

DIAKONIATYÖN ASIAKKaidEN KOKEMUKSIA TERVEYSKYSELYSTÄ  
HAUKIPUTAAN SEURAKUNNASSA

Nanni Tanhua

Opinnäytetyö, syksy 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Diakonisen hoitotyön

suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja(AMK)+diakonissa

## TIIVISTELMÄ

Tanhua, Nanni. Diakoniatyön asiakkaiden kokemuksia terveystarkastuksesta Haukiputaan seurakunnassa. Oulu, syyskuu 2011, 65 s., 2 liitettä.

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

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Haukiputaan seurakunnan diakoniatyön asiakkaiden kokemuksia terveystarkastuksesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveyden edistämisen kehittämiseksi diakoniatyössä.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla neljää terveystarkastukseen vastannutta Haukiputaan seurakunnan diakoniatyön asiakasta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan diakoniatyön asiakkaat kokivat terveystarkastuksen tukena terveydentilan tiedostamiselle. Myönteistä oli se, että diakoniatyössä välitettiin terveydentilasta. Terveystarkastukseen vastaaminen herätti motivaatiota oman terveyden edistämiseen. Terveystarkastuksen merkitys oli sidoksissa asiakkaan omaan elämäntilanteeseen. Terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen osa diakoniatyön asiakkaista muutti elintapojaan terveellisemmiksi. Vaikeassa elämäntilanteessa terveystottumusten muuttaminen oli kuitenkin haastavaa. Diakoniatyön asiakkaat saivat seurakunnalta yksilöllistä tukea ja yhteys seurakuntaan antoi heille voimavaroja.

Jatkotutkimushaasteena on selvittää, minkä verran diakonissat terveydenhuollon ammattilaisina käyttävät työvälineenä tavoitteellista terveyskeskustelua. Käytetäänkö diakoniatyössä terveydenhuollon interventioita apuna, ja miten ne ovat sovellettavissa terveyden edistämiseen seurakunnassa.

Asiasanat: Diakoniatyö, terveyden edistäminen, laadullinen tutkimus

## ABSTRACT

Tanhua, Nanni. The Experiences of Diaconia Work Customers on a Health Questionnaire in the Congregation of Haukipudas

Oulu, autumn 2011, 65 p., 2 appendices.

Diaconia University of Applied Sciences, Diak North Oulu. The Degree Programme in Nursing, Option in Diaconical Nursing, Nurse + qualification for the post of parish nurse in the Evangelical Lutheran Church of Finland

The purpose of this thesis was to describe the experiences of the customers of diaconia work concerning a health questionnaire. The research data were collected in the congregation of Haukipudas. The goal was to produce information to develop health promotion in diaconia work.

The material of the thesis was collected by interviewing four customers of diaconia work who answered the questionnaire in the congregation of Haukipudas. The material was analysed with a material-oriented content analysis.

According to the results, the customers of diaconia work experienced that the health questionnaire had supported awareness of their own health. It was positive that the diaconia work cared about their health. Answering the health questionnaire raised motivation towards promoting their own health. The significance of the health questionnaire was tied with the customer's own situation of life. After answering the health questionnaire, some of the customers of diaconia work changed their ways of life to healthier habits. In a difficult situation in life, changing health-related habits was, however, challenging. The customers of diaconia work received individual support from the congregation and their connection to the congregation gave them strength.

A challenge for further studies is to find out how much parish nurses as health care professionals use target-oriented health discussion as a tool. Are health care interventions used as an aid in diaconia work, and how can they be applied to health promotion in a congregation?

Keywords: diaconia work, health promotion, qualitative research

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	TERVEYDEN EDISTÄMINEN DIAKONIAITYÖSSÄ .....	7
2.1	Terveys ja terveyden edistäminen .....	7
2.2	Diakoniaityö .....	11
2.3	Diakoninen hoitotyö .....	13
2.4	Terveyden edistämisen hanke Haukiputaan seurakunnan diakoniaityössä.....	15
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	19
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	20
4.1	Laadullinen lähestymistapa .....	20
4.2	Aineiston keruu .....	22
4.3	Aineiston analyysi .....	23
4.4	Opinnäytetyön etiikka .....	26
4.5	Opinnäytetyön luotettavuus.....	28
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	31
5.1	Terveyskysely tukena terveydentilan tiedostamiselle .....	31
5.1.1	Välittäminen .....	31
5.1.2	Oman terveydentilan kohtaaminen.....	32
5.2	Terveyskyselyn merkitys sidoksissa elämäntilanteeseen .....	33
5.2.1	Motivaation herääminen.....	34
5.2.2	Elämäntilanteen haasteet .....	34
5.2.3	Muutokset elintavoissa .....	36
5.3	Seurakuntayhteys voimavarana.....	40
6	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	43
7	TULOSTEN VERTAILUA AIEMPIIN TUTKIMUKSIIN .....	46
8	POHDINTA.....	49
	LÄHTEET.....	50
	LIITE 1.....	57
	LIITE 2.....	59



Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Haukiputaan seurakunnan diakoniatyön asiakkaiden kokemuksia terveystarkastuksesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveyden edistämisen kehittämiseen diakoniatyössä. Opinnäytetyön avulla haluttiin saada tietoa terveystarkastuksen merkityksestä diakoniatyön asiakkaiden terveyden edistämisessä.

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen, ja se tehtiin yhteistyössä Haukiputaan seurakunnan diakoniatyön kanssa. Terveystarkastusten tekemisestä seurakunnan diakoniatyön asiakkaille ei ole paljoa kokemusta, eikä tutkittua tietoa terveystarkastusten tekemisestä diakoniatyön asiakkaille löydy. Haukiputaan seurakunnan diakoniatyöntekijät halusivat saada tietoa terveystarkastuksen merkityksestä diakoniatyön asiakkaan näkökulmasta.

## 2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN DIAKONIA TYÖSSÄ

### 2.1 Terveys ja terveyden edistäminen

Terveys on jokapäiväisen elämän voimavara. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden fyysisenä, psyykkisenä, hengellisenä, sosiaalisena ja emotionaalisenä hyvinvointina (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15). Terveyttä voidaan myös pitää selviytymisenä kullekin ikäkaudelle ominaisista työ- ja toimintakyvyn vaatimuksista huolimatta elämänlaatua heikentävistä tekijöistä ja sairauksista. Terveys voidaan nähdä hyvinvointina, toimintakykyisyytenä ja tasapainoisena vuorovaikutuksena yksilön ja ympäristön välillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15.)

