvataan eri teorioissa vaihteittain etenevänä lineaarisena prosessina tai kehittämissyklinä (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 24–25).

Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa on hyödynnetty Engeströmin (1987) ekspansiivisen oppimisen teoriaan perustuvaa toimintamallia. Peltö-Huikko, Karjalainen ja Koskinen-Ollonqvist (2006) ovat muokanneet alkuperäistä mallia. He ovat soveltaneet toimintamallia myös terveyden edistämisen hankkeiden arviointiin. Mallissa kuvataan neljä vaihetta, joiden mukaan kehittäminen etenee sykleinä (kuvio 1). Hankkeen etenemistä vuosina 2009–2014 on kuvattu lisäksi tämän luvun lopussa vaihteittain etenevänä prosessina (kuvio 2).



KUVIO 1. Hankkeen vaiheet Engeströmin (1987) teoriaa soveltaen (ks. Pelto-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006)

Mallin ensimmäisessä vaiheessa todetaan kehittämistarve. Ajatus kehittämisestä lähtee todellisen, havaitun kehittämistarpeen tai tyytymättömyyden pohjalta. Syntyneeseen tarpeeseen ei ole olemassa valmista ratkaisua tai vanhaa toimintatapaa ei pystytä muuttamaan. (Pelto-Huikko ym. 2006, 45.) Kehittämistarve voi saada alkunsa myös terveydenhuollon valtakunnallisista ohjelmista tai lainsäädännöstä (Heikkilä ym. 2008, 60). Tämän hankkeen taustalla oli tarve kehittää diakoniatyön ammattikäytäntöjä diakonian asiakkaiden terveyden edistämiseksi, sekä tarve selvittää diakonissojen roolia terveyden edistämisen toimijoina. Hankkeen valmistelu käynnistyi vuonna 2009 osana Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) Kirkkotutkimusohjelmaa. Hankkeen valmistelijoina ja suunnittelijoina toimivat Diakin lehtorit, joilla on sairaanhoitaja-diakonissan koulutus ja työkokemusta diakoniatyöstä.

Toisessa vaiheessa käynnistyy hankkeen suunnittelu ja kehittäminen. Kehittämisen kohde selkiytyy ja rajautuu sekä motivaatio kehittämiseen syntyy. Selkeän hankesuunnitelman laatiminen auttaa tavoitteiden ja päämäärän asettamisessa. Konkreettinen kehittäminen alkaa vasta, kun suunnittelu on saatu päätökseen. Tämä toinen vaihe (sykli) on pääosin hanketoimi-

joiden vastuulla. (Pelto-Huikko ym. 2006, 46; Heikkilä ym. 2008, 64–69.) Hankkeen suunnitteluvaiheessa valmistelijat tekivät tutkimussuunnitelman ja hankehakemuksen. Se lähetettiin kesäkuussa 2010 Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL). Helsingin Diakonissalaitos oli rahoittanut tutkimussuunnitelman tekemistä. Tutkimus- ja kehittämishanke sai nimen ”Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina”.

Hankkeen valmistelijat olivat yhteydessä diakonian hiippakuntasihteerihin. He esittivät oman hiippakuntansa alueelta hankkeeseen sopivia seurakuntia. Hankkeeseen mukaan tulleet seurakunnat rajasivat terveyden edistämisen näkökulmaksi joko lapsiperheet, työikäiset tai ikääntyneet. Hankkeeseen ilmoittautui mukaan kuusi seurakuntaa (Keski-Pori, Iisalmi, Perho, Muonio, Espoonlahti ja Iisalmi). Myöhemmin Muonio jäi pois hanketyhteistyöstä, ja tilalle tuli Seinäjoki. Helsingin Diakonissalaitos oli mukana jo hankkeen valmisteluvaiheessa. Laitosten näkökulmaa laajennettiin pyytämällä Oulun Diakonissalaitosta mukaan hankkeeseen.

Diak sai THL:stä tiedon rahoituspäätöksestä tammikuussa 2011, jonka jälkeen valittiin hankkeen työntekijät. Projektipäällikön tehtävänä oli toimia ohjausryhmän kokoonkutsujana, hankkeen koordinoijana ja vastaavana tutkijana. Tutkija-kehittäjän tehtävänä oli toimia tutkimus- ja kehittämistehtävissä sekä ohjausryhmän sihteerinä. Hankkeen työntekijät yhdessä hankkeesta vastaavan, silloisen kirkkotutkimusohjelman johtajan kanssa, nimesivät hankkeelle ohjausryhmän (liite 1, taulukko 2). Ohjausryhmä kokoontui kaksi kertaa vuodessa, yhteensä kuusi kertaa koko hankkeen aikana. Kokoukset pidettiin joko Helsingissä tai ac -yhteyksillä tietokoneen välityksellä. Ohjausryhmälle raportoitiin säännöllisesti tutkimus- ja kehittämishankkeen etenemistä.

Hankeyhteistyö käynnistyi keväällä 2011 kuuden seurakunnan ja kahden diakonissalaitoksen kanssa. (Liite 1, taulukko1.) Hankeseurakunnat ja Diak allekirjoittivat yhteistyösuunnitelmat (liite 2). Hankkeen työntekijät järjestivät paikalliset hankepalaverit kutsuen koolle seurakunnan diakonia-työntekijät ja mahdolliset yhteistyökumppanit. Ensimmäisenä vuonna selvitettiin diakonian asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeita ja diakonissojen terveyden edistämisen valmiuksia seurakunnissa ja Diakonissalaitoksilla (ODL ja HDL). Alustavat tulokset esitettiin paikallisissa hankepalaverissa. Niiden pohjalta kehitettiin lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyden edistämistä paikallisen yhteistyön voimin. Kahdessa seu-

rakunnassa järjestettiin myös terveyden edistämiseen liittyviä koulutuksia. Syyskuussa 2011 oli kansainvälinen Terve sielu terveessä ruumiissa -seminaari Oulussa, johon osallistui hankkeen yhteyshenkilöiden, paikallisten toimijoiden ja Diakin opiskelijoiden lisäksi kansainvälisen Parish Nursing -verkoston (LPNI) jäseniä.

Vuosien 2011 ja 2012 aikana käynnistyi hankepaikkakunnilla yhteensä 13 opinnäytetyötä. Diakin sairaanhoitaja (AMK) – diakonissaopiskelijat ja sosionomi (AMK) – diakoniopiskelijat valitsivat opinnäytetyön aiheet yhdessä hankkeen työntekijöiden ja yhteyshenkilöiden kanssa niin, että ne sopivat hankkeen tavoitteisiin. Hankkeessa valmistui myös yksi terveyden edistämisen (YAMK) opinnäytetyö. Valmistuneet opinnäytetyöt on koottu liitteeseen 5.

Mallin kolmas vaihe kuvaa varsinaista kehittämistä ja pilotointia. Tässä syklin vaiheessa sovelletaan uutta toimintatapaa tai mallia käytännössä. Suunnitelman pohjalta käytäntöihin soveltaminen edellyttää pilotointia rajatussa ympäristössä. Kokemusten ja palautteiden perusteella toimintamallia tai -tapaa pystytään kehittämään ja muokkaamaan tarvittavaan suuntaan. Yhteistyön avulla voidaan parantaa toimijoiden tietoisuutta ja sitoutumista. (Pelto-Huikko ym. 2006, 47.) Lisäksi Heikkilä ym. (2008, 79) painottavat hankkeen toteutuksen yhteydessä organisoitumisen, aikatauluttamisen, työmäärän arvioimisen ja tehtävien kirjaamisen tärkeyttä.

Hankkeen työntekijät selvittivät vuonna 2012 kyselyllä paikallisten yhteistyökumppaneiden odotuksia diakonissan kanssa tehtävästä terveyden edistämistyöstä. Tuloksia hyödynnettiin yhteistyön ja toimintakäytäntöjen kehittämisessä. Diakonian asiakkailta kerättiin kirjeiden avulla kokemuksia tuen saamisesta ja diakonissoilta kerättiin päiväkirja-aineistoja terveyden edistämisen toteutumisesta seurakunnissa. Erityisesti päiväkirjojen kirjoittaminen havahdutti diakonissat huomaamaan, miten paljon he tekivät yksilö- ja yhteisötasoilla terveyden edistämistä.

Vuonna 2012 seurakuntien ja diakonissalaitosten diakonissojen terveyden edistämisen osaamista tuettiin koulutuksilla ja ohjauksella. Hankeseurakunnissa käynnistettiin yhteistyö paikallisten terveyden edistämisen toimijoiden kanssa. Vuoden aikana koottiin myös valtakunnallinen terveyden edistämisen verkosto, johon tuli mukaan yhteensä 20 diakonissaa eri hiipakunnista. He kokosivat yhdessä hankkeen työntekijöiden kanssa terveystyö -lomakkeen ja diakonissan salkun diakoniatyön käyttöön sekä päi-

vittivät kirkkohallituksen Terveiden edistäminen diakoniatyössä -raporttia (Kirkkohallitus 2009). Helsingin Diakonissalaitoksen diakonissoille tehtiin alkuvuonna 2013 kysely heidän erityisosaamisestaan. Tuloksia esiteltiin HDL:n yhteyspäivillä.

Ohjausryhmällä oli hankkeessa selkeä rooli hankkeen työntekijöiden tukena, toteutuksen arvioijana ja suunnan näyttäjänä. Hankeseurakuntien yhteyshenkilöt, valtakunnallisen terveyden edistämisen verkoston jäsenet ja diakonissalaitosten diakonissat toimivat uusien ammattikäytäntöjen pilotoijina. Tehtävät aikataulutettiin, ja ne kirjattiin hankepalavereiden muistioihin. Kun kehittämistoiminta syventyi paikallisten yhteistyökumppaneiden kanssa, yhteyshenkilöt sitoutuivat hankkeen kehittämistoimintaan paremmin.

Syklän viimeisessä, neljännessä vaiheessa kehittämisen tuloksia vakiinutetaan, käytännön toimintaa juurrutetaan, ja toiminnan tuloksia arvioidaan. Tulosten avulla voidaan käynnistää haluttua toimintaa myös muilla paikkakunnilla. Peltö-Huikon ym. (2006, 48) mukaan kehittämisen dokumentointi on tärkeää. Lisäksi Heikkilä ym. (2008, 88) korostavat systemaattista arviointisuunnitelmaa. Tässä hankkeessa arviointi oli osa hanketta koko sen keston ajan. Hankkeen työntekijät kokosivat palavereista muistiot ja lähettivät ne yhteyshenkilöille. He lähettivät muistiot myös yhteistyökumppaneille. Paikkakuntakohtaisten prosessikuvausten avulla arvioitiin hankkeen tutkimus- ja kehittämistoimintaa ja käytäntöjen juurruttamista paikallisella tasolla.

Vuoden 2013 aikana hankkeen yhteistyökumppanit ja yhteyshenkilöt toimivat ammattikäytäntöjen juurruttajina. Syksyllä 2013 lähetettiin hankkeen itsearviointiin liittyvä Webropol -kysely hankeseurakuntien ja laitosten yhteyshenkilöille, ohjausryhmän jäsenille ja valtakunnallisen terveyden edistämisen verkoston jäsenille. Kyselyn sai yhteensä 35 henkilöä, ja siihen vastasi 24 henkilöä. (Kyselylomake, liite 6.)

Hankkeen työntekijät esittelivät hankkeen tuloksia ja kehitettyjä ammattikäytäntöjä loppuseminaareissa Oulussa 14.10.2013 ja Helsingissä 28.10.2013. Lisäksi hanketyöntekijät esittelivät THL:n Terveiden ja hyvinvoinnin päivässä 29.10.2013 hankkeen tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Marraskuussa 2013 hanke oli esillä myös Englannissa pidetyssä kansainvälisessä Parish Nursing -symposiumissa. Hankkeen työntekijät raportoivat tutkimus- ja kehittämishankkeesta tässä Diakin B -sarjan julkaisussa.

**2009-
2010**

- Tutkimus- ja kehittämistarpeen tunnistaminen.
- Hankkeen valmistelu Diakin yksiköiden ja Diakin kirkkotutkimusohjelman yhteistyönä.
- Helsingin Diakonissalaitoksen taloudellinen tuki tutkimussuunnitelman laadintaan.
- Hankeyhteistyötä suunniteltiin seurakuntien sekä Oulun ja Helsingin Diakonissalaitosten kanssa.
- Diakin hankehakemus THL:lle "Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina" kesäkuussa 2010.

2011

- THL:n päätös hankerahoituksesta 1.3.2011 alkaen.
- Hankkeen projektipäällikkö, tutkija-kehittäjä ja ohjausryhmä aloittivat toimintansa.
- Hankeyhteistyö käynnistettiin ja yhteistyötahojen kanssa allekirjoitettiin yhteistyösuunnitelmat.
- Tutkimuksella selvitettiin diakonian asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeita.
- Tutkimuksella selvitettiin diakonissojen terveyden edistämisen valmiuksia seurakunnissa ja Diakonissalaitoksilla (ODL ja HDL).
- Tutkimustuloksia hyödynnettiin lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyden edistämisen suunnitteluun seurakunnissa.
- Diakin opiskelijoiden hankkeistettuja opinnäytetöitä käynnistyi 10 kpl.
- Kansainvälinen Terve sielu terveessä ruumiissa -seminaari järjestettiin Oulussa.

2012

- Hankeyhteistyöllä ja koulutuksilla tuettiin diakonissoja terveyden edistämistyössä yksilö- ja yhteisötasolla sekä käynnistettiin yhteistyötä paikallisten terveyden edistämisen toimijoiden kanssa.
- Tutkimuksella selvitettiin yhteistyökumppaneiden odotuksia yhteistyöstä diakonissojen kanssa terveyden edistämistyössä ja tuloksia hyödynnettiin paikallisen yhteistyön kehittämisessä.
- Diakin opiskelijoiden hankkeistettuja opinnäytetöitä käynnistyi 3 kpl lisää.
- HDL:n diakonissojen vertaisryhmässä kehitettiin kokonaisvaltaista terveyden edistämistä ja tunnistettiin diakonissojen erityisosaamista (prosenttiryhmä).
- Valtakunnallinen terveyden edistämisen verkosto perustettiin (2–3 diakonissaa/hiippakunta).
- Tutkimuksella selvitettiin diakonian asiakkaiden kokemuksia diakonissojen tuen antamisesta.
- Tutkimuksella selvitettiin diakonissojen terveyden edistämisen toteutumista seurakunnissa

**2013-
2014**

- Valtakunnallisen verkoston työryhmien jäsenet ja hankeseurakuntien yhteyshenkilöt toimivat käytänteiden kehittäjinä. Terveyskysely -lomake ja diakonissan salkku valmistuivat sekä Terveyden edistäminen diakoniatyössä -raporttia päivitettiin.
- Tutkimuksella selvitettiin diakonissojen erityisosaamista HDL:lla. Tulokset olivat esillä HDL:n yhteyspäivillä. Konsernin diakonissat aloittivat etiikan ja hengellisen työn käsikirjojen koonnin.
- Hankeyhteistyössä paikallisten terveyden edistämistyön toimijoiden kanssa juurrutettiin yksilö-, yhteisö- ja yhteistyötasoilla kehitettyjä käytäntöjä.
- Hankkeen sisäinen arviointi toteutettiin kyselyllä.
- Hanketyöntekijät esittelivät tutkimus- ja kehittämistoimintaa hankkeen loppuseminaareissa Oulussa ja Helsingissä sekä THL:n hankepäivässä Helsingissä.
- Hankkeistettuja opinnäytetöitä valmistui 13 ja niitä hyödynnettiin paikallisessa kehittämisessä.
- Diakonissat terveyden edistäjinä -kirja julkaistiin Diakin B sarjassa maaliskuussa 2014.