Hoitotieteellisissä terveyden määritelmissä korostetaan ihmisen subjektiivista kokemusta terveydestään. Terveyttä kuvataan henkilökohtaisena voimavarana tai kyynä, joka on fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä. Terveyttä pidetään moniulotteisena, ihmisen kokonaisuutta kuvaavana ja koko ajan muuttuvana tilana. Terveys liittyy itsestä huolenpitoon sekä itsehoitoon ja on osa ihmisten arkielämää. Ihmisen kyky hoitaa itseään edistää hyvinvointia sekä edistää tai ylläpitää ihmisen toiminnan eheyttä ja kehitystä. Terveyteen vaikuttavat fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö sekä sairaudet, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset, ja hänen asenteensa ja arvonsa. Omakohtaiseen arvioon terveydentilasta vaikuttavat ihmisen tavoitteet ja millaisessa ympäristössä ihminen elää. (Rissanen 1999; Huttunen 2010.)

Terveys 2015 – kansanterveysohjelman mukaan terveys syntyy, sitä turvataan ja se voi heikentyä ihmisen arjen olosuhteiden, elämäntapojen, valintojen ja vuorovaikutuksen tuloksena. Terveyteen vaikuttavia asioita ovat ympäristö ja sen ominaisuudet, ihmisten keskinäinen sosiaalinen tuki, yhteenkuuluvuus ja huolenpito, sekä ihmisen koulutus, tiedot ja taidot. Terveyden edistämisen laatusuosituksen mukaan terveyteen voidaan vaikuttaa monilla arkielämää koskevilla valinnoilla. Terveys voi joko vahvistua tai heikentyä yksilön omien

valintojen tai lähiyhteisön toimintojen vaikutuksesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

WHO määrittelee terveyden edistämisen prosessiksi, joka antaa yksilölle ja yhteisölle entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia tekijöitä (WHO 1986). Terveyden edistämisen määritelmä on rakentunut Ottawan asiakirjan pohjalta, joka on laadittu ensimmäisessä kansainvälisessä Maailman terveysjärjestön terveyden edistämistä koskevassa konferenssissa (Vertio 2003, 30).

Ottawan asiakirjassa terveyden edistäminen määritellään seuraavanlaisesti:

”Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveyden edistämiseen kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen ja psyykinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa, ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa.” (WHO 1986.)

Terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä ja sen perustana on terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolain määritelmän mukaan terveyden edistämällä tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla. Laissa on terveydenedistämiseen liittyen kohdat, joissa määritellään, että lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, työ- ja toimintakykyä, hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta, ja lisäksi tulee kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan väestön hyvinvointia ja terveyttä edistäviä asioita ovat sosiaalisen hyvinvoinnin, turvallisuuden ja osallisuuden lisääminen ja ylläpitäminen sekä köyhyyden ja syrjäytymisen vähentäminen, väestön hyvän terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, terveellisten elämäntapojen edistäminen, päihdehaittojen ehkäisy, sairauksien vähentäminen ja terveyserojen kaventaminen. Lisäksi ehkäisevän työn osaamista lisäämällä ongelmat voidaan tunnistaa



mahdollisimman varhain ja ryhtyä tarvittaviin tukitoimiin. Myös terveellisen elin- ja työympäristön turvaaminen kuuluu väestön hyvinvoinnin edistämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Vertio (2003) määrittelee terveyden edistämisen toiminnaksi, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisesta. Se merkitsee myös terveyden edellytysten paranemista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. Ympäristö mielletään sosiaalisesti ympäristöksi fyysisen ohella. Terveyden edistämistyössä haasteena on saada ihmiset käyttämään niitä voimavaroja ja mahdollisuuksia, joita heillä on sairastumisriskin vähentämiseksi (Hyryläinen 2003; Vertio 2003, 29.)

Laine ja Suominen (2007) tarkastelivat pro gradu – tutkielmassaan Terveyspoliittisia arvoja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja artikkelianalyysin pohjalta. Aineistossa kuvattiin terveyden edistämistä terveyden edellytysten luomisena, terveyserojen ja eriarvoisuuden vähentämisenä sekä ennaltaehkäisevään työhön panostamisena. Terveyden edistäminen on laaja-alaista toimintaa, jossa tavoitteena on taustatekijöihin vaikuttaminen ja joka perustuu eri tasojen toimintaan, pohjana on tieto kuntalaisten terveydentilasta ja toteutuminen varmistetaan lain nojalla. Terveyserojen ja eriarvoisuuden vähentämisen perustana on se, että kaikille annetaan samanlaiset mahdollisuudet oman terveyden hoitamiseen. (Laine & Suominen 2007, 65.)

Hoitotieteen näkökulmasta keskeisiä terveyden edistämisen sisältöjä ovat terveyden säilyttäminen ja edistäminen sekä sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen. Lääketieteellisestä näkökulmasta sisältöjä ovat käypä hoito, sairauksien ehkäisy ja hoitoon ohjaus. Kasvatustieteellisestä näkökulmasta ajatellen muutoksia tehdään koulutuksen ja kasvatuksen avulla, käyttäytymistieteellisesti ajatellen pyritään muuttamaan asenteita ja toimintoja terveellisempään suuntaan. (Koskinen – Ollonqvist 2007.)

Terveyden edistämisen lähtökohdat, sisällöt ja painoalueet perustuvat ihmis- ja terveystieteisiin. Terveyttä edistävä toiminta voi olla lähtökohtaisesti terveyttä edistävää, terveyttä suojelevaa tai sairauksia ehkäisevää. Luonnontieteellisessä

terveyskäsityksessä kiinnitetään huomiota sairauksiin ja niitä ylläpitäviin riskitekijöihin, jolloin puhutaan sairauksien ja kuolleisuuden ehkäisystä eli preventiosta. Myönteisen terveyskäsityksen mukaan terveyden edistäminen perustuu terveysvarannon kasvattamiseen, eli kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen, tällöin puhutaan promootiosta. Myös ympäristöön liittyvien rakenteellisten olojen muuttaminen luokitellaan terveellistä käyttäytymistä ja terveyttä edistäviksi eli promotiiviseksi toiminnaksi. (Koskinen – Ollonqvist 2007.)

Sirviön (2006) väitöskirjatutkimuksessa tuotettiin tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden terveyttä edistävästä toiminnasta. Tutkimuksen mukaan työntekijöiden terveyden edistämisen lähestymistapoja ovat ongelmalähtöinen, kasvatuksellinen ja voimavaralähtöinen lähestymistapa. Ongelmalähtöisessä lähestymistavassa päämääränä on sairauksien ehkäisy ja riskien välttäminen noudattaen asiantuntijoiden ohjeita ja neuvoja. Kasvatuksellisessa lähestymistavassa päämääränä on muuttaa yksilön terveyskäyttäytymistä. Voimavarakeskeisessä lähestymistavassa pyritään löytämään voimavaroja niin yksilö- kuin yhteisötasolla siten, että näitä voimavaroja käyttäen ihmisillä olisi aktiivinen rooli oman terveytensä hallinnassa. (Sirviö 2006.)

Pietilä, Varjoranta & Matveinen (2009) kuvaavat Tutkiva Hoitotyö – lehden artikkelissa perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä. Terveyden edistämisen arvopohjaa kuvataan niin, että arvoperusta heijastui työn lähestymistapoihin, asiakkaiden kohtaamiseen, käytössä oleviin työmenetelmiin ja toimintamalleihin. Keskeistä oli asiakkaan tukeminen yksilölliset tarpeet huomioiden, voimavaroja ja terveyttä tukevien asioiden tunnistaminen sekä voimavarojen vahvistaminen. Terveyden edistäminen kuvattiin päivittäisenä toimintana, jossa tuli esiin myös se, että erilaiset mittarit (esimerkiksi AUDIT) helpottavat vastaanottotyötä. (Pietilä, Varjoranta & Matveinen 2009.)

## 2.2 Diakoniatyö

Raamatun rakkaudenkäskyyn perustuvalla kristillisellä diakonialla tarkoitetaan palvelutoimintaa, joka kohdistuu kaikkiin hädässä oleviin, ja erityisesti kaikkein heikoimmassa asemassa oleviin ihmisiin (Suomen diakoniatyöntekijöiden liitto 1994, 16). Kirkkojärjestyksen määritelmän mukaan ”Seurakunnan ja sen jäsenten tulee harjoittaa diakoniaa, jonka tarkoituksena on kristilliseen rakkauteen perustuvan avun antaminen erityisesti niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muulla tavoin auteta ” (KJ 4:3). Diakonia kirkon auttamistyönä on kristillisen uskon perustalta tapahtuvia hyviä tekoja, lähimmäisen auttamista, tukemista ja hoivaa (Rättyä 2009, 45; Malkavaara 2008, 10; Jolkkonen 2006, 126 ). Nykyisen diakonian tehtäviä ovat jo alkuseurakunnan ajoista johdetut karitatiiviset (hoito ja huolenpito, sosiaalinen diakonia) katekeettiset (kasvatus ja opetus) ja liturgiset tehtävät (jumalanpalvelukseen ja ehtoolliseen liittyvä palvelu) sekä kaikkiin näihin sisältyvä sielunhoidollinen ulottuvuus (Lappalainen 2002, 130).

Rättyä (2004) on lisensiaatintyössään tutkinut diakoniatyötä, työssä olemista ja siinä jaksamista diakoniatyöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten mukaan diakoniatyö kuvataan ammattitaitoisena auttamisena, hädän ehkäisemisenä ja kokonaisvaltaisena tukemisena. Ammattitaitoista auttamista ohjaavia tekijöitä olivat tutkimuksen mukaan avun antaminen, ihmisten erottelemattomuus, lähimmäisen rakkaus, laaja-alaisuus, kansainvälisyys ja hädän etsiminen. (Rättyä 2004.)

Avun antaminen kuvailtiin tutkimuksen tulosten mukaan auttamisena, palvelemisena ja tukemisena. Ihmisten erottelemattomuus diakoniatyössä merkitsi sitä, että autettavia ei luokiteltu tai jätetty avun ulkopuolelle millään perusteella. Laaja-alaisuus diakoniatyössä kuvaa työn moninaisuutta ja hajanaisuutta. Kansainvälisyys tarkoitti kansainvälisen diakonian toteuttamista ja esillä pitämistä. Hädän etsiminen kuvattiin hädän tunnistamisena, syrjään jäävien huomiontina, suurimman puutteen, hoitamattoman sairauden, henkisen ja hengellisen ahdingon sekä yksinäisten etsimisenä. Lähimmäisenrakkaus merkitsi Jeesuksen esimerkin seuraamista ja kristillisen sanoman todentamista käytännössä. Kokonaisvaltaista

tukemista kuvattiin hengellisenä, henkisenä, emotionaalisenä ja käytännön tukena. (Rättyä 2004.)

Diakoniatyö on myös yhteiskunnallista vaikuttamista huonoissa, epäoikeudenmukaisissa ja sortavissa olosuhteissa elävien puolesta (Malkavaara 2008, 10). Rättyä (2009) on väitöskirjatutkimuksessaan kuvannut diakoniatyöntekijöiden käsityksiä työnsä sisällöstä ja yhteiskunnallisen muutoksen työlle tuomista haasteista. Tutkimuksen tulosten mukaan diakoniatyöntekijät halusivat puuttua yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin, jotka aiheuttavat yksittäisille ihmisille ja perheille pahoinvointia. Konkreettisen avun antamisen lisäksi huomiota olisi kiinnitettävä koulutukseen, diakoniakasvatukseen ja julkisen arvokeskustelun mahdollisuuksiin yhteiskunnassa. (Rättyä 2009, 161.)