KUVIO 2. Tutkimus- ja kehittämishankkeen eteneminen prosessina vuosina 2009–2014

3 TERVEYDEN EDISTÄMISEN KEHITTÄMINEN SEURAKUNNISSA JA DIAKONISSALAITOKSISSA

3.1 Yhteistyö lapsiperheiden ja työikäisten terveyden edistämisessä

Perhon seurakunnan diakonissa kiinnostui hankkeesta jo sen valmisteluvaiheessa ja vei hankkeen osaksi diakoniatyön toimintasuunnitelmaa. Keväällä 2011 ensimmäisessä hankepalaverissa selvitettiin lapsiperheiden tilannetta ja paikallisen yhteistyön tarvetta seurakunnan työalojen sekä muiden toimijoiden kesken. Diakonissalla ja lapsityöntekijällä oli luontevaa yhteistyötä, mutta seurakunnassa ei ollut järjestetty varsinaisesti perhetyöhön liittyvää toimintaa.

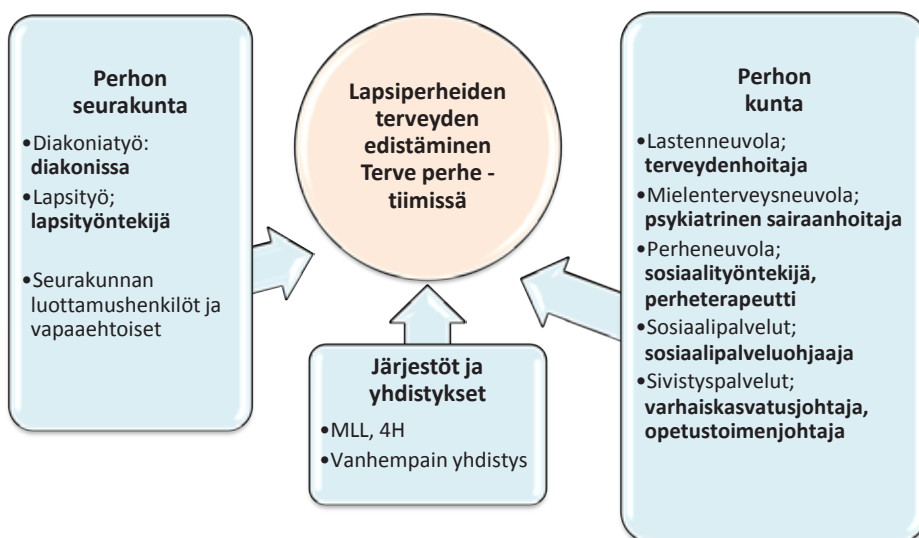
Hankkeen alkuvaiheessa tehtiin rajaus, jonka mukaan Perhossa toimitaan alle kouluikäisten lasten perheiden hyvinvoinnin puolesta. Uutena toimintana syksyllä käynnistyi perhekerho. Syksyllä 2011 hankepalaverissa oli mukana diakonissan ja lapsityöntekijän lisäksi paikallisia toimijoita kuten terveydenhoitaja, varhaiskasvatusjohtaja, koulun rehtori ja järjestöjen edustajia (Mannerheimin Lastensuojeluliitto, 4H-yhdistys, Perhon vanhempain yhdistys) sekä seurakunnan luottamushenkilöitä. Palaverissa käsiteltiin lapsiperheille kohdennetun kyselyn tuloksia.

Syksyllä 2012 seurakunnan, kunnan ja järjestöjen edustajat suunnittelivat tiimityönä kuusi erilaista yhteisöllistä tapahtumaa: ulkoilutapahtuma

perheille, konsertti, äitien ja isien illat, parisuhdeilta sekä isovanhempien ja varttuneiden pariin ilta. Näiden lisäksi Diakin opiskelijat järjestivät kolme yhteisöllistä tapahtumaa lapsiperheille. Paikallislehdessä oli uutisointia useasti näistä tapahtumista. Myöhemmin keväällä 2013 paikalliset toimijat järjestivät vanhempain illan, jossa aiheena oli mielen hyvinvointi. Tämän lisäksi toteutui vielä naisten hyvinvointi-ilta. Diakonissa kirjoitti paikallislehteen lapsiperheiden terveyden edistämisestä ja hankkeen tapahtumista.

Tammikuussa 2013 arvioitiin yhteistyökumppaneiden kanssa toteutuneita tapahtumia ja yhteistyökumppaneille tehdyn kyselyn tuloksia. Niissä korostui yhdessä tekemisen tuoma innostus ja paikallisen yhteistyön sekä tiedottamisen tarve. Yhteistyökumppanit päättivät kokoontua säännöllisesti vuosittain tavoitteenaan Perhon lapsiperheiden hyvinvointi ja terveys. Viimeisessä hankepalaverissa syksyllä 2013 arvioitiin hanketta ja keskusteltiin hankkeen eri vaiheista prosessikuvauksen avulla. Syksylle suunniteltiin vielä yhteisöllisiä tapahtumia: Pariskuntien kotailta, vanhempain ilta ja kasvatuksen ilta. Lisäksi käynnistyi kunnan tiloissa uusi avoin ryhmä nuorille äideille. Kolme Diakin opinnäytetyötä oli valmistunut, ja ne tukivat osaltaan paikallista terveydenedistämistyötä. Tiedottamisesta sovittiin, että lapsiperheille suunnatut yhteisölliset tapahtumat kootaan kuntatiedotteeseen. Perhonjokilaakso – lehdessä oli hankkeesta kirjoitus: ”*Perhossa tavoitellaan tervettä perhettä*”.

Hankkeen jälkeen perhekerho ja äitipiiri jatkavat toimintaansa. Perhekerhosta päävastuu on seurakunnalla ja äitipiiristä kunnalla. Yhteisöllisiä tapahtumia järjestetään vuosittain tukemaan lapsiperheiden terveyttä, hyvinvointia ja osallisuutta. Myös työparityöskentelyä kokeillaan kotikäynnillä (diakonissa ja terveydenhoitaja tai kodinhoitaja). Säännöllisiä suunnittelukokouksia jatketaan hankkeessa perustetun toimintamallin mukaan. Yhteistyötä kuvaava toimintamalli nimettiin Terve perhe -tiimiksi, jossa ovat edustettuina seurakunnan, kunnan sekä järjestöjen terveydenedistämistyön toimijat. (Kuvio 3.)



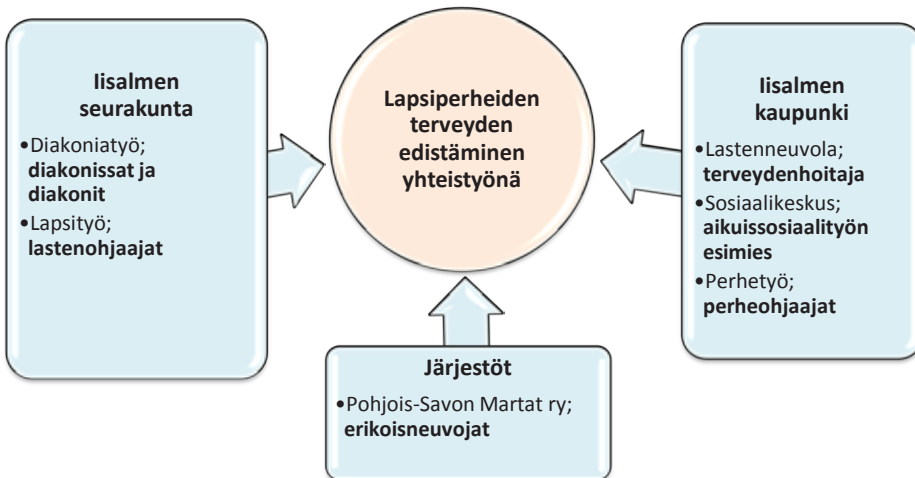
KUVIO 3. Yhteistyö Perhon Terve perhe -tiimissä

Iisalmen seurakunnassa hankkeen rajaus lapsiperheiden terveyden edistämiseen perustui diakoniatyön ja lapsityön olemassa olevaan yhteistyöhön, jota haluttiin vahvistaa ja laajentaa. Seurakunnassa käynnistyi syksyn aikana perheryhmä nuorille äideille ja yhden vanhemman ryhmä. Ryhmien tavoitteena oli tukea lapsiperheiden voimavaroja, parisuhdetta ja vanhemmuutta. Diakoniatyöstä päätettiin koota uusi esite, jota myöhemmin jaettaisiin kotikäynneillä ja paikallisille toimijoille. Syksyllä 2011 diakonissat päättivät selvittää omaa toimintaansa kirjoittamalla päiväkirjaa asiakastapaamisistaan. Myöhemmin he kertoivat tunnustaneensa, miten diakoniatyöhön sisältyi paljon terveyden edistämistä, ja erityisesti mielenterveyteen ja jaksamiseen liittyvän tuen tarve näytti painottuvan perheiden kohdalla.

Talvella 2013 todettiin, että yhteistyötä paikallisessa terveyden edistämistyössä tulee laajentaa muiden toimijoiden suuntaan (esimerkiksi lastenneuvola ja Pohjois-Savon Martat ry). Hankepalaverissa käsiteltiin yhteistyökumppaneille tehdyn kyselyn tuloksia. Tulosten pohjalta päätettiin kehittää yhteistyökokouksia, koska paikalliset toimijat eivät tunnustaneet diakonisoja terveyden edistämisen toimijoiksi. Tästä syystä sovittiin, että diakonissat tarjoutuvat vieraaksi neuvolan tiimeihin, ja osallistuvat lapsityön järjestämiin perhekerhoihin toimien verkottajina yhteistyötahojen välillä. Lapsityön ja diakoniatyön välinen yhteistyö koettiin tärkeäksi. Keväällä toteutui paikallisena yhteistyönä naisten hyvinvointi-ilta, jonka yhteydessä Dia-

kin opiskelija teki osallistujille kyselyn. Kyselyssä saatuja tietoja hyödynnettiin lapsiperheille suunnattujen ryhmien ohjelmien sisältöjen kehittämiseen.

Viimeisessä hankepalaverissa syksyllä 2013 arvioitiin hankkeen merkitystä ja juurtuneita käytäntöjä. Päiväkirjan kirjoittaminen oli diakonisoille ollut merkittävä kokemus, sillä sen avulla terveyden edistämisen osaaminen tuli näkyväksi. Yhteistyö lapsiperheiden terveyden edistämiseksi syventyi seurakunnan lapsi- ja diakoniatyön kesken sekä suhteessa muiden toimijoihin. Uuden diakoniatyön esitteen jakaminen edisti diakoniatyön tunnettavuutta kaupungissa. Juurtumassa olevia käytäntöjä olivat naisten hyvinvointi-ilta, yhden vanhemman ryhmä sekä lastenohjaajan ja diakoniatyöntekijän yhteistyö diakonian tarpeesta tapahtuvilla kotikäynneillä. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Yhteistyö lapsiperheiden terveyden edistämässä Iisalmen seurakunnassa

Keski-Porin seurakunnassa toimii perhetyön tiimi, jonka jäsenenä toimiva diakonissa kiinnostui valmisteilla olevasta hankkeesta. Seurakunnassa oli jo hankkeen alkaessa luontevia yhteyksiä paikallisiin yhteistyökumppaneihin, esimerkiksi Pohjois-Porin ja Viikkarin neuvoloihin, Martat ry:n, Porin kaupungin vapaa-aikavirastoon ja päivähoitoon.

Keski-Porin seurakunnan perhetyö tiimi suunnitteli ja toteutti hankkeen aikana kolme koulutusta sekä kaksi yhteistyöneuvottelua, joihin kutsuttiin paikallisia terveyden edistämisen yhteistyökumppaneita ja työntekijöitä seurakunnan eri työaloilta. Syksyllä 2011 hankkeen tutkija-kehittäjä koulutti lapsiperheiden terveyden edistämistä lastenohjaajia ja diakoniatyöntekijöitä.

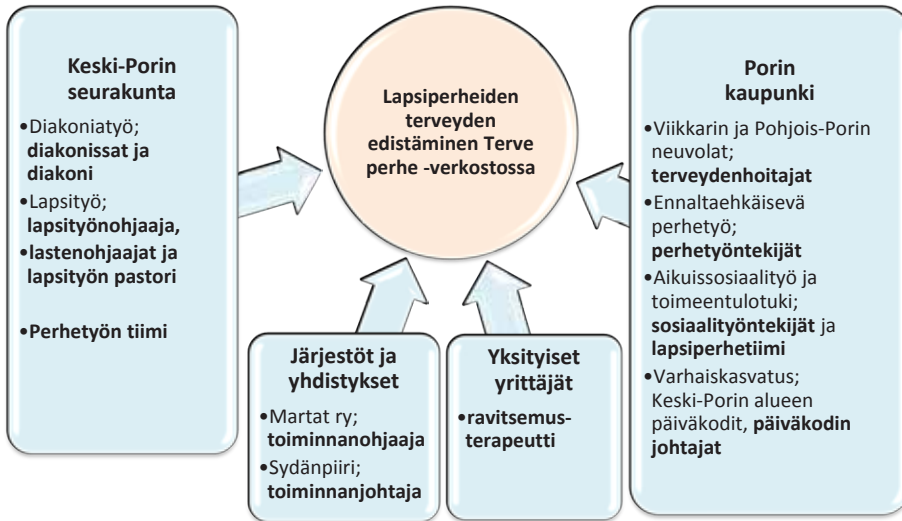
kijöitä. Keväällä 2012 perheneuvoja piti alustuksen uskosta lapsen elämän voimavarana. Koulutukseen osallistui seurakunnan lapsityöntekijöitä ja diakoniatyöntekijöitä sekä järjestöjen, kaupungin lastenneuvolan ja päivähoidon työntekijöitä. Koulutus koettiin hyvänä, koska se toi esiin seurakunnan erityisosaamista pienten lasten kasvun tukena ja lapsiperheiden vanhempien hyvinvoinnin edistäjänä.

Keväällä 2013 toteutui koulutus- ja neuvottelutilaisuus, jossa käsiteltiin ajankohtaisia lapsiperheiden terveyden edistämisen haasteita. Neuvottelussa todettiin, että vanhemmilla on jaksamattomuutta ja nuorilla äideillä uupumusta. Tärkeänä pidettiin lapsiperheiden yhteisöllistä ja osallisuutta edistävää toimintaa sekä vanhempien saamaa vertaistukea ja matalan kynnyksen perhetyötä. Neuvottelussa käsiteltiin yhteistyökumppaneille tehdyn kyselyn tuloksia, joissa painottui yhteisten koulutusten sekä terveyttä ja hyvinvointia edistävien tapahtumien tarve. Yhteistyökumppanit olivat kokeneet tärkeiksi seurakunnan perhekerhot ja erityisesti Muksupiirin. Seurakunnan lapsityö oli yhteistyökumppaneille tutumpaa, mutta diakoniatyö oli jäänyt vieraammaksi.

Hankkeen yhteydessä käynnistynyt vanhempien voimavararyhmä sai hyvän palautteen. Ryhmä toteutettiin yhteistyössä diakonissan ja Diakin diakonissaopiskelijan, neuvolan terveydenhoitajan, Martat ry:n toiminnanohjaajan, perheasiainneuvottelukeskukseen perheneuvojan sekä ravitsemusterapeutin kanssa. Vanhemmille suunnatun ryhmän käynnistäminen oli opiskelijan opinnäytetyö, ja se tuki osaltaan diakonisen perhetyön kehittämistä seurakunnassa. Yhteistyökumppanit pitivät tärkeänä paikallista tiedottamista toiminnasta ja palveluista. Tästä syystä koottiin lapsiperheiden terveyden edistämiseen verkosto (sähköpostijakelu) ja sitouduttiin vuosittain toteutuviin yhteistyökokouksiin. Yhteiset kotikäynnit nähtiin myös mahdollisina, vaikka ensisijaisena tarpeena oli henkilökohtainen tutustuminen. Yhteistyö muuttui yhteistoiminnaksi, jossa tavoitteena oli ennaltaehkäisevä työ.

Kolmas hankkeessa järjestetty koulutus toteutui keväällä 2013. Vierailijana oli ravitsemusterapeutti, joka piti alustuksen lapsiperheen terveellisistä ruokailutottumuksista Sapere -menetelmän pohjalta. Koulutuksessa oli mukana seurakunnan työntekijöitä ja paikallisia yhteistyökumppaneita. Syksyllä 2013 oli yhteistyöneuvottelu, jossa oli mukana seurakunnan perheteimin ja diakoniatyöntekijöiden lisäksi toimijoita kaupungin ennaltaehkäisevästä perhetyöstä, neuvoloista, päiväkodeista, perusturvasta sekä opinnäytetöiden

tekijät Diakista. Tavoitteena oli hankkeen yhteistyökäytäntöjen juurruttaminen sekä yhteistyömallista sopiminen. Käytännöiksi nimettiin konsultointi, tiedottaminen, osaamisen jakaminen ja tarvittaessa lähetteen käyttäminen sekä lapsiperheiden vanhemmille kohdennetut voimavararyhmät. Yhteistoiminta sai nimen Terve perhe -verkosto. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Yhteistyö Keski-Porin Terve perhe -verkostossa

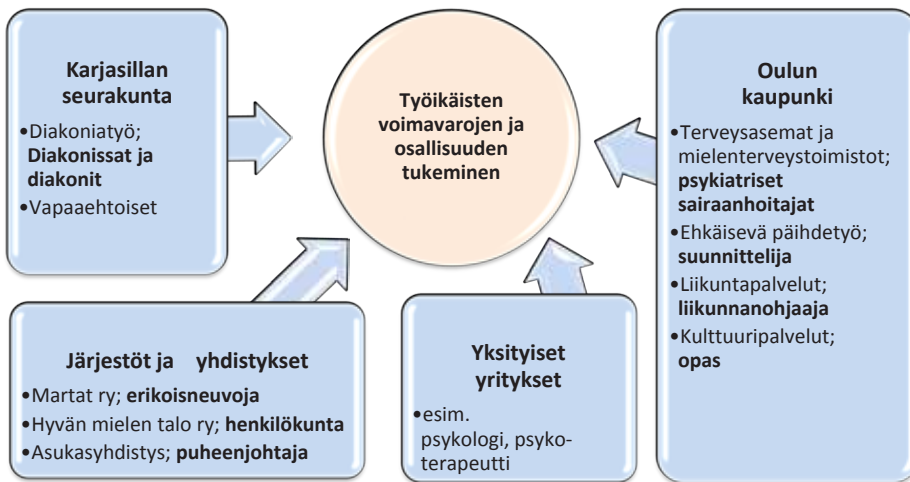
Karjasillan seurakunnassa hanke rajattiin työikäisten terveyden edistämiseen. Hankkeen alkaessa keväällä 2011 seurakunnan diakonissat käynnistivät ryhmän pitkäaikaistyöttömille. Ryhmään valittiin jäsenet haastatteleamalla, ja ryhmä kokoontui kahdeksan kertaa. Tavoitteena oli, että pitkäaikaistyöttömät saavat tietoa ja välineitä oman hyvinvointinsa edistämiseen sekä kokemuksen yhteisöllisyydestä ja vertaistuesta. Lisäksi ryhmän vetäjät varmistivat, että työttömien terveystarkastukset hoidettiin Oulun kaupungin toimesta. Ryhmä vieraili esimerkiksi Hyvän Mielen talossa, he osallistuivat diakoniatyön järjestämään aamupuuro -tapahtumaan sekä hyvinvointipäivään, joka toteutui yhteistyössä Diakin opiskelijoiden kanssa.

Kevään 2012 hankepalaverissa oli esillä yhteistyön kehittämisen tarve diakoniatyön ja terveyst- ja sosiaalitoimen kesken. Lisäksi työkyvyttömyyseläkkeellä oleville nuorille aikuisille oli tarve käynnistää oma voimavararyhmä. Keskusteluissa nousi esiin diakonissojen terveyden edistämisen valmiudet ja hengellisen työn osaaminen lisäarvona paikalliselle yhteistyölle. Syksyl-

lä 2012 käynnistyi diakonissan ja Diakin opiskelijan yhteistyönä ”Löydä voimavarasi -ryhmä”, jonka painotus oli mielenterveyden vahvistamisessa, osallisuudessa ja luovuudessa. Lisäksi syksyllä toteutui kaikille avoin hyvinvointipäivä. Yhteistyökumppaneille tehdyn kyselyn tuloksia käsiteltiin hankepalaverissa, jossa oli mukana psykiatrisen hoidon tiimivastaava Oulun kaupungista ja erikoisneuvoja Martat ry:stä. Keskustelussa nousi esiin konsultoinnin lisäksi mahdollisuus yhteisiin kotikäynteihin. Tärkeimpinä kehittämisen kohteina olivat keskinäisen tiedottamisen lisääminen ja yhteistyökokoukset (Karjasillan alue).

Keväällä 2013 johtava diakoniatyöntekijä kutsui diakoniatyöntekijät ja paikalliset mielenterveystyön toimijat yhteiseen palaveriin. Uutena yhteistyömuotona esitettiin käytäntö, jossa psykiatrinen sairaanhoitaja ohjaa asiakkaan tarvittaessa keskustelemaan diakoniatyöntekijöiden kanssa. Hankkeen arviointipalaverissa syksyllä 2013 diakonissat tunnistivat, että heidän työssään on paljon terveyden edistämistä. Lisäksi he totesivat, että Diakista valmistuneet kolme opinnäytetyötä olivat tukeneet diakoniatyön kehittämistä terveyden edistämisen suuntaan.

Juurrutettavia käytäntöjä olivat kohdennetut ja määräaikaisten voimavaryhmät työikäisille, yhteistyönä toteutetut hyvinvointipäivät, aamupuuro-toiminta matalan kynnyksen tapahtumana ja paikallinen yhteistyö mielenterveyden edistämässä. Psykiatrinen sairaanhoitaja voi lähettää asiakkaan diakonissan luo jatkotapaamisiin (lähete ja konsultointi) ja työparityöskentelyä kokeillaan esimerkiksi yhteisellä kotikäynnillä. Yhteistyön tavoite oli työikäisten voimavarojen ja osallisuuden tukeminen. Lopuksi paikallista yhteistyötä hahmotettiin kuvion avulla. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Yhteistyö työikäisten mielenterveyden edistämässä Karjasillan seurakunnassa

Lapsiperheiden ja työikäisten terveyden edistämässä painottui rajat ylittävä, paikallinen yhteistyö eri toimijoiden kesken. Perhon, Iisalmen, Keski-Porin ja Karjasillan seurakunnissa kehitettyjä ja juurrutettuja ammattikäytäntöjä olivat yksilötason terveyden edistämässä konsultointi, lähetteen käyttö ja työparityöskentely. Ryhmien terveyden edistämisen tasolla painotettiin matalan kynnyksen paikkoja ja voimavaralähtöisiä ryhmiä, joissa eri toimijoiden edustajat vierailivat asiantuntijoina. Yhteisön terveyden edistämisen tasolla eri toimijat toteuttivat yhdessä hyvinvointipäiviä, yhteisöllisiä tapahtumia ja paikallisia koulutuksia.

3.2 Yhteistyö ikääntyneiden terveyden edistämässä

Seinäjoen alue seurakunta tuli hankkeeseen mukaan syksyllä 2011. Seurakunnassa oli nimetty vastuu diakonisesta vanhustyöstä yhdelle diakonisoista, joka kiinnostui hankkeesta ja sen rajauksesta ikääntyneiden terveyden edistämiseen. Ensimmäisessä hankepalaverissa todettiin, että Seinäjoella tehdään monipuolista vanhustyötä. Diakoniatyöntekijät tapaavat ikääntyneitä kotikäynneillä, vastaanotoilla, diakoniapiireissä, Hopeatiistai-kerhossa ja keskiviikkoateriaalla. Lisäksi diakoniatyöntekijöillä oli luontevaa yhteistyötä ikääntyneiden asioissa kaupungin Ikäkeskuksen ja kotihoidon henkilökunnan kanssa.

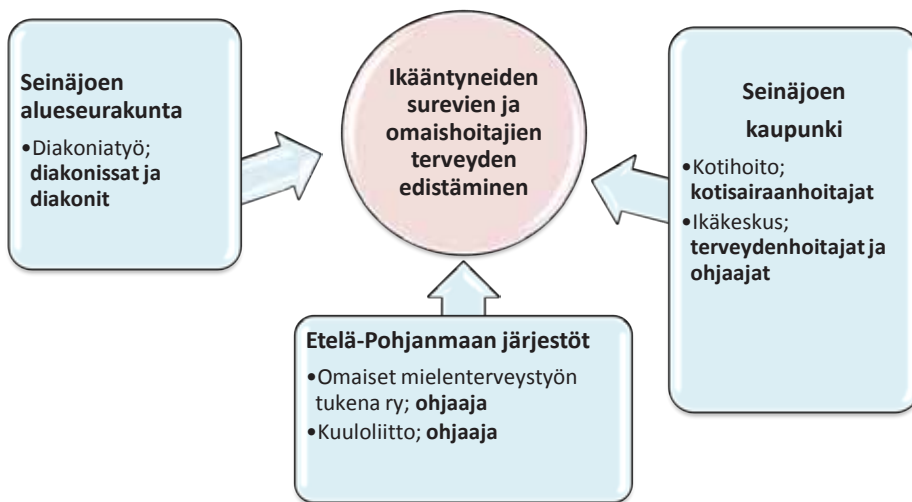
Ensimmäisessä palaverissa sovittiin tutkimusaineiston keruusta diakonian asiakkailta ja diakonisoilta. Toukokuun hankepalaverin aiheena oli yhteistyö Ikäkeskuksen, kotihoidon ja diakoniatyön kesken. Esillä oli myös ikääntyneille tehdyn kyselyn tulokset. Niissä ilmeni, että hengellisyys ja uskonnollisuus olivat tärkeitä ikääntyneille. He toivoivat myös kotihoidon ja diakoniatyön tiiviimpää yhteistyötä terveyden liittyvissä asioissa. Vanhustyön diakonissan erityisenä huolena terveyden ylläpitämisen näkökulmasta olivat ne ikääntyneet, jotka jäävät leskeksi. Hankepalaverissa sovittiin, että hankkeen painotus on kotona asuvien ikääntyneiden surevien sekä ikääntyneitä hoitavien omaishoitajien tukeminen. Lisäksi sovittiin, että Ikäkeskuksen työntekijät ottavat puheeksi 75 vuotta täyttäneiden palvelutarvetta selvittäessään heidän tarpeensa seurakuntayhteyteen. Myös kotihoidon henkilökunta lupasi kirjata asiakastietoihin asiakkaan luvalla hänen tarpeensa esimerkiksi diakoniatyöntekijän kotikäyntiin. Lisäksi todettiin, että vuosittaisia yhteistyökokouksia oli tarpeen jatkaa.

Syksyllä 2012 diakonissat pohtivat erityisosaamistaan ja työnsä lisäarvoa hankkeen työntekijöiden kokoaman koulutuspaketin avulla. He totesivat olevansa sairaanhoitajia seurakunnassa, joilla on hengellisen työn osaamista. Palaverissa käsiteltiin myös diakonisoille tehdyn kyselyn tuloksia ja koottiin yhteistyökumppanien yhteystiedot heille lähetettävää kyselyä varten. Diakonissat päättivät kuvata päiväkirjoissa työtään terveyden edistämisen näkökulmasta. Myöhemmin diakonissat kokivat päiväkirjan hyvin myönteisenä ja avartavana kokemuksena.