Jokelan (2011) väitöskirjatutkimuksessa otetaan myös kantaa yhteiskunnallisen vaikuttamisen vähäisyyteen. Kun julkiset palvelut ovat supistumassa, seurakunnan diakoniatyön asiakastyön rooli korostuu jatkuvuutena asiakkaan elämässä. Diakoniatyössä yhteiskunnan aukkopaiikkoja paikataan, ja tällöin hyväksytään hiljaisesti vallitseva käytäntö. Jokelan tutkimuksen perusteella diakoniatyöhön on sisäänkirjoitettuna yhteiskunnalle kuuluvien tehtävien paikkaaminen. Vahvuutena diakoniatyössä on yksittäisen ihmisen kohtaamisessa, mutta ongelmiin tarttuminen laajemmin on haaste. (Jokela 2011, 179 -181.)

Diakoniatyötä voisi nykyään luonnehtia sekä hengelliseksi työksi että sosiaalisen tuen ja avun antamiseksi (Yeung 2007, 15). Juntunen, Grönlund & Hiilamo ovat tutkimuksessaan selvittäneet millaisia katvealueita diakoniatyöntekijät näkevät suomalaisessa sosiaaliturvajärjestelmässä ja miten diakoniatyö kohdentuu. Tutkimuksen tulosten mukaan diakoniatyön antama apu sisälsi aineellisen avun, neuvonnan ja ohjauksen, keskustelun ja myötäelämisen, yhteistyön viranomaisten kanssa, rohkaisemisen, kannustamisen sekä hengellisen auttamisen. Aineellista apua olivat esimerkiksi ruoka-apu, osto-osoitukset sekä maksusitoumukset. Tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijää tarvitaan valvomaan, että asiakkaiden oikeudet sosiaaliturvaetuuksiin ja palveluihin toteutuvat. Tutkimuksesta ilmenee, että viimesijaisen sosiaaliturvan keskeinen ongelma on sen matala taso suhteutettuna elinkustannuksiin Suomessa. Lisäksi diakoniatyön asiakkaat eivät aina tiedä

oikeuksiaan, eivätkä osaa vaatia niitä. Tutkimuksessa tuodaan esiin myös se, että kuilu perusturvan varassa elävien ihmisten ja muun väestön välillä kasvaa. (Juntunen, Grönlund & Hiilamo 2006.)

Kinnusen (2009) tutkimuksen mukaan diakonian asiakkaissa on paljon niitä, joita ei ole autettu riittävästi julkisessa järjestelmässä tai jotka ovat tulleet pois käännytetyiksi. Tutkimuksen mukaan sairaita putoaa monista syistä yhteiskunnan turvaverkkojen läpi, mutta yleensä putoamisella on yhtymäkohtia heikon taloudellisen tilanteen kanssa. Koska perusturvan taso on matala, sairastuminen johtaa köyhyyteen. Diakonian apua sairauksiin hakevat erityisesti erilaiset välinputoajaryhmät, kuten pienellä eläkkeellä elävät yksineläjät, ylivelkaantuneet, aloittelevat yrittäjät, epäsäännöllisiä tuloja saavat, opiskelijat ja henkilöt, joilla on hyväksyttävät menot, mutta jotka eivät ole oikeutettuja toimeentulotukeen. Syitä hakeutua diakonian asiakkaaksi terveysongelmissa ovat erilaiset sairauskriisit, traumaattiset menetykset tai maksamatta jääneet terveydenhoitolaskut ja ostamattomat lääkkeet. (Kinnunen 2009, 249 -250.)

Terveyteen liittyvät avun muodot diakoniatyössä ovat Kinnusen (2009) tutkimuksen mukaan henkistä ja sosiaalista tukea sekä asiakkaan oppaana toimimista, eivät niinkään konkreettisia hoitotoimenpiteitä. Diakoniatyön tarjoamia avun muotoja terveyteen liittyen ovat palveluohjaus, neuvonta, vertaistuen mahdollistaminen, keskusteluapu, asiakkaan rohkaisu ja kannustus. Lisäksi diakoniatyöntekijä puolustaa asiakkaan oikeuksia, auttaa yhteydenpidossa viranomaisiin, kuuntelee huolia ja tukee sairauteen liittyvissä kriiseissä. Tutkimuksen mukaan nämä tukimuodot ovat tarpeellisia siksi, ettei niitä ole riittävästi tarjolla julkisissa palvelujärjestelmissä, ja lisäksi asiakkaalla voi vaikeuksia hakeutua palveluihin, vaikka niitä olisikin tarjolla. (Kinnunen 2009.)

### 2.3 Diakoninen hoitotyö

Diakonista hoitotyötä toteuttaa sairaanhoitaja-diakonissa. Diakonissa voi toimia sairaanhoitajana erilaisissa hoitotyön tehtävissä, mutta lisäksi hän voi toimia Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakonian virassa diakoniatyöntekijänä.

Sairaanhoitaja-diakonissa on diakonisen hoitotyön ja diakoniatyön asiantuntija. Diakoninen hoitotyö perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen ja lähimmäisenrakkauteen, ja on kokonaisvaltaista ihmisen fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaamista. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2011; Gothoni & Jantunen 2011; Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a.)

Gothoni & Jantunen ovat määritelleet tutkimuksessaan diakoniatyötä kuvaavia käsitteitä ja termejä. Tutkimuksen pohjalta diakoninen hoitotyö määritellään sairaanhoitaja-diakonissan diakoniseen erityisasiantuntemukseen ja kristilliseen ihmiskäsitykseen perustuvaksi hoitotyöksi, jossa huomioidaan erityisesti ihmisen henkisyys, hengellisyys ja usko voimavaroina, tuen tarpeina sekä toivoa lisäävinä ja yhteisöllisyyteen kutsuvina asioina (Gothoni & Jantunen 2011). Gothonin ja Jantusen mukaan diakonisen hoitotyön tavoitteisiin kuuluu terveyden edistäminen ohjaamalla ja neuvomalla terveyttä edistävien elämäntapojen noudattamisessa sekä terveystalvelujen käytössä. He kuvaavat diakonista hoitotyötä kokonaisvaltaisena ihmisen psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaamisena, jossa työntekijän voimavarana ja motivaation lähteenä on hengellisyys. Gothonin ja Jantusen tutkimuksessa muita esiin nousseita diakonisen hoitotyön ominaispiirteitä ovat yksilöllisyys, asiakaskeskeisyys, kunnioittaminen, läsnäolo, kuunteleminen, kumppanuussuhde, hengellisyys, hengellinen tuki ja toivo. (Gothoni & Jantunen 2011.)

Myllylän (2004) väitöskirjatutkimuksen ”Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen” mukaan diakonisen hoitotyön auttamismenetelmiä kuvataan lähimmäisen ammatillisena palvelemisena. Hoitotyön menetelmien lisäksi käytettäviä menetelmiä ovat karitatiiviset, sosiaaliset, pastoraaliset, katekeettiset ja liturgiset menetelmät. Diakoninen hoitotyö pohjautuu Myllylän mukaan hoitotieteen ja teologian sekä niitä täydentävien tieteiden sovellutuksiin hoitokäytännöissä. Tutkimuksen mukaan diakoninen hoitotyö opitaan koulutuksen kautta, koska sillä on teologinen perusta. (Myllylä 2004, 76 -79.)

Diakoniatyössä diakoninen hoitotyö on tuen antamista, toivon mahdollistamista, voimavarojen vahvistamista, terveyteen liittyvää ohjausta ja sielunhoidollista auttamista (Rättyä 2009, 46; Kotisalo 2005, 16). Terveystalvelun liittyvissä ongelmissa

diakoniatyön asiakkaita autetaan keskustelulla, myötätunnolla, rohkaisulla, henkisellä ja hengellisellä tuella (Kinnunen 2009, 131). Diakonisen hoitotyön taustalla on kristillinen usko ja kristillinen ihmiskuva, eikä hoidettavalta vaadita erityistä vakaumusta (Myllylä 2004, 80; Gothoni & Jantunen 2010, 33). Diakoninen hoitotyö on kokonaisvaltaista ihmisen auttamista, jossa huomioidaan ihmisen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet (Gothoni & Jantunen 2010, 31). Diakonista hoitotyötä tehdään seurakunnan diakoniatyössä vastaanotolla, laitospäivillä, kotikäynneillä, retkillä, ryhmissä, kerhoissa ja leireillä (Gothoni & Jantunen 2010, 35). Diakonista hoitotyötä tarvitaan myös sairaaloissa ja hoitolaitoksissa (Myllylä 2004, 80).

#### 2.4 Terveystiedon edistämisen hanke Haukiputaan seurakunnan diakoniatyössä

Haukiputaan seurakunnassa on noin 16 000 jäsentä. Seurakunnassa työskentelee neljä diakoniatyöntekijää, ja he kaikki ovat koulutukseltaan diakonisoja. Haukiputaan seurakunnan diakoniatyöhön kuuluu kotikäyntien ja vastaanottojen asiakaskontaktien lisäksi ryhmätoimintaa, leirejä ja retkiä. Diakoniatyön vastaanotolla käyvistä ihmisistä suurin osa on pitkäaikaistyöttömiä, syrjäytyneitä ja vähän koulutusta saaneita ihmisiä. Vuoden 2009 aikana Haukiputaan seurakunnan diakoniatyön vastaanotolla käyneistä ihmisistä suurin osa oli eläkeläisiä (51 %), yksinasuvia (48 %) ja 40 -64 - vuotiaita (35 %). Vastaanotolle hakeutumisen syynä olivat useimmiten ihmissuhdekysymykset (24 %), taloudelliset kysymykset (21 %) ja terveyteen ja sairauteen liittyvät kysymykset (21 %). (Seppänen i.a.)

Terveystiedon edistämisen hankkeeseen mukaan lähtemisen taustalla oli se, että diakoniatyöntekijät kohtaavat lähes päivittäin ihmisiä, joiden mahdollisuudet omasta terveydestä huolehtimiseen ovat heikentyneet, ja jotka ovat jääneet terveydenhuollon palvelujen ulkopuolelle. Kuitenkin yhteistyö perusterveydenhuollon toimijoiden kanssa on ollut vähäistä. Lisäksi diakonisojen sairaanhoidollinen osaaminen on jäänyt vähäiselle käytölle, eikä ammattitaitoa ole päivitetty ennen hanketta. (Seppänen i.a.)

Haukiputaan seurakunnassa toteutettu terveyden edistämisen hanke ” Terveyden edistäminen osaksi diakoniatyön arkea” oli osa Oulun tuomiokapitulin ja sen nimeämän johtoryhmän vuosina 2008–2010 hallinnoimaa terveyden edistämisen hanketta, ja siinä oli mukana Haukiputaan seurakunnan lisäksi kolme muuta seurakuntaa. Terveyden edistämisen hankkeen taustalla oli Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön päätös nostaa terveys- ja sairauskysymykset aikaisempaa näkyvämpään asemaan diakoniatyössä. Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön toimikunta perusti vuonna 2007 työryhmän, jonka tehtävänä on kehittää toimintaa terveys- ja sairauskysymyksissä. Terveys- ja sairauskysymysten esiin nostaminen diakoniassa koettiin tarpeelliseksi, koska huomattiin, että terveys- ja sairauskysymykset sekä sairaiden auttamiseen liittyvä diakoniatyöntekijöiden osaaminen ovat jääneet köyhien auttamisen varjoon ja asiakastyö painottuu varsinkin vastaanotolla tapahtuvissa kohtaamisissa taloudelliseen avustamiseen. (KDY:n työryhmän raportti 2009, 1; Seppänen i.a.)

Terveyden edistämisen hankkeen tavoitteita olivat sekä koko hankkeessa että Haukiputaan seurakunnassa: kehittää malleja terveyteen ja sen edistämiseen liittyvien kysymysten kohtaamiseen paikallisseurakunnan diakoniatyössä, ottaa terveyden edistäminen osaksi diakoniatyön arkea ilman että työn määrä lisääntyy, vahvistaa diakonissojen sairaanhoidollista osaamista ja käyttöä arjen työtilanteissa sekä kehittää jo olemassa olevia ja uusia yhteistyömalleja terveydenhuollon ja muiden toimijoiden kanssa. Lisäksi Haukiputaalla oli tavoitteena haastaa muutkin seurakunnan työmuodot mukaan edistämään terveyttä eri toimintamuodoissa. Hankkeen käytännön toteutuksesta vastasivat Haukiputaan seurakunnassa diakoniatyöntekijät. Haukiputaan seurakunnassa hanketta suunniteltiin keväällä 2009, syksystä 2009 kevääseen 2010 hanketta toteutettiin käytännössä ja syksy 2010 oli hankkeen yhteenvedon aikaa. ( Seppänen i.a.)