Tammikuun 2013 hankepalaveriin osallistuivat lähes kaikki diakoniatyöntekijät ja tapaamiseen kutsutut yhteistyökumppanit. Keskustelussa ilmeni, että Seinäjoen ikäihmisten kerhot koetaan toimintakykyä ylläpitäviksi ja osallisuutta lisääviksi. Todettiin, että keskeistä on tiedostaa verkostotyön mahdollisuudet, hyödyntää paikallisten toimijoiden tuntemista ja tiedottaa muista toimijoista asiakkaille. Uutena käytäntönä sovittiin, että diakonissat voivat kirjata käyntinsä ja huomionsa ikääntyneen kotona olevaan kotihoidon viestivihkoon. Myös koti- tai laitospäyntejä oli mahdollista kekeilla työparityöskentelynä. Yhteistoiminnan tavoitteeksi kirjattiin ikääntyneiden surevien ja omaishoitajien terveyden edistäminen.

Viimeisessä hankepalaverissa syksyllä 2013 aiheena oli yhteistyökäytäntöjen juurruttaminen ja hankkeen arviointi. Palautteen mukaan diakonisojen terveyden edistämisen osaaminen oli vahvistunut, paikallisten toimijoiden

verkosto oli laajentunut, ja ammattilaisten keskinäinen tiedottaminen oli lisääntynyt. Hankkeen aikana oli painotettu kotona asuvien ikääntyneiden tukemista, asiakaslähtöistä palvelutarpeen arviointia ja siihen liittyvää kirjaamista. Lisäksi seurakunnan ikäihmisten kerho-ohjelmiin oli tullut entistä selkeämmin mukaan terveyttä, hyvinvointia ja osallisuutta edistäviä teemoja. Juurtuneita käytäntöjä olivat uudet kirjaamiskäytännöt, ammatillinen konsultointi asiakastilanteissa, asiantuntijavierailut ja työparityöskentely kotikäynneillä. Lopuksi yhteistoimintaa kuvattiin toimijoiden verkostona, jossa ovat mukana Seinäjoen alue seuranta, Seinäjoen kaupunki ja Etelä-Pohjanmaan järjestöt. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Yhteistyö ikääntyneiden terveyden edistämisessä Seinäjoen alue seurakunnassa

Espoonlahden seurakunta oli hankkeessa mukana keväästä 2011 alkaen. Ensimmäisessä hankepalaverissa todettiin, että Espoonlahden seurakunnan alueella asuu paljon yksinäisiä ikääntyneitä ihmisiä. Diakoniatyöntekijät tapaavat heitä pääosin kotikäynneillä, mutta myös diakonian vastaanotoilla ja ikäihmisten kerhoissa. Yhteisenä huolena tuotiin esiin ne kotona asuvat ikääntyneet, jotka ovat hiljattain menettäneet läheisensä. Monipuolinen ikäihmisten kerhotoiminta oli diakoniatyön vahvuus. Yksi seurakunnan diakonissoista oli nimetty diakoniseen vanhustyöhön ja hänellä oli luontevaa yhteistyötä Espoon kaupungin kotihoidon henkilökunnan kanssa. Diakonissat saivat tutkimushankkeen kyselylomakkeet, ja sen lisäksi dia-

koniatyöntekijät lupautuivat kokoamaan kyselylomakkeilla tutkimusaineistoa ikääntyneiltä.

Syksyllä oli kaksi hankepalaveria, joissa oli mukana Espoon kaupungin kotihoidon edustajat. Palaverissa käsiteltiin diakonisojen terveyden edistämisen osaamista ja roolia toimijana, yhteistyötä kotihoidon kanssa, hankkeen rajausta ja ikäihmisten kyselyn tuloksia. Hankkeen rajauksena kirjattiin ”yksin asuvat ja yksinäiset ikääntyneet ihmiset”. Palaverissa todettiin, että kaupungin kotihoidon työntekijät tekevät ikääntyneiden, 75 vuotta täyttäneiden palvelutarpeen arviointeja. Tähän yhteyteen päätettiin kehittää uutta käytäntöä, jossa kirjataan asiakkaan tarpeet ja odotukset seurakuntaa kohtaan. Kotihoidon työntekijöillä on mahdollisuus myös tiedottaa alueensa diakoniatyöstä jakamalla esitettä. He voivat välittää tietoa alueensa ikääntyneiden terveystarpeista diakonisoille.

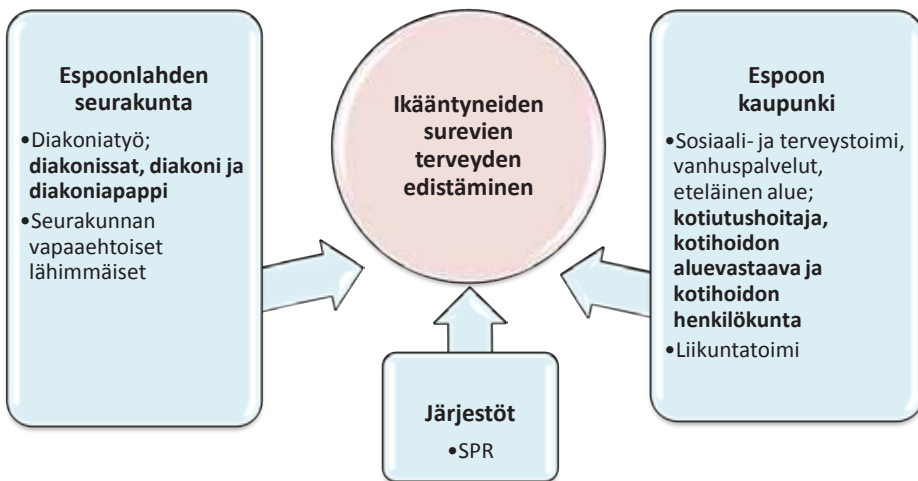
Ikääntyneille tehty kysely osoitti, että hengellisyys ja uskonto olivat heille voiman antajia. Myös seurakunnan toiminta ja kirkkovuoden juhlat olivat tärkeitä. Ikääntyneet toivoivat diakoniatyöntekijöiden tukea terveyteen liittyvissä asioissa ja tukea terveystalveluiden käytössä. Tulosten pohjalta päätettiin kehittää kerho-ohjelmia kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvinvointia edistävään suuntaan. Lisäksi päätettiin pyytää asiantuntijoita vierailijoiksi. Diakin sairaanhoitaja-diakonissaopiskelijat käynnistävät toiminnallisen oppinäytetyön ikäihmisten kerhoissa teemoilla terveelliset elämäntavat, omat voimavarat ja hengellisyys voimavarana.

Keväällä 2012 hankepalaverissa todettiin, että kotihoidossa oli otettu käyttöön uusi kirjaamiskäytäntö. Lomakkeeseen oli lisätty kohta, jossa kysytään ikääntyneen tarpeita ja yhteyttä seurakuntaan. Diakoniatyöntekijät kokivat, että uusia yhteydenottoja oli tullut, ja ikäihmisten kerhoihin oli tullut uusia ihmisiä. Syksyn palaverissa hanke rajattiin koskemaan ikääntyneitä, yksinäisiä ja läheisensä menettäneitä. Diakonissat päättivät tukea erityisesti surevia kotikäyntityön avulla. Diakonisojen hengellisen työn osaamista tarvittiin ikääntyneiden kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen. Yhteistyön kehittäminen päätettiin rajata kirjaamisen kehittämiseen ja asiakkaiden tarpeista tiedottamiseen. Diakonissat päättivät kirjoittaa asiakastapaamisistaan myös päiväkirjaa.

Tammikuun 2013 hankepalaverissa keskusteltiin kotihoidon ja diakoniatyön yhteistyöstä sekä yhteistyökumppaneille tehdyn kyselyn tuloksista. Tuloksissa ilmeni, että yhteistyö diakonisojen kanssa oli säännöllistä. Yhteis-

työtä haluttiin kehittää ikääntyneiden vertaistoimintaa vahvistamalla, tiedottamista parantamalla ja tiivistämällä yhteydenpitoa asiakkaiden asioissa. Myös parityöskentely koettiin mahdollisuutena.

Viimeisessä hankepalaverissa syyskuussa 2013 arvioitiin hankkeessa vaikiinutettua paikallista yhteistyötä. Diakoniatyön ja kaupungin kotihoidon lisäksi tärkeitä yhteistyökumppaneita olivat paikalliset järjestöt esimerkiksi SPR. Yksilötason terveyden edistämistyössä juurtuneeksi käytännöksi sovittiin kirjaamiskäytäntö, jossa kotihoidon henkilökunta ikääntyneen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä kirjaa palvelusuunnitelmaan seurakuntayhteyden ja diakoniset tarpeet. Lisäksi sovittiin ammatillisesta konsultoinnista asiakkaan luvalla, ja tarvittaessa myös työparityöskentelystä. Kotihoidon henkilökunta kannustaa ikääntyneitä asiakkaitaan osallistumaan seurakunnan yhteisöllisiin tapahtumiin ja ryhmiin. Lisäksi kotihoidon henkilökunta vierailee ryhmissä asiantuntijoina. Seurakunnan ikäihmisten kerho-ohjelmia suunnataan selkeämmin terveyden edistämisen teemoihin. Yhteistyötä ikääntyneiden surevien terveyden edistämistyössä Espoonlahden seurakunnan alueella kuvattiin kuvion avulla. (Kuvio 8.)



KUVIO 8. Yhteistyö ikääntyneiden terveyden edistämässä Espoonlahden seurakunnassa

Ikääntyneiden terveyden edistämässä korostui rajat ylittävä, paikallinen yhteistyö kotihoidon ja diakoniatyön kesken. Espoossa ja Seinäjoella yhteistyö muuttui hankkeen aikana yhteistoiminnaksi. Yksilötason terveyden edistämässä ammattikäytännöiksi sovittiin ammatillinen konsultointi asiakkaan luvalla ja työparityöskentely. Uutena toimintatapana juurru-

tettiin kotihoidossa käytäntö, jossa palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä kirjataan asiakkaan yhteys seurakuntaan ja odotukset yhteistyöstä diakonissan kanssa. Yhteisöjen ja ryhmien tasolla terveyden edistämistä kehitettiin ikäihmisten kerhoissa, joiden ohjelmiin lisättiin osallisuutta, voimavaroja ja terveyttä edistäviä sisältöjä. Ryhmissä hyödynnettiin myös asiantuntijavierailijoita. Moniammatillisen yhteistyön tasolla vakiintuivat säännölliset neuvottelut, toiminnoista ja palveluista tiedottaminen sekä yhteisöllisten tapahtumien järjestäminen.

3.3 Valtakunnallinen terveyden edistämisen verkosto diakoniatyön kehittäjänä

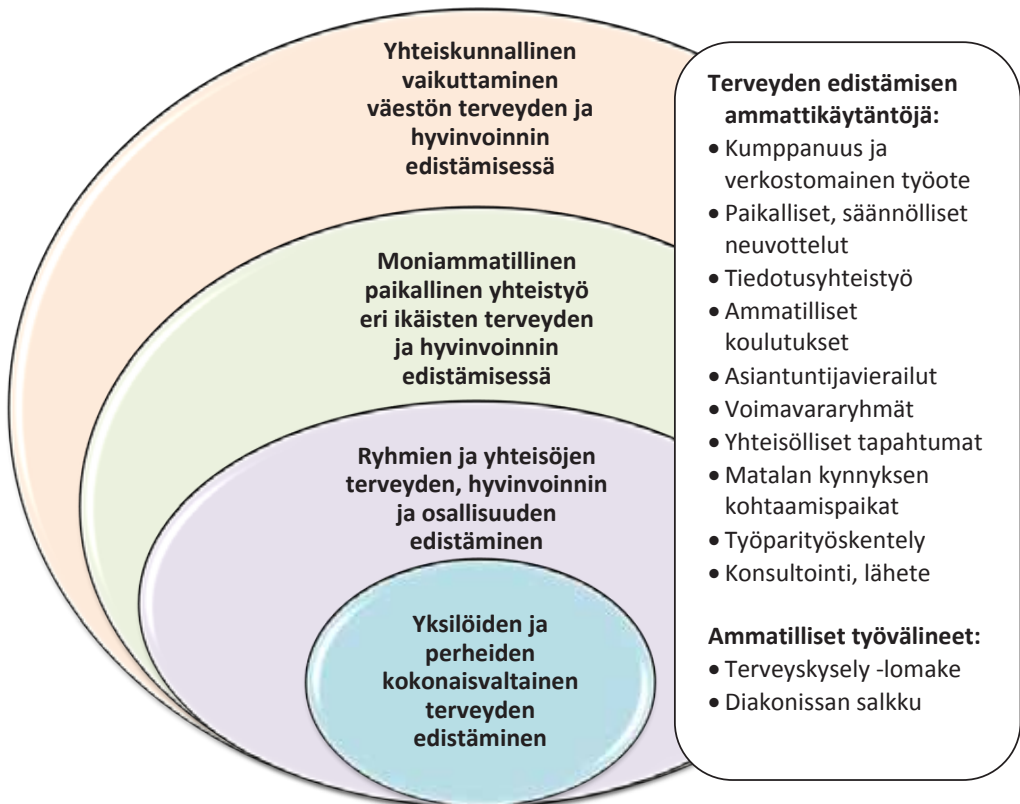
Idea terveyden edistämisen asiantuntijaverkostosta syntyi hankkeen ohjausryhmässä. Hankkeen työntekijät saivat diakonian hiippakuntasihiteereiltä apua diakoniatyössä toimivien diakonissojen nimeämiseksi verkostoon. Valtakunnallinen terveyden edistämisen verkosto perustettiin syksyllä 2012 Kuopiossa Kirkon Diakoniapäivien yhteydessä. Lähes 20 diakonissaa tuli mukaan asiantuntijaverkostoon. He edustivat kaikkia suomenkielisiä hiippakuntia ja kirkkohallitusta. Verkosto kokoontui lokakuussa 2012 ja huhtikuussa 2013 Helsingissä. Kokoontumisissa painottui terveyden edistämisen koulutus ja siihen liittyvät ajankohtaiset teemat.

Verkosto jakaantui viiteen työryhmään, joiden tehtävänä oli tunnistaa ajankohtaisia terveyden edistämisen haasteita ja koulutustarpeita diakoniatyössä. Lisäksi he kehittivät diakoniatyöhön soveltuvia terveyttä edistäviä työmenetelmiä ja päivittivät Kirkkohallituksen raporttia ”Terveyden edistäminen diakoniatyössä” (Kirkkohallitus 2009). Työryhmät käyttivät apuna Diakin virtuaalista Fronter -oppimisympäristöä ja sähköpostia. Diakonissoista koottu valtakunnallinen terveyden edistämisen asiantuntijaverkosto on uusi toimintatapa, jonka osaamista voidaan jatkossa hyödyntää koko Suomen evankelis-luterilaisessa kirkossa ja hiippakunnissa.