Terveyskyselyitä tehtiin syyskuusta 2009 toukokuuhun 2010 diakoniatyöntekijöiden vastaanotolla käyville asiakkaille heidän suostumuksellaan. Kyselylomakkeet asiakas täytti vastaanotolla ollessaan. Kyselylomakkeessa selvitettiin taustatietoja, lisäksi oli kysymyksiä terveydestä, toimintakyvystä, unesta, liikunnasta, elintavoista ja terveyspalvelujen käytöstä (LIITE 2). Kyselylomakkeet olivat nimettömiä, ja asiakas sai täytetyn lomakkeen itselleen. Kopio säilytettiin diakoniatuimistossa



hankkeen ajan, jolloin siihen voitiin tarvittaessa palata asiakkaan kanssa. Kyselyä tehdessä esille nousevista asioista keskusteltiin yhdessä asiakkaan kanssa, ja asiakasta ohjattiin tarvittaessa terveystalouden piiriin, lääkäriin ja jatkotoimenpiteisiin. Terveyskyselylomaketta näytettiin terveyskeskuksen lääkäreille ennen kyselyiden aloittamista, ja kyselyyn lisättiin yksi kysymys lääkäreiden toiveesta. Asiakas voi käyttää terveystaloutta pohjana mennessään lääkäriin. (Seppänen i.a.)

Terveystalouden edistämisen hanketta toteutettiin Haukiputaan seurakunnassa monipuolisesti. Terveystalouden ja sairauten liittyviä kysymyksiä tuotiin entistä enemmän esiin vastaanotoilla ja kotikäynneillä. Kerhojen ja leirien ohjelmassa kiinnitettiin enemmän huomiota terveystalouden liittyviin asioihin. Tilaisuuksissa kiinnitettiin myös tarjoiluiden terveystalouden huomiota. Päihdeongelmaisia ihmisiä tuettiin päihdeittömyyteen. Yhteistyötä kotihoidon kanssa lisättiin erityisesti vanhusten sairauksien hoidossa ja lääkeasioissa. Perheitä tuettiin olemalla mukana äitiysneuvoloiden perhevalmennuksissa. Seurakunnassa aloitettiin Kristillisen toipumisen (KRITO) ryhmä. Hankkeeseen liittyen käynnistettiin lähimmäistalouden ja ulkoilutaloutta vanhusten ja vammaisten elämäntalouden parantamiseksi. (Seppänen i.a.)

Hankkeeseen liittyen järjestettiin ulkoilustaloutta. Kunnan kevät – ryhmä järjestettiin yhteistyössä Haukiputaan Veikkojen kanssa, ryhmä kokoontui kevään 2010 aikana kerran viikossa saunakävelyn merkeissä. Kerran kuukaudessa ryhmäläisille tarjottiin saunakävelyn jälkeen terveellinen ateria ja pidettiin keskustelutuokio terveystalouden liittyen. Tavoitteena oli ryhmäläisten elämäntalouden parantaminen ja tiedon lisääminen terveystaloudesta, lisäksi tutustuttiin erilaisiin liikuntamuotoihin. Ryhmäläisille tehtiin terveystaloutta ennen ryhmän alkamista ja ryhmän päättyessä. ( Seppänen i.a.)

Diakonissojen sairaanhoitajan ammattitaitoa päivitettiin hankkeen kuluessa siten, että kaikki diakonissat olivat viikon mittaisella tutustumisjaksolla kunnan kotihoidossa, lisäksi tutustuttiin terveystalouden vuodeosaston toimintaan. Yhteistyötä kotihoidon kanssa tiivistettiin, ja tutustumisjaksoja terveystalouden vuodeosastolla sekä kotihoidossa on tarkoitus jatkaa parin vuoden välein.

Seurakuntaan hankittiin hoitoalan ammattikirjallisuutta, ja työntekijöillä on mahdollisuus hakeutua henkilöstökoulutusohjelman puitteissa hoitoalan täydennyskoulutukseen. Yhteistyötä lisättiin terveydenhuollon työntekijöiden kanssa; palavereita pidettiin mielenterveyskeskuksen, perheneuvolan ja vanhusneuvolan kanssa, lisäksi oli yhteyden pitoa terveystoimen johtoryhmään ja lääkäreihin. ( Seppänen i.a.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla diakoniatyön asiakkaiden kokemuksia terveystarkastuksesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveyden edistämisen kehittämiseksi diakoniatyössä.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat:

- 1 Millä tavoin diakoniatyön asiakkaat kokivat terveystarkastuksen?
- 2 Mikä oli terveystarkastuksen merkitys diakoniatyön asiakkaiden kokemusten mukaan heidän terveydelleen?
- 3 Miten diakoniatyön asiakkaat kokivat seurakunnan tuen heidän terveyden edistämiseensä?

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Laadullinen lähestymistapa

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla diakoniatyön asiakkaiden kokemuksia terveystarkastuksesta, joten opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Diakoniatyön asiakkaiden kokemukset terveystarkastuksesta saatiin paremmin esille laadullisen tutkimuksen menetelmiä käyttämällä. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on ihminen elämänsäpiireineen sekä siihen liittyvät merkitykset. Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, ja pyrkimyksenä on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden subjektiivisesta näkökulmasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 152; Kylmä & Juvakka 16, 26.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä haluttiin saada tietoa siitä, mikä on terveystarkastuksen merkitys diakoniatyön asiakkaiden kokemusten mukaan. Tutkimukseen valitut ja haastatellut henkilöt olivat terveystarkastukseen vastanneita diakoniatyön asiakkaita, joten heiltä kysymällä saatiin parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa keskeisiä kysymyksiä ovat mitä, miksi ja miten – kysymykset, eli mikä on tutkittava ilmiö tai mitä ilmiössä tapahtuu tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta. Haastateltavien määrä tässä tutkimuksessa ei ollut suuri. Laadulliselle tutkimukselle ominaista on, että tutkimuksessa osallistujia on yleensä vähän, koska tutkimuksessa keskeistä on tutkittavan ilmiön laatu, ei määrä. Tässä opinnäytetyössä haluttiin saada mahdollisimman kuvailevaa tietoa diakoniatyön asiakkaiden kokemuksista terveystarkastuksesta, jolloin tärkeää oli aineiston laatu, ei määrä. (Kylmä & Juvakka 2007,22- 27.)

Tutkimustehtävät muokkautuivat ja tarkentuivat opinnäytetyöprosessin aikana, ja prosessin aikana muodostui uusi tutkimustehtävä koskien diakoniatyön asiakkaiden kokemuksia seurakunnan tuesta heidän terveyden edistämisessään. Laadulliselle tutkimukselle onkin ominaista, että tutkimuskysymykset muokkautuvat tutkimusprosessin aikana, ja joskus voi jopa syntyä uusia tutkimustehtäviä. (Kylmä & Juvakka 2007,22- 27.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen tapahtuu avoimin menetelmin, menetelmiä ovat esimerkiksi haastattelu, havainnointi, videointi tai kirjalliset aineistot. Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin haastattelemalla diakoniatyön asiakkaita. Koska tässä laadullisena tutkimuksena toteutetussa opinnäytetyössä aineiston kerääjä oli läheisessä kontaktissa tutkimuksen osallistujiin, keskeistä oli tutkimuksen etiikka ja eettisyyden arviointi. Tutkittavasta ilmiöstä ei ole tutkimustietoa, sillä diakoniatyön asiakkailta ei ole aikaisemmin kysytty kokemuksia terveystutkimuksista, eikä aikaisempaa tutkittua tietoa terveystutkimusten käyttämisestä diakoniatyössä ole. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista se, että tutkittavasta ilmiöstä ei ole ollenkaan tutkimustietoa tai tutkittua tietoa on vähän. Laadullisen tutkimuksen menetelmin toteutettavassa tutkimuksessa on usein tavoitteena tuottaa uutta tietoa, kuten tässäkin opinnäytetyössä. (Kylmä & Juvakka 2007, 27 -31.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysitapa oli induktiivinen sisällönanalyysi, jota käytetään lähtökohtaisesti laadullisen aineiston analyysitapana. Sisällön analyysi voidaan tehdä induktiivisesti tai deduktiivisesti, tutkimuksen tarkoituksesta riippuen. Induktiivisessa analyysissä eteneminen tapahtuu aineiston ehdoilla, kun taas deduktiivisessa analyysissä muodostetaan aikaisemman tiedon pohjalta analyysirunko, johon aineistosta etsitään sisällöllisesti sopivia asioita. Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi tapahtui aineiston ehdoilla. Induktiivisen sisällönanalyysin tuotoksena syntyi abstrahomalla eli pelkistämällä käsitteitä. Osa prosessista oli helppo kuvailla sanallisesti, mutta osa muodostui tutkijan omista oivalluksista, joten raportin kirjoittaminen oli haastavaa. (Kyngäs ym. 2011; Kylmä & Juvakka 2007, 29.)

## 4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla terveystieteiden osallistuneita diakoniatyön asiakkaita. Alun perin haastateltavia henkilöitä oli seitsemän, lopulta haastateltavia oli neljä henkilöä. Haastateltavista yksi oli mies ja loput kolme olivat naisia. Haastateltavat olivat iältään 45 – 55 -vuotiaita. Haastattelut toteutettiin maaliskuun ja huhtikuun 2011. Haastatteluista kolme tehtiin seurakunnan tiloissa ja yksi haastateltavan kotona. Haastattelutilanne kesti puolesta tunnista tuntiin. Sain tiedon haastatteluun osallistuvista diakoniatyön asiakkaista Haukiputaan seurakunnan diakoniatyöntekijöiltä. Lupa haastatteluihin ja haastattelujen käyttämisestä tähän opinnäytetyöhön saatiin haastateltavilta. Sopimus opinnäyteyhteistyöstä tehtiin Haukiputaan seurakunnan vastaavan diakoniatyöntekijän kanssa.

Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä, eli teemahaastattelulla. Strukturoidussa haastattelussa kysymysten järjestys ja muoto on sama, ja kysymyksillä on sama merkitys kaikille. Puolistrukturoidussa haastattelussa haastattelukysymykset ovat kaikille samat, mutta haastateltava voi vastata kysymyksiin omin sanoin, koska valmiita vastausvaihtoehtoja ei ole. (Eskola & Suoranta 2003, 86; Tuomi & Sarajärvi 2003, 77.) Haastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi siksi, että on järkevintä kysyä ihmiseltä itseltään, kun halutaan tietää mitä hän ajattelee tai miksi hän toimii joillain tietyllä tavalla. Kysyin myös Haukiputaan seurakunnan diakoniatyöntekijöiden mielipidettä aineistonkeruumenetelmästä, ja heidän mielestään haastattelemalla diakoniatyön asiakkaita saisin parhaiten esiin heidän kokemuksensa terveystieteiden kyselystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72; Eskola & Suoranta 2003, 85).