Työryhmien tuotoksia pilotoitiin seurakunnissa ja niitä esiteltiin hankkeen loppuseminaareissa. Kootun palautteen perusteella diakoniatyön käyttöön esitetään kahta ammatillista työvälinettä: Kokonaisvaltaisen terveyden koontilomake eli ”Terveyskysely” (liite 3) ja keskeisistä terveyden ja hyvinvoinnin mittareista koottu lista eli ”Diakonissan salkku” (liite 4).

3.4 Diakonissat terveyden edistämisen toimijoina seurakunnassa - toimintamalli

Seurakunnissa toimivat diakonissat edistävät terveyttä ja hyvinvointia yksilö- ja perhetasolla, ryhmä- ja yhteisötasolla, paikallisen moniammatillisen yhteistyön tasolla ja yhteiskunnan tasolla. Diakonissat ovat sairaanhoitajia myös seurakunnan diakonian virassa toimiessaan. Diakonissojen työ täydentää julkisia palveluja. He vaikuttavat välillisesti myös väestön hyvinvointiin, terveyteen ja osallisuuteen paikallisen yhteistyön ja yhteiskunnallisen vaikuttamisen kautta. Hankkeessa luotiin toimintamalli, joka kuvaa diakonissoja toimijoina terveyden edistämisen eri tasoilla. (Kuvio 9.)



KUVIO 9. Diakonissa terveyden edistämisen toimijana seurakunnassa – toimintamalli

Yksilön ja perheen tasolla diakonissa edistää eri-ikäisten kokonaisvaltaista terveyttä, hyvinvointia ja osallisuutta. Diakonissa voi käyttää diakonian asiakkaan tai perheen tavatessaan ammatillisia työvälineitä kuten diakonisan salkkua, johon on koottu erilaisia lomakkeita ja mittareita. Terveyskysely -lomaketta diakonissa voi käyttää apunaan selvittäessään ihmisen elämäntilannetta, elintapoja ja voimavaroja. Diakonissa tukee ihmistä hänen elämäntilanteessaan, hän myös ohjaa yksilöä ja perhettä terveysvalinnoissa ja terveystalvelujen saamisessa. Tämän lisäksi hän voi käyttää ammatillista konsultointia asiakkaan luvalla. Hän voi tehdä lähetteen julkisen toimijan vastaanotolle, ja hänen vastaanotolleen voidaan ohjata asiakkaita muiden toimijoiden taholta. Tavoitteena voi olla yksilön ja perheen toimintakyvyn ylläpitäminen, voimavarojen tukeminen tai osallisuuden vahvistaminen.

Ryhmien ja yhteisön tasolla diakonissa voi hyödyntää paikallisia järjestöjä tai julkisten toimijoiden asiantuntijoita. Diakonian ryhmätoimintaan ja erilaisten vertaisryhmien ohjelmiin diakonissa voi sisällyttää terveyttä, hyvinvointia ja osallisuutta edistäviä teemoja. Hankkeessa käynnistettiin useita kohdennettuja voimavararyhmiä, joiden tavoitteena oli tukea ihmisten terveyttä, hyvinvointia, toimintakykyä ja osallisuutta.

Paikallisen moniammatillisen yhteistyön tasolla diakonissa toimii yhteistyökumppanina ja yhtenä terveyden edistämisen toimijana. Yhteistyö ilmenee toimijoiden kumppanuudessa, asiakaslähtöisessä ja verkostomaisessa työtavassa. Yhteistyökäytäntöjä voivat olla esimerkiksi säännölliset neuvottelut, ammatilliset koulutukset ja tiedotusyhteistyö. Diakonissa vaikuttaa väestön terveyteen ja hyvinvointiin myös **yhteiskunnan tasolla**. Hän voi toimia seurakunnan edustajana kunnan hyvinvointityöryhmässä, ehkäisevän perhetyön ryhmässä tai paikallisessa vanhusneuvostossa.

3.5 Diakonissat terveyden edistämisen kehittäjinä diakonissalaitoksissa

Oulun ja Helsingin Diakonissalaitoksissa toteutettiin vuoden 2011 aikana kysely, jonka alustavia tuloksia käsiteltiin hankepalavereissa keväällä 2012. Tulokset kuvasivat laitosten diakonissojen (n=14) terveyden edistämisen valmiuksia ja osaamista. Tulosten mukaan kokonaisvaltainen käsitys ihmisestä ja hänen tarpeistaan ohjaavat diakonissojen toimintaa. Diakonissojen osamisessa korostuu eettisyys ja kokonaisvaltainen kohtaaminen sekä hengelli-

nen tukeminen. Diakonissat korostivat diakonisen hoitotyön ja yhteisöllisyyden kehittämisen tarvetta laitoksissa.

Oulun Diakonissalaitoksen (ODL) palvelukseen oli jäänyt vuoden 2011 organisaatiomuutosten jälkeen muutamia diakonissoja, joten hoitohenkilökunnan osallistuminen ja sitoutuminen hankkeeseen oli haasteellista. Hankepalavereissa vuonna 2012 sovittiin kehittämiskohteeksi kirjaamisen sisällöt, jotta ikääntyneiden kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen tarpeet tunnustettaisiin ODL:n arvopohjan mukaisesti. Kehittämisessä päätettiin hyödyntää FinCC -luokituksen tarve- ja toimintoluokituksia. Kirjaamisen lisäksi huomioitiin yhteisötason juhlat ja ODL:n arvot ikääntyneiden hoitotyössä. Kaksi Diakin opiskelijoiden opinnäytetyötä liitettiin yhteisöllisyys ja osallisuus -teemoihin.

Keväällä 2013 päätettiin, että hoitohenkilökunta kirjaa palvelukotien hoito- ja palvelusuunnitelmiin asiakaslähtöistä, kokonaisvaltaista terveyttä ja osallisuutta kuvaavaa tietoa. Tätä aineistoa oli tarkoitus käyttää hankkeen tutkimusaineistona, mutta myöhemmin tästä tavoitteesta luovuttiin. Viimeisessä hankepalaverissa syksyllä 2013 todettiin, että diakonissoilta koottulla tutkimusaineistolla oli merkitystä kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen kehittämiseen. Hankkeen kehittämistoiminta painottui yhteisöllisyyteen ja osallisuuteen, joita valmistuneet opinnäytetyöt hyvin tukivat. Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen jatkuu hankkeen jälkeen osana hoitotyön kehittämistä.

Helsingin Diakonissalaitoksen (HDL) eettinen toimikunta myönsi hankkeelle tutkimusluvan. Syksyllä 2011 koottiin laitoksessa toimivien diakonissojen yhteystiedot. Yhteystietojen keruun perusteella 16 diakonissaa sai kyselylomakkeet ja myöhemmin kutsut hankepalaveriin.

Kevään 2012 hankepalavereissa käsiteltiin diakonissoille tehdyn kyselyn alustavia tuloksia. Kehittämishaasteiksi nostettiin HDL:n diakonissojen osaamisen vahvistaminen diakonisen hoitotyön, terveyden edistämisen ja yhteisöllisyyden kehittämiseksi. Nämä teemat liittyivät diakonissan ammatti-identiteettiin ja lisäarvoon HDL:lla. Laitoksen diakonissoista päätettiin koota kehittämisryhmä. Diakonissojen lähiesimiehiltä saatiin lupa käyttää työaika kehittämisryhmään osallistumiseen. Tämä vertaisryhmä kokoontui vuoden 2012 aikana seitsemän kertaa. Ryhmään osallistui 4-10 diakonissaa kokoontumiskerrasta riippuen. Myöhemmin ryhmälle annettiin nimi ”konsernin diakonissat”.

Vuoden 2013 hankepalaverissa oli laitoksen diakonisojen lisäksi mukana myös Sisarnevoston jäseniä. Hanke oli esillä HDL:n Viesti-lehdessä, ja sitä esiteltiin toukokuussa sisarten vuosittaisilla Yhteyspäivillä. Syyskuun hankepalaverissa keskusteltiin tutkimustuloksista, diakonisojen erityisosaamisen hyödyntämisestä, kehittämistoiminnan kokemuksista ja juurruttamisesta. Todettiin, että hanke teki näkyväksi diakonisojen erityisosaamisen ja asiantuntijuuden HDL:llä. ”Konsernin diakonissat” -ryhmään osallistuneet diakonissat kokivat myös yhteenkuuluvuuden lisääntyneen ryhmän ansiosta.

Konsernin diakonissat päättivät jatkaa kokoontumisia johtavan diakonissan kutsumana. Kokoontumisten tavoitteiksi nimettiin keskinäinen vertaisuus ja erityisosaamisen jakaminen koko laitoksen hyödyksi. Vertaistuki vahvisti ammatti-identiteettiä sisarena. Syksyllä 2013 HDL:n diakonisojen nimilistan päivittämisen yhteydessä todettiin, että konsernissa on nykyisin 16 diakonissaa eri tehtävissä. Konkreettisenä kehittämisenä diakonissat aloittivat hengellisen työn käsikirjan ja etiikan opetuspaketin kokoamisen. Hankkeen päättyessä erään diakonissan palaute oli ”*Tämän hankkeen avulla olemme enenevässä määrin voineet sanoittaa sitä yhteistä osaamista, joka koostuu koulutuksesta, kutsumuksesta ja työn tuomasta kokemuksesta.*”

4 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TUOTOKSET

Hankkeessa on kolmen vuoden aikana tuotettu muistioita, esitteitä, artikkeleita, koulutusmateriaalia, prosessikuvauksia, opinnäytetöitä ja terveyden edistämisen materiaalia. Lisäksi hankkeesta on tiedotettu ja hanketapahtumista on uutisoitu paikallislehdissä ja valtakunnan tason artikkeleissa. Hankkeen tuloksista on kerrottu kansallisissa ja kansainvälisissä seminaareissa. Yhteenveto tuotoksista on esitetty taulukossa 3.

Hankkeen paikallinen kehittämistoiminta on kuvattu hankkeen työntekijöiden laatimissa muistioissa. Hankepalavereita oli seurakunnissa yhteensä 35 ja diakonissalaitoksilla 11. Näiden lisäksi kokoontuivat paikallisesti Keski-Porin perhetiimi, Seinäjoen diakonissat ja HDL:n diakonissojen vertaisryhmä (prosenttiryhmä). Näistä kaikista kokoontumisista (yhteensä 55) on tehty muistiot, jotka on talletettu sähköisesti, ja ne on jaettu kokouksiin osallistuneille. Paikallinen kehittäminen koottiin lopuksi myös prosessikuvauksiin, joiden avulla hanketta on arvioitu viimeisissä hankekokouksissa seurakunnissa ja diakonissalaitoksissa. Hankkeen paikalliset yhteyshenkilöt ovat saaneet ja tarkistaneet muistiot sekä prosessikuvaukset.

Hankkeen ohjausryhmä kokoontui yhteensä kuusi kertaa. Esityslistat ja muistiot on jaettu ohjausryhmän jäsenille sähköpostin välityksellä, ja ne on tallennettu hankkeen työntekijöiden arkistoon. Valtakunnallisen terveyden edistämisen verkoston kolmesta kokoontumisesta on laadittu muistiot, jotka on koottu Diakin virtuaalisen Fronter -oppimisympäristön kansioihin.

Hankkeesta tiedotettiin eri tavoin. Hankkeesta painatettiin kaksi esitettä, ja niitä jaettiin opiskelijoille ja hankepaikkakuntien ja diakonissalaitosten

yhteyshenkiöille. Hankkeesta tiedotettiin myös erilaisissa hiippakunnallisissa tapahtumissa, valtakunnallisissa seminaareissa ja Diakoniatyöntekijöiden päivillä. Lisäksi hankkeesta oli tietoa Diakin (www.diak.fi), kirkon (www.sakasti.fi) ja hankeseurakuntien sekä Innokylän (www.innokyla.fi) internet-sivuilla. Paikallislehdissä oli hankkeesta yhteensä yhdeksän eri lehtikirjoitusta. Aktiivisinta uutisointi oli Perhossa, Seinäjoella ja Porissa.

Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelijat järjestivät yhteistyössä hyvinvointipäiviä hankeseurakuntien kanssa ja yhteisöllisiä tapahtumia, joihin he laativat postereita ja esitteitä. Hankkeen työntekijät kirjoittivat valtakunnalliseen Diakonia-lehteen kaksi artikkelia. Hankkeessa on kirjoitettu myös kaksi muuta julkaisematonta artikkelia. Diakonia-ammattikorkeakoulun hankkeistettuja opinnäytetöitä valmistui 13. Niitä hyödynnettiin hankeseurakunnissa diakoniatyön kehittämiseen. Hankkeen tavoitteiden mukaisia muita opinnäytetöitä valmistui kuusi. Opinnäytetyöt on tallennettu ammattikorkeakoulujen Theseus -tietokantaan (www.theseus.fi), ja ne on koottu tämän raportin liitteeseen 5.

Hankkeen yhtenä tavoitteena oli tukea diakonisoja koulutusten avulla. Paikallisten koulutusten lisäksi hankkeen työntekijät järjestivät valtakunnallisia seminaareja ja osallistuivat kansainvälisiin seminaareihin. Hankeseurakunnissa toteutui yhteensä kahdeksan terveyden edistämisen koulutustilaisuutta. Osallistujat saivat materiaalin joko monisteina tai sähköpostin välityksellä. Helsingin Diakonissalaitoksen yhteyspäivillä oli hankkeen tutkimus- ja kehittämistoiminta myös esillä. Konsernin diakonissat saivat koulutusmateriaalin sähköpostin välityksellä. Valtakunnallisen terveyden edistämisen verkoston (20 jäsentä) kokoontumisten yhteydessä oli esillä terveyden edistämiseen liittyviä keskeisiä koulutusteemoja. Koulutusmateriaalit jaettiin osallistujille sähköisenä ja talletettiin Diakin Fronter -oppimisalustalle.

Hankkeen tutkimus- ja kehittämistoiminta oli esillä syyskuussa 2012 Oulussa pidetyssä kansallisessa ja osin kansainvälisessä ”Terve sielu terveessä ruumiissa” -seminaarissa. Lisäksi hanketta esiteltiin kansainvälisessä Parish Nursing -seminaarissa Englannissa marraskuussa 2013. Molemmissa tilaisuuksissa koulutusmateriaalia jaettiin osallistujille monisteina. Hankkeen työntekijät järjestivät lokakuussa 2013 valtakunnalliset ”Diakonissa terveyden edistäjänä” -päätösseminaarit Oulussa ja Helsingissä. Seminaariesitykset on julkaistu evankelis-luterilaisen kirkon internetsivuilla (www.sakasti.fi). Hankkeen työntekijät esittelivät hanketta lokakuussa 2013 THL:n ter-

veyden ja hyvinvoinnin teemapäivässä. Tämä materiaali löytyy sähköisenä THL:n Internetsivuilta (www.thl.fi). Hankkeessa kehitettiin kaksi ammatillista työvälinettä, terveystarkastus -lomake ja diakonissan salkku, jotka julkaistaan tämän hankeraportin liitteinä (liitteet 3–4). Ne on talletettu myös kirkon internetsivuille (www.sakasti.fi), ja niiden päivityksestä vastaa kirkon diakonia ja sielunhoito (KDS).

TAULUKKO 3. Hankkeen tuotokset vuosina 2011–2013

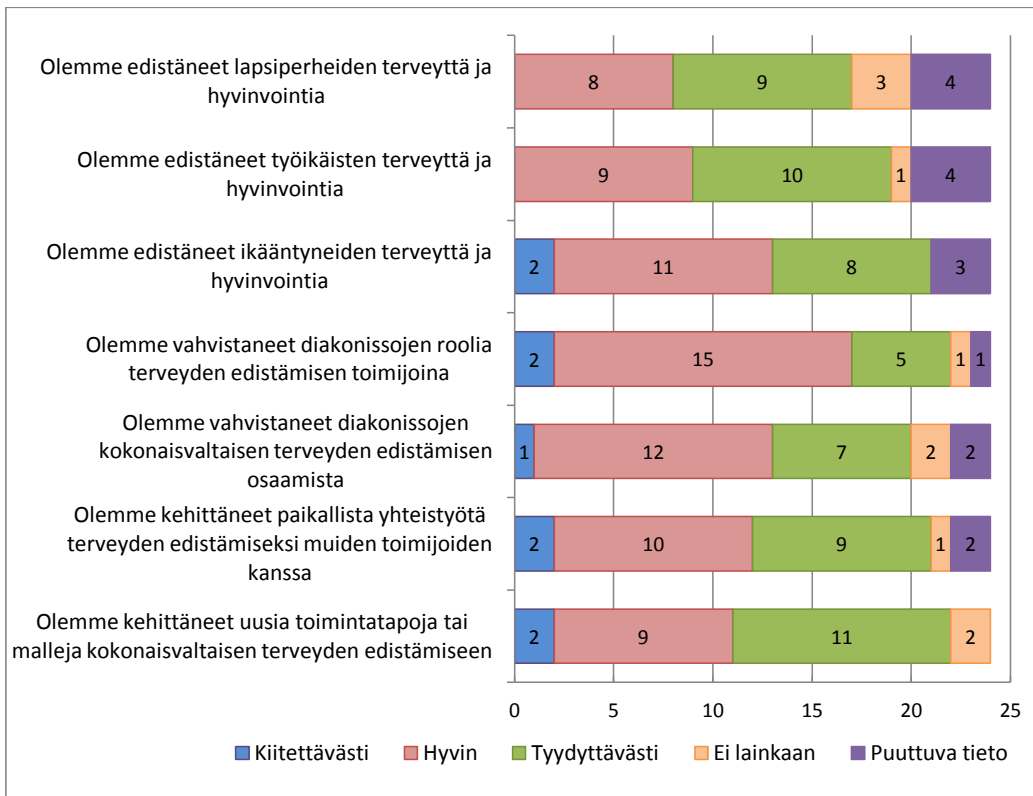
	Hankeseurakunnat	Diakonissalaitokset	Terveystarkastuksen verkosto	Ohjausryhmä	Yhteiset tuotokset	Yhteensä
Hankkeen tuotokset:						
Muistiot (hankepalaverit, verkosto ja ohjausryhmä)	35	11	3	6		55
Paikallisten kehittämissyöryhmien muistiot	7	7				14
Paikalliset prosessikuvaukset	6	2				8
Hanke-esitteet					2	2
Paikallislehtien uutisointi ja kirjoitukset hankkeesta	8	1				9
Diakin opiskelijoiden tapahtumat ja posterit	23					23
Artikkelit Diakonia -lehdessä					2	2
Julkaisemattomat artikkelit					2	2
Hankkeistetut opinnäytetyöt	10	2			1	13
Muut hankkeeseen liittyvät opinnäytetyöt					6	6
Koulutusmateriaalit (paikalliset, kansalliset ja kansainväliset seminaarit)	8	1	3		11	23
Kehitetyt ammatilliset työvälineet			2			2

5 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTI

5.1 Hankkeen sisäinen arviointi

Hankkeen sisäinen arviointi toteutettiin Webropol -kyselyn avulla syksyllä 2013 (kyselylomake, liite 6). Yhteyshenkilöt seurakunnissa ja laitoksissa sekä hankkeen ohjausryhmän jäsenet ja valtakunnallisen terveyden edistämisen asiantuntijaverkoston jäsenet arvioivat hankkeen tavoitteiden toteutumista. Vastaajien mielipiteiden jakautuminen on kuvattu kuviossa 10.

Vastaajat (n=24) kokivat edistäneensä ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia kiitettävästi tai hyvin. Sen sijaan lapsiperheiden ja työikäisten terveyden sekä hyvinvoinnin edistämisen toteutumiseen he suhtautuivat kriittisemmin. Suurin osa (n=17) vastanneista arvioi vahvistaneensa diakonissojen roolia terveyden edistämisen toimijana kiitettävästi tai hyvin. Diakonisojen kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen osaamista arvioi vahvistaneensa puolet vastanneista. Samoin puolet vastaajista arvioi kehittäneensä paikallista yhteistyötä ja uusia toimintatapoja tai malleja. Hankkeen tavoitteista toteutui parhaiten diakonisojen terveyden edistämisen toimijuuden vahvistaminen. Vastaajat arvioivat myös omaa toimintaansa ja sitoutumistaan hankkeeseen. Kiitettävän arvion antoi vain kaksi vastaajaa. Hyvän arvosanan antoi itselleen seitsemän vastaajaa, ja tyydyttävän arvioin antoi yli puolet vastaajista (n=14). Vastaajat olivat melko kriittisiä omasta osuudestaan hankkeessa.



KUVIO 10. Hankkeen tavoitteiden toteutuminen hankkeen toimijoiden arvioimana

Kyselyssä oli myös avoimia kysymyksiä. Vastausten perusteella yhteistyö paikallisten kumppaneiden, hankkeen työntekijöiden ja Diakonia-ammattikorkeakoulun kanssa sujui hyvin. Yhteistyöhön sitoutuminen seurakunnan sisällä saattoi sen sijaan olla haasteellista. Yhteistyöhön liittyneet kokoukset ja palaverit toteutuivat suunnitellussa aikataulussa. Yhteydenpito oli aktiivista ja ohjausta sai riittävästi. Hankkeen avulla löytyi uusia kumppaneita, ja yhteistyö vahvistui eri järjestöjen sekä kunnan toimijoiden kanssa. Valtakunnallisessa verkostossa toimivat diakonissat kokivat yhteistyön ja verkoston toiminnan merkittäväksi sekä antoisaksi.

Diakonissojen rooli terveyden edistämisen toimijana selkiytyi hankkeen aikana. Hankkeen myötä diakonissojen tietoisuus omasta osaamisesta vahvistui, tiedon jakaminen lisääntyi, ohjausvalmiudet paranivat ja terveyden edistäminen koettiin innostavaksi teemaksi. Diakonissojen näkökulma terveyden edistämiseen laajeni. Hanke tarjosi heille mahdollisuuden kehittää asiakkaiden terveyttä edistäviä työmenetelmiä työssään. Haasteellisimmiksi tekijöik-

si osoittautuivat kiire, ajanpuute, työyhteisöön liittyvät asiat sekä tiedottamisen ja tiedon kulun esteet. Hankkeelle oli vaikea irrottaa ja löytää aikaa muiden työkiireiden ja haasteellisten työtehtävien vuoksi. Työyhteisöissä tapahtuneet henkilövaihdokset ja työtehtävämuutokset verottivat voimia. Muuttaman vastaajan mielestä hankkeen valtakunnallinen näkyvyys olisi voinut olla kattavampaa. Yhteinen työskentely ja tiedon jakaminen verkkoalustan kautta oli ajoittain ongelmallista tietoteknisten syiden vuoksi. Tiedonkulun esteitä saattoivat aiheuttaa myös eri organisaatioiden tietosuojaan liittyvät tekijät.

Hankkeen tärkein anti oli vastaajien mukaan diakonissan ammatti-identiteetin vahvistuminen. Hoitotyön osaaminen ja rooli terveyden edistäjänä vahvistuivat. Hankkeen myötä löytyi iloa ja intoa diakonissan koulutuksen parempaan hyödyntämiseen työssä. Vastaajat näkivät tärkeäksi diakonissakoulutuksen esilläpidon, asennekasvatuksen, diakonissojen aseman vahvistamisen ja heidän osaamisensa esillä pitämisen. Nykyisessä yhteiskunnallisessa tilanteessa on tarvetta kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen, koska palveluiden kattavuus ja tavoitettavuus ovat heikentyneet. Ammatti-identiteetin vahvistumisen seurauksena hankkeen ideat ja toimintatavat juurtuivat työhön. Uusista työvälineistä erityisesti terveystiedon -lomake, terveystiedon jakaminen ja terveyden edistämisen salkku nostettiin esiin tässä yhteydessä. Vastaajien mukaan oli hienoa tehdä yhdessä työtä paikallistasolla kuntalaisten ja seurakuntalaisten parhaaksi.

Vastaajat arvioivat hankkeen aikana tapahtuneen toiminnan muutosta diakonian asiakkaiden, diakonissojen ja yhteistyökumppaneiden näkökulmista. Vastausten mukaan diakonian asiakkaiden kokonaisvaltainen terveys ja hyvinvointi lisääntyivät. Keskustelut ja kohtaamiset olivat aiempaa kokonaisvaltaisempia ja keskusteluihin varattiin enemmän aikaa. Terveystieteen liittyvien asioiden puheeksi ottaminen ja diakonissojen valmiudet huomata asiakkaiden terveystarpeita lisääntyivät. Terveystieteen -lomakkeesta oli asiakkaille hyötyä heidän käydessään lääkärissä.

Diakonissojen antama terveyteen liittyvä ohjaus oli säännöllisempää, terveyteen kiinnitettiin tietoisesti enemmän huomiota, ja terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä esitettiin asiakkaille enemmän. Diakonissat ohjasivat asiakkaita aktiivisemmin hakemaan apua terveydellisiin ongelmiinsa. Asiakkaat saivat lisää oman terveytensä edistämiseen liittyvää tietoa ja materiaalia joko henkilökohtaisissa tapaamisissa tai diakoniatyön ryhmissä. Kerhojen tarjoiluissa kiinnitettiin enemmän huomiota terveellisyteen. Vastaajien mu-

kaan yhteisöllisyys ja asiakkaiden oma aktiivisuus lisääntyivät hankkeen aikana. Yksinäisyys väheni. Ihmiset löysivät ystäviä ja saivat vertaistukea enemmän. Henkinen hyvinvointi koheni. Myös seurakunnan toimintaan osallistuminen lisääntyi.

Diakonisojen kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen osaamisen näkökulmasta oleellisinta oli ammatti-identiteetin ja oman osaamisen vahvistuminen. Luottamus omaan osaamiseen lisääntyi, ja hoitotyön osaamista hyödynnettiin työssä rohkeammin ja uudella tavalla. Työyhteisöissä ja tiimien sisällä diakonisojen erityisosaaminen hoitotyössä sai näkyvyyttä. Muutamassa vastauksessa korostettiin taitojen päivytyksen tarvetta hoitotyön osa-alueilta. Yhteistyökumppaneiden roolit selkiytyivät, ja yhteistyö oli suunnitelmallisempaa. Sitä organisoitiin uudella tavalla. Yhteistyötahojen tietoisuus toistensa töiden sisällöistä ja diakoniatyöstä lisääntyivät. Se paransi asiakkaan pääsyä oikean palvelun piiriin. Yhteistyökumppaneiden valmiudet huomioida ihmisten hengellisiä tarpeita osana heidän hyvinvointiaan lisääntyivät hankkeen aikana.

Vastaajat nostivat esiin hyvinä juurtuneina toimintatapoina työparityöskentelyn kotikäynneillä, terveystarkastuslomakkeen käyttämisen ja erilaisten terveysmittareiden tehokkaamman hyödyntämisen. Kerhojen tarjoilut olivat aiempaa terveellisempiä ja diakonissat hyödynsivät terveyteen liittyvää tietoa työssään aiempaa enemmän. He antoivat terveysneuvontaa ja parempaa hoitoon ohjausta asiakkaille. Kokoavan toiminnan osalta vastaajat painottivat hyvinvointipäivien, erilaisten tilaisuuksien, teemailtojen ja ryhmien järjestämistä. He näkivät tärkeäksi hankkeessa saavutettujen hyvien käytäntöjen ja toimintamallien levittämisen myös muihin seurakuntiin. Valtakunnallisen diakonisoista kootun terveyden edistämisen verkoston haluttiin jatkavan työtä hankkeen loputtua. Vastaajat toivoivat hankkeelle jatkoa, ja he kaipasivat lisää vastaavanlaisia projekteja.

5.2 Hankkeen työntekijöiden ja ohjausryhmän itsearviointi

Hankkeen haasteet liittyivät hankkeen laajuuteen. Hankkeessa oli useita kohderyhmiä, toimintaympäristöjä ja toimijoita. Diakonian asiakkaista kohderyhmiksi oli nimetty lapsiperheet, työikäiset ja ikääntyneet. Kahdeksan erilaista toimintaympäristöä, kolme eri kohderyhmää ja useita erilaisia tutkimusaineistoja aiheuttivat hankkeen työntekijöille haasteita. Hankkeessa

tutkittiin ja kehitettiin paikallistason terveyden edistämistä, mutta samalla kehitettiin myös valtakunnallisia rakenteita ja toimintamalleja. Hankeseurakunnat sijaitsivat eri puolilla Suomea. Se oli hankkeen kannalta rikkaus, mutta hankkeen työntekijöille se oli ajankäytöllisesti haastavaa.

Tutkimus- ja kehittämistyö etenivät rinnakkaisina prosesseina. Hankkeen työntekijät keräsivät runsaasti erilaisia tutkimusaineistoja. Hieman vähempi ja kohdennetumpi aineistojen määrä olisi riittänyt. Hankkeen työntekijät tekivät mittarit itse. Valmiiden mittareiden hyödyntäminen ainakin osittain olisi ollut perusteltua. Työikäisiltä kerätty kyselyaineisto oli suppea, ja siitä saatuja tuloksia hyödynnettiin ainoastaan paikallisen ryhmätoiminnan kehittämässä. Projektipäällikkö ja tutkija-kehittäjä olivat 50 % hankkeessa. Hanketyö oli rytmittävä Diakonia-ammattikorkeakoulun muiden työtehtävien lomaan, eikä yhtenäisiä hanketyöhön keskittymisen periodeja ollut mahdollista järjestää.

Hankkeen vahvuutena voidaan pitää sitä, että se oli ajankohtainen ja monelta näkökannalta arvioiden tärkeä. Vahvuutena voidaan pitää myös hankkeen työntekijöiden toimivaa yhteistyötä ja sitä, että heillä oli hankkeen edellyttämää substanssiosaamista diakoniatyöstä ja diakonisesta hoitotyöstä. Diakonia-ammattikorkeakoulu tarjosi hanketyölle sen edellyttämän toimintaympäristön. Hankkeen sisältöä ja toteutumista arvioitiin säännöllisesti hankepaikkakuntien tapaamisissa ja ohjausryhmän kokouksissa. Työntekijät arvioivat keskenään reflektoiden hankkeen etenemistä, hankeprosessia ja hankkeessa saatuja tuloksia. Hankkeen vastuulliselta johtajalta saatiin myös palautetta ja ohjausta hankkeen kriittisissä vaiheissa. Hankerahoitus haettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) vuodeksi kerrallaan, jolloin vuosittainen hakemuksen tekeminen toimi hankkeen arvioinnin välineenä ja onnistumisen peilinä.

Yhteistyö ohjausryhmän kanssa sujui hyvin. Ohjausryhmä oli koko ajan kiinnostunut hankkeen etenemisestä ja hankkeessa aikaansaaduista konkreettisista tuloksista. Ohjausryhmän antama kannustus, ohjaus ja asiantuntija-apu olivat hankkeen työntekijöille merkittäviä ja hankkeen loppuun saattamisen kannalta erittäin tärkeitä. Ohjausryhmä piti hanketta merkittävänä, koska se vahvisti diakonisojen toimijuutta terveyden edistäjinä, ja teki näkyväksi diakonisojen osaamisen sekä paikallisesti että valtakunnallisesti.

Ohjausryhmä näki tärkeäksi sen, että valtakunnallisen terveyden edistämisen asiantuntijaverkoston toiminta jatkuisi osana kirkon diakonian ja sielun-

hoidon (KDS) toimintaa hankkeen loputtua. Ohjausryhmä tähdensi myös sitä, että piispoja, diakonian hiippakuntasihteereitä ja seurakuntien diakoniajohtajia informoidaan hankkeen tuloksista, ja että tuloksia hyödynnetään sairaanhoitaja (AMK) -diakonissan tutkintoon johtavan koulutuksen lisäksi myös kirkon lisä- ja täydennyskoulutuksissa. Ohjausryhmä ehdotti, että KDS järjestäisi yhdessä valtakunnallisen terveyden edistämisen asiantuntijaverkoston kanssa terveyden edistämisen neuvottelupäivät vuonna 2015.

LÄHTEET

- Engeström Yrjö 1987. Learning by expanding: an activity-theoretical approach to developmental research. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Heikkilä, Asta; Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Helsingin Diakonissalaitos 2011. Viitattu 3.12.2013. <https://www.hdl.fi/fi/>
- Huokuna, Pekka; Hiedanpää, Riitta; Karri, Päivi; Lantta, Anne-Maria; Tiensuu, Kyllikki & Tynkkynen, Markku (toim.) 2012. Kirkon kalenteri 2013. Helsinki: Kirjapaja.
- Kirkkohallitus 2009. Terveyden edistäminen diakoniatyössä. Kirkkohallituksen työryhmän raportti. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kirkkohallitus 2013. Kirkon tilastollinen vuosikirja 2012. Viitattu 10.11.2013. <http://sakasti.evl.fi/tilastollinenvuosikirja/>
- Oulun Diakonissalaitos 2013. Konsernirakenne. Viitattu 3.12.2013. <http://www.odl.fi/sivu/fi/odl/konsernirakenne/>
- Räinä, Päivi 2013. Oulun Diakonissalaitos. Henkilökohtainen tiedonanto. 10.9.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009/333. Laki terveyden edistämisen määrärahasta. 15.5.2009.
- Strandberg, Karin 2013. Helsingin Diakonissalaitos. Henkilökohtainen tiedonanto. 11.10.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Sotkanet –tilastot. Viitattu 10.11.2013. <http://uusi.sotkanet.fi/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Sairastavuusindeksi. Viitattu 15.1.2014. <http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/atlas/kunnat/atlas.html?select=091&indicator=i0>
- Pelto-Huikko, Antti, Karoliina Karjalainen, Pirjo Koskinen-Ollonqvist. 2006. Terveyden edistämisen toimintamallit. Terveyden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveyden edistämisen keskus ry.

Liite 1. Hankkeen yhteistyötahot, yhteyshenkilöt ja hankkeen ohjausryhmän kokoonpano

TAULUKKO 1. Hankkeen yhteistyötahot ja yhteyshenkilöt v. 2011–2013

Hankkeen yhteistyötahot	Yhteyshenkilöt	Aika
Keski-Porin seurakunta	Lea Rantamaa	2011–2013
Perhon seurakunta	Tiina Karhulahti	2011–2013
Iisalmen seurakunta	Anne Pulkka	2011–2013
Karjasillan seurakunta	Nina Niemelä Marjukka Hamari Päivi Rahja	2012–2013 2011–2013 2012–2013
Espoonlahden seurakunta	Tiina-Liisa Söderqvist Pirjo Hagmark	kevät 2011 syksy 2011–2013
Seinäjoen alue seurakunta	Kirsti Esala	syksy 2011-2013
Oulun Diakonissalaitos	Helena Purola Päivi Räinen	2011–2012 2013
Helsingin Diakonissalaitos	Tuija Åstedt Karin Strandberg	kevät 2011 syksy 2011–2013

TAULUKKO 2. Hankkeen ohjausryhmän kokoonpano v. 2011–2013

Ohjausryhmän kokoonpano	Tausta	Aika
Pirjo Aho, jäsen	Satakunnan sairaanhoitopiiri, koulutuspäällikkö	2011–2013
Jaana Föhr, jäsen	Helsingin Diakonissalaitos, diakoniapalveluiden ylilääkäri	2011–2013
Sirkka Jakonen, jäsen	Itä-Suomen aluehallintovirasto, johtaja, peruspalvelut, oikeusturva ja luvat -vastuualue	2011–2013
Mirva Kuikka, puheenjohtaja	Oulun hiippakunnan tuomiokapituli, diakonian hiippakuntasihtööri	2011–2013
Helena Kotisalo, sihteeri	Diak (Pori), lehtori, tutkija-kehittäjä	2011–2013
Esko Kähkönen, jäsen	Diak (Helsinki), tutkimuspäällikkö, osaamisalueen johtaja	2011–kevät 2013
Kari Ruotsalainen, jäsen	Diak (Oulu), yliopettaja, osaamisalueen vt. johtaja	syksy 2013
Mika Nokelainen, jäsen	Diak (Pori), aluekoordinaattori	2011
Helena Purola, jäsen	Oulun Diakonissalaitos, hoitotyön asiantuntija	2011–2012
Päivi Räinen, jäsen	Oulun Diakonissalaitos, palvelujohtaja	2013
Lea Rättyä, jäsen	Diak (Oulu), aluekoordinaattori, projektipäällikkö	2011–2013

Liite 2. Suunnitelma hankeyhteistyöstä

Hankeyhteistyö vuosina 2011–2013

TERVE SIELU TERVEESSÄ RUUMIISSA – DIAKONISSAT TERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMIJOINA -hankkeessa

Diakonia-ammattikorkeakoulu (Diak) on käynnistänyt hankeyhteistyön seurakuntanne kanssa. Seurakunnasta on nimetty yhteyshenkilö ja sovittu hankkeen rajauksesta joko lapsiperheiden, työikäisten tai ikääntyvien terveyden edistämiseen.

Diak on saanut hankkeesta rahoituspäätöksen Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL). Rahoitus myönnetään Diakille vuosi kerrallaan tutkimus- ja kehittämistoiminnasta esitettyjen raporttien perusteella. Hanke on suunniteltu ajalle 1.3.2011–31.12.2013.

Diakin Kirkkotutkimusohjelman tutkimuspäällikkö Esko Kähkönen (esko.kahkonen@diak.fi) vastaa tästä hankkeesta. Käytännön hankeyhteistyössä toimivat puoliaikaisina työntekijöinä projektipäällikkö, tutkija Lea Rättyä (lea.rattya@diak.fi) ja tutkija-kehittäjä Helena Kotisalo (helena.kotisalo@diak.fi).

Diak huolehtii hankkeeseen liittyvästä taloushallinnosta ja kustannusseurannasta rahoittajan ohjeiden mukaisesti. Seurakunta osallistuu hankkeeseen työntekijöidensä työpanoksella sekä antaa tarvittavat tilat ennalta sovittuihin hankeyhteistyön kokoontumisiin ja koulutuksiin. Hankeyhteistyöllä tarkoitetaan Diakin ja seurakunnan sitoutumista paikalliseen tutkimus- ja kehittämistoimintaan tutkimussuunnitelman mukaisesti (ks. Liite 1). Hankkeesta ”Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina” on laadittu myös oheinen tiedote (ks. Liite 2).

Hankkeessa tuotettuja kirjallisia aineistoja käytetään tutkimustarkoituksiin. Diakin tutkijat julkaisevat artikkeleita ja kokoavat hankkeesta loppuraportin, jossa kuvataan tutkimus- ja kehittämistoiminnan tuloksia yhteistyöseurakunnissa. Diakin sairaanhoitaja (AMK) -diakonissaopiskelijoille tarjotaan hankkeen yhteydessä mahdollisuuksia opinnäytetöihin. Hankkeessa tuotet-

tuja tutkimustuloksia ja aineistoja voidaan hyödyntää seurakunnan työyhteisön sisäisissä koulutuksissa, moniammatillisessa yhteistyössä ja kehittämistoiminnassa huomioiden salassapito- ja luottamuksellisuuskäsitteet. Allekirjoittajat sitoutuvat edellä kuvattuun hankeyhteistyöhön ja keskinäiseen tiedottamiseen. Yhteistyöseurakunnasta allekirjoittajina ovat esimies (kirkkoherra) ja nimetty viranhaltija (yhteyshenkilö). Diakin puolesta allekirjoittajina ovat hankkeen vastuhenkilöt (tutkimuspäällikkö ja projektipäällikkö). Tätä asiakirjaa hankeyhteistyöstä on tehty kaksi kappaletta, toinen seurakunnalle ja toinen Diakille.

Paikka ja aika: _____ / ____ / ____ 2011

Kirkkoherra _____ seurakunta
Yhteyshenkilö _____ seurakunta

Paikka ja aika: _____ / ____ / ____ 2011

Esko Kähkönen
Tutkimuspäällikkö
Diakonia-ammattikorkeakoulu Oy

Lea Rättyä
Projektipäällikkö
Diakonia-ammattikorkeakoulu Oy

LIITTEET: Tutkimussuunnitelma ja tiedote hankkeesta

Liite 3. Hankkeessa tuotettu terveystarkastus -lomake

TERVEYSKYSELY – lomake diakoniatyön käyttöön

Lomakkeelle kootaan asiakkaan kanssa hänen elämäntilannettaan, terveyttään ja hyvinvointiaan kuvaavaa luottamuksellista tietoa. Diakoniatyöntekijä käyttää lomaketta ja siihen tallentamia tietoja asiakkaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen ja ohjaamiseen. Asiakas voi myös itse käyttää lomaketta oman terveytensä ja voimavarojensa arvioimiseen.

Ohje: Kirjoita avoimiin laatikoihin (11-12 fontti) ja valitse rastittamalla (x) sopivat vaihtoehdot.

Seurakunta: Päiväys:

Nimi:

paikka kuvalle

1. Sukupuoli: nainen mies

2. Ikä: vuotta

3. Asuminen, perhesuhteet ja palvelujen saatavuus

- a. asun yksin
- b. asun parisuhteessa (ei huollettavia lapsia kotona)
- c. asun kahden huoltajan lapsiperheessä (lapset kotona)
- d. olen yksinhuoltaja (asun lapseni/lasteni kanssa)
- e. palvelut ovat kaukana (asun haja-asutusalueella tai syrjäisellä maaseudulla)
- f. palvelut ovat lähellä (asun kuntakeskuksessa tai kaupungissa)

4. Nykyinen elämäntilanne

- a. opiskelen
- b. olen työssä
- c. olen työelämän ulkopuolella
- d. olen eläkkeellä
- e. muu, mikä?

5. Mitä palveluja ja tukimuotoja käytät säännöllisesti?

- a. kotihoito (kotisairaanhoidtaja tai kotipalvelu)
- b. siivousapu
- c. saatto- tai kuljetusapu
- d. vapaaehtoinen ystävä tai lähimmäinen (SPR, seurakunta tms.)
- e. diakoniatyöntekijän henkilökohtainen tuki
- f. ryhmätoimintaan osallistuminen (seurakunta, järjestö tms.)
- e. muuta, mitä?

6. Jos olet käynyt viimeisen vuoden aikana vastaanotolla tai tutkimuksissa, missä kävit?

- a. lääkärin vastaanotolla
- b. näön tutkimuksessa
- c. kuulon tutkimuksessa
- d. hammaslääkärin tai suuhygienistin vastaanotolla
- e. terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla
- f. muualla, missä?

7. Onko Sinulla pitkäaikaisia sairauksia tai vaivoja?

Jos on, millaisia?

kyllä

ei

8. Tarvitsetko terveytesi hoitoon säännöllistä lääkitystä?

Jos tarvitset, mitä?

kyllä

en

Miten lääkkeiden ottaminen toteutuu? (oma arvio)

9. Pystytkö maksamaan tarvitsemasi hoidon ja lääkkeet?

kyllä

en

10. Kuinka monta tuntia keskimäärin nuket vuorokaudessa?

Onko tämä mielestäsi riittävä?

tuntia

kyllä

ei

11. Miten usein liikut vähintään puoli tuntia kerrallaan?

a. päivittäin

b. muutaman kerran viikossa

c. muutaman kerran kuukaudessa

d. harvemmin tai en lainkaan

e. en voi vammaan tai sairauden takia harrastaa liikuntaa

12. Tupakoitko?

Jos tupakoit, kuinka monta savuketta päivässä?

kyllä

en

savuketta

13. Käytätkö alkoholia?

Jos käytät alkoholia, kuinka monta annosta viikossa?

kyllä

en

annosta

14. Pelaatko raha- tai muita pelejä?

kyllä

en

15. Aiheuttavatko päihteet tai muut riippuvuudet sinulle ongelmia?

Jos aiheuttavat, millaisia?

kyllä

ei

16. Oletko huolissasi terveydestäsi, elämäntavoistasi tai jostakin muusta?

olet, mistä?

kyllä

en

Jos

17. Mikä antaa elämääsi voimaa, intoa ja toivoa?

18. Missä olet mielestäsi hyvä?

Kysymyksissä 19–22 voit itse arvioida terveydentilaasi. Merkitse rasti (X) janalle sopivaan kohtaan.

19. Millaisena koet terveytesi tällä hetkellä?

Hyvä _____ Huono

20. Millainen tukiverkosto Sinulla on tällä hetkellä? (sukulaiset, naapurit, ystävät...)

Hyvä _____ Huono

21. Onko Sinulla viime aikoina ollut seuraavia oireita tai vaivoja?
voimattomuutta tai väsymystä

Kyllä _____ Ei

alakuloisuutta tai masentuneisuutta

Kyllä _____ Ei

hermostuneisuutta tai jännittyneisyyttä

Kyllä _____ Ei

ylirasitusta tai työuupumusta

Kyllä _____ Ei

surua tai menetyksiä

Kyllä _____ Ei

yksinäisyyden tunnetta

Kyllä _____ Ei

muistamattomuutta

Kyllä _____ Ei

22. Miten selviät seuraavista toiminnoista?

jokapäiväiset askareet (esim. ruuanlaitto, pukeutuminen, peseytyminen)

Hyvin _____ Huonosti

raskaan kotityön tekeminen (esim. kodin siivous, mattojen piiskaus)

Hyvin _____ Huonosti

portaiden nouseminen levähtämättä kaksi kerrosväliä

Hyvin _____ Huonosti

polvistuminen, kumartuminen

Hyvin _____ Huonosti

asiointi kodin ulkopuolella (esim. kaupassa, pankissa, lääkärissä käynnit)

Hyvin _____ Huonosti

osallistuminen paikalliseen toimintaan (esim. seurakunnassa, järjestöissä)

Hyvin _____ Huonosti

23. Tuliko näiden kysymysten kautta esille asioita, joiden vuoksi tarvitset apua tai tukea?

kyllä

ei

Jos tuli, millaisiin asioihin tarvitset apua tai tukea?

24. Millaisia tavoitteita ja keinoja Sinulla on terveytesi ylläpitämiseksi ja edistämiseksi?

25. Mitä odotuksia Sinulla on seurakunnan toiminnasta ja diakoniatyöntekijän tuesta?

Allekirjoitukset

Suostun siihen, että asioiden käsittelyn yhteydessä esille tulleita minua koskevia arkaluontoisia tietoja saa tallettaa seurakunnan diakoniatyön asiakasrekisteriin.

Paikka ja aika:

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Työntekijän allekirjoitus ja nimen selvennys

Tämä lomake on koottu aiempien terveystarkastuslomakkeiden pohjalta Diakonia-ammattikorkeakoulun hankkeessa "Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina". Lomake löytyy sähköisenä: www.sakasti.fi > Toiminta > Diakonia > Terveyden edistäminen > Terve sielu terveessä ruumiissa. Lomake on päivitetty 20.2.2014.

Liite 4. Hankkeessa tuotettu diakonissan salkku

DIAKONISSAN SALKKU

Tämä diakonissan salkku sisältää erilaisia terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä lomakkeita, mittareita, kirjallisuutta ja välineitä, joita diakoniatyöntekijä voi käyttää apuna asiakkaan (yksilö, perhe tai ryhmä) elämäntilanteen selvittämiseen, kokonaisvaltaiseen tukemiseen ja ohjaamiseen.

Lomakkeita ja mittareita diakoniatyöntekijöiden käyttöön:

Alkoholinkäytön riskit (AUDIT): <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

Alkoholin käyttö, yli 65-vuotiaat:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c20d06e-9e1c-43dc-baf9-d4ab8aade0b5>

Lääkeinfo (entinen Pharmaca Fennica): <http://www.laakeinfo.fi>

Mielialakysely: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/mielialakysely>

Mielenterveystalo, psyykkistä hyvinvointia edistävä nettipalveluiden kokoelma: <https://www.mielenterveystalo.fi/>

Muistitesti (huom. MMSE ja CERAD -testit ovat terveydenhuollon testejä):

<http://www.tohtori.fi/?page=6510432>

Ruokailutottumukset -kysely:

http://www.ttl.fi/partner/virkeana_ratissa/materiaalit/Documents/Keskeiset_ruokailutottumukset-kysely.pdf

Sosiaaliturvan tarkistuslista:

http://www.sosiaaliturvaopas.fi/files/sosiaaliturvaopas/sosiaaliturvan_tarkistuslista_250111.pdf

Sosiaaliturvaopas:

http://www.sosiaaliturvaopas.fi/files/sosiaaliturvaopas/Jarjestojen_sosiaaliturvaopas_2013.pdf

Terveyskysely -lomake:

<http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp2?open&cid=Content3198F7>

Toimeentulolaskuri:

<http://www.sosiaalikollega.fi/virtu.fi/laskurit/toimeentulotukilaskuri>

Viitearvot:

<http://www.laaketietokeskus.fi/laaketieto/tietoa-laakkeista-ja-terveydesta/laakehoitoon-liittyvat-laboratoriotutkimukset>

Voimavaramittari, ensimmäistä lastaan odottavat:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cc19809a-24e6-4bd8-b031-08f29d266080>

Voimavaramittari, yli 65-vuotiaat:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/10907c5b-c6a1-42fe-ae4b-877bab351b7f>

Paikallisia lomakkeita:

Elämäni tarina – asiakaslomake ja ohje

Verkostokartta (alueellinen)

Välineitä ja kirjallisuutta:

Risti, krusifiksi, matkaikoni, led-kynttilä

Virsi- ja laulukirja, kirkkokäsikirja, Raamattu

Kuumemittari

Kertakäyttökäsineet

Käsidesi

Sidetarpeita yms.

Verenpainemittari

Muita hyödyllisiä www -linkkejä:

www.thl.fi

<http://www.terveysportti.fi/>

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>

www.sakasti.fi

<http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?open&cid=ContentCB179>

Omat linkit:

Tämä salkku on koottu Diakonia-ammattikorkeakoulun ”*Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina*” – hankkeen (2011–2013) yhteydessä ja julkaistaan internetissä, osoitteessa: www.sakasti.fi > Toiminta > Diakonia > Terveyden edistäminen > Terve sielu terveessä ruumiissa. Salkku on päivitetty 20.2.2014.

Liite 5. Hankkeen opinnäytetyöt

Taulukko 3. Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt hankkeessa (ks. www.theseus.fi)

Opinnäytetyön nimi	Tekijä(t)	Vuosi	Paikkakunta
Pitkäaikaistyöttömien terveyden edistäminen Karjasillan seurakunnassa	Klinga, Miika & Härkönen, Antti	2011	Karjasilta
Diakonian asiakkaiden kokemuksia voimavararyhmästä terveyden edistäjinä	Igendia, Miriam	2013	Karjasilta
LÖYDÄ VOIMAVARASI – TYÖTTÖMIEN RYHMÄ	Vähäaho-Kuusisto, Päivi	2013	Karjasilta
YHTEISÖLLISYYTTÄ YHTEISTYÖLLÄ Yhteisöllisyys perheiden terveyttä edistävänä tekijänä Perhossa	Ansamaa, Arja	2013	Perho
Perhon seurakunnan perhekerhot vanhempien terveyden edistäjinä	Pohjola, Hanna-Kaisa & Tervo, Veera	2013	Perho
Kouluikäisten kehitysvammaisten terveyden edistäminen ja palvelujen saatavuus Perhon kunnassa	Ulander-Aaltomaa, Teija & Sorvola, Arja-Leena	2013	Perho
VOIMAVARARYHMÄ Vertaisryhmä lapsiperheiden vanhemmille Keski-Porin seurakunnassa	Suni, Mirva	2013	Keski-Pori
Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen Keski-Porin seurakunnassa	Luotonen, Päivi	2014	Keski-Pori
IKÄIHMISTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN. Terveyden edistäminen Espoonlahden seurakunnan diakoniatyön ikäihmisten kerhossa	Mäkitalo, Ulla & Virtanen, Helena	2012	Espoonlahti
Diakoniatyö ikääntyneen surusta selviytymisen tukena Espoonlahden seurakunnassa	Holma, Milla, Lehtinen, Mira & Tornberg, Noora	2014	Espoonlahti
Diakonissa mielenterveyden edistäjänä	Leskelä, Leena & Luoma, Heli	2013	seurakuntien yhteinen
Kristillinen hengellisyys ikääntyneen terveyden edistämässä Oulun Diakonissalaitoksen Vesper- ja Veljes-kodissa	Ervasti-Inkala, Teija & Jokiranta, Miia	2013	ODL
IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNKULUN KANSIO Oulun diakonissalaitoksen veljeskodin asukkaille	Niemelä, Sari & Nikula, Kreetta	2013	ODL
”Terve työtön” Diakoniatyön asiakkaiden ajatuksia ja kokemuksia terveydestä ja työttömyydestä	Alasentie, Jaana	2011	yhteinen
Sairaanhoitaja lapsiperheiden terveyden edistäjänä	Halonen, Sanna & Tervonen, Maria	2012	yhteinen
Sairaanhoitaja ikääntyneiden terveyden edistäjänä	Karhumaa, Tiina & Taskila, Henna	2012	yhteinen
RINTASYÖPÄÄ SAIRASTAVAN NAISEN SELVIYTYMISEN TUKEMINEN Naisten ilta Keravan seurakunnassa	Hyytiäinen, Marketta & Karppinen, Sari	2012	yhteinen
IKÄIHMISTEN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN Diakoniatyön ja kunnallisen kotihoidon yhteistyö Outokummussa, Liperissä ja Polvijärvellä	Koponen, Päivi	2012	yhteinen
Sairaanhoitaja-diakonisojen kokemuksia diakonisesta hoitotyöstä kliinisessä hoitotyössä	Nurkkala, Kirsi & Vedenoja, Marja	2013	yhteinen

Liite 6. Itsearviointi Webropol -ohjelmalla hankkeen toimijoille



HANKKEEN ITSEARVIINTI syyskuu 2013

"Terve sielu terveessä ruumiissa - diakonissat terveyden edistämisen toimijoina" -hanke päättyy vuoden 2013 lopussa. Tämä kysely on osa hankkeen sisäistä itsearviointia. Kysely on lähetetty hankkeen yhteyshenkilöille seurakunnissa ja diakonissalaitoksissa sekä ohjausryhmän jäsenille ja valtakunnallisen terveyden edistämisen verkoston jäsenille.

Pyydämme Sinua/työyhteisöänne vastaamaan tähän sähköiseen kyselyyn 13.9.2013 mennessä. Yhteistyöterveisin projektipäällikkö Lea Rättö ja tutkija-kehittäjä Helena Kotisalo.

1. Olen hankkeessa ensisijaisesti: *

Valitse yksi vaihtoehto

- Yhteyshenkilö Keski-Porin seurakunnassa
- Yhteyshenkilö Iisalmen seurakunnassa
- Yhteyshenkilö Perhon seurakunnassa
- Yhteyshenkilö Karjasillan seurakunnassa
- Yhteyshenkilö Seinäjoen seurakunnassa
- Yhteyshenkilö Espoonlahden seurakunnassa
- Yhteyshenkilö Helsingin Diakonissalaitoksella
- Yhteyshenkilö Oulun Diakonissalaitoksella
- Hankkeen ohjausryhmän jäsen
- Valtakunnallisen terveyden edistämisen verkoston jäsen

2. Arvioi/arvioikaa hankkeen tavoitteiden toteutumista vuosina 2011-2013 (seurakunnan, laitoksen, ohjausryhmän tai verkoston näkökulmasta).

Valitse yksi vaihtoehtoista: kiitettävästi, hyvin, tyydyttävästi, ei toteutunut.

	Kiitettävästi	Hyvin	Tyydyttävästi	Ei toteutunut
Olemme edistäneet lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olemme edistäneet työikäisten terveyttä ja hyvinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olemme edistäneet ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olemme vahvistaneet diakonissojen kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen osaamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olemme vahvistaneet diakonissojen roolia terveyden edistämisen toimijana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Olemme kehittäneet paikallista yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden toimijoiden kanssa

Olemme kehittäneet uusia toimintatapoja tai malleja kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseen

3. Arvioi/arvioika omaa sitoutumistanne kehittämistoimintaan hankkeen aikana (seurakunnan, laitoksen, ohjausryhmän tai verkoston näkökulmasta):

Valitse yksi vaihtoehto

- Toimimme ja sitouduimme kiitettävästi
- Toimimme ja sitouduimme hyvin
- Toimimme ja sitouduimme tyydyttävästi
- Toimintaa ei ole toteutunut lainkaan

4. Mitkä asiat ovat sujuneet hyvin?

Kirjoita avoimeen kenttään:

5. Mitkä asiat ovat aiheuttaneet ongelmia tai olleet haasteellisia?

Kirjoita avoimeen kenttään:

6. Mikä on ollut hankkeen tärkein anti tähän mennessä?

Kirjoita avoimeen kenttään:

7. Mikä on muuttunut hankkeen aikana ja miten ?

Kirjoita avoimiin kenttiin:

Diakonian asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta?

Diakonisojen kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen osaamisen kannalta?

Yhteistyön toteutumisen kannalta (esim. seurakunnan eri työalat, kunta ja järjestöt)?

8. Mikä hankkeessa kehitetty toimintatapa tai malli on juurtumassa pysyväksi käytännöksi?

Kirjoita avoimeen kenttään:

9. Miten aiotte kehittää diakonian asiakkaiden kokonaisvaltaista terveyden edistämistä hankkeen jälkeen?

Kirjoita avoimeen kenttään:

10. Mitä muuta haluat/haluatte sanoa hankkeesta?

Kirjoita avoimeen kenttään:

Kiitos vastauksista!

Paina lopuksi "lähetä".