Teemahaastattelun rungon tein terveystieteiden lomakkeen kysymyksiin pohjautuen. Kysyin myös Haukiputaan seurakunnan diakoniatyöntekijöiltä toiveita ja ehdotuksia haastattelukysymyksiin. Teemahaastattelurunko rakentui siten, että yhdellä teema-alueella pyrittiin hakemaan vastauksia yhteen tutkimuskysymykseen. Teema-alueiden nimet nimesin tutkimuskysymyksiä noudatellen. Teema-alueella ” Kokemuksia terveystieteiden kyselystä” haettiin vastauksia tutkimuskysymykseen 1. ”Millä tavoin terveystieteiden kyselyyn osallistuneet diakoniatyön asiakkaat ovat kokeneet terveystieteiden kyselyn.” Teema-alueella ” Kokemukset terveystieteiden kyselyn merkityksestä

terveyden edistämässä” haettiin vastausta tutkimuskysymykseen 2 ” Mikä on terveystutkimuksen merkitys diakoniatyön asiakkaiden kokemusten mukaan terveyden edistämiseksi?” Teema-alue ”Kokemukset seurakunnan tuesta terveyden edistämässä ” antoi vastaukset tutkimuskysymykseen 3. ”Mikä on diakoniatyön asiakkaiden kokemus seurakunnan tuesta terveyden edistämässä?” (LIITE 1)

Haastattelun tavoitteena on selvittää, mitä haastateltavalla on mielessään, ja haastattelutilanteessa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 191; Eskola & Suoranta 2003, 85). Haastattelussa on tavoitteena saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73), lisäksi on mahdollisuus saada monipuolinen kuvaus tutkittavasta asiasta (Kylmä & Juvakka 2007, 79). Haastattelun etu on joustavuus; haastateltava voi esittää kysymyksiä haluamassaan järjestyksessä ja voi tarvittaessa toistaa kysymyksen, oikaista väärinkäsityksiä ja selventää vastausta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 192; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastattelu valitaan usein menetelmäksi silloin, kun on kysymyksessä vähän tutkittu asia. Haastateltava nähdään tutkimustilanteessa aktiivisena ja merkityksiä luovana subjektina, ja hänellä on mahdollisuus tuoda tilanteeseen itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Haastattelua käytetään usein menetelmänä myös silloin, kun halutaan tutkia arkoja tai vaikeita asioita. ( Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 192.)

#### 4.3 Aineiston analyysi

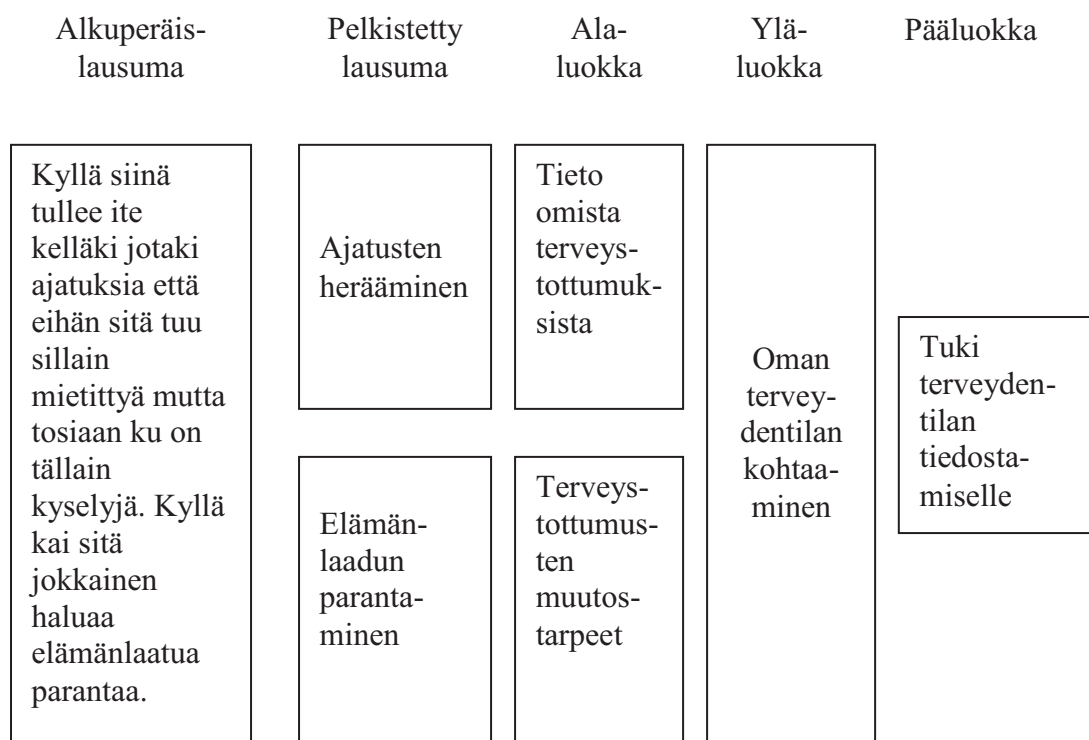
Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimus keskittyy usein pieneen määrään tapauksia. Tässä opinnäytetyössä haastateltavia oli neljä, eli määrällisesti pieni määrä osallistujia, joiden haastatteluista saamaani tietoa pyrin analysoimaan mahdollisimman tarkasti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on yksikertaisesti määriteltyä tarkoituksena rakentaa teoriaa empiirisestä aineistosta lähtien. (Eskola & Suoranta 2003, 18 -19.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimustehtävään saadaan vastaus yhdistelemällä käsitteitä siten, että empiirisestä aineistosta edetään kohti tutkittavan ilmiön käsitteellisempää näkemystä.(Tuomi & Sarajärvi 2009, 112).

Aineiston käsittely aloitetaan auki kirjoittamalla eli litteroimalla nauhoitetut haastattelut, jonka jälkeen seuraa aineiston lukeminen tarkkaan läpi useampaan kertaan (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 163). Aineistolähtöisessä laadullisessa analyysissä on kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108; Kylmä & Juvakka 2007, 116). Aineistoa pelkistetään siten, että siitä karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois. Aineiston pelkistäminen voi olla tiedon pilkkomista osiin tai sen tiivistämistä. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jolloin koodataan tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Pelkistetyt ilmaukset listataan ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä, eli ryhmitellään aineistoa. Pelkistetyt ilmaukset yhdistellään ja muodostetaan alaluokkia. Alaluokkia yhdistetään, ja niistä muodostetaan yläluokkia. Aineiston abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, josta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109- 112.)

Aloitin aineistoon tutustumisen heti sen jälkeen kun olin saanut kaikki haastattelut tehtyä ja olin litteroinut aineiston. Tutustuin aineistoon lukemalla sitä useita kertoja läpi. Aineiston analyysin aloitin aineiston pelkistämällä, jolloin jaottelin haastattelemalla saadun aineiston teemoittain eri osioihin. Aineiston pelkistämistä ohjasi tutkimustehtävä, jolloin koodasin tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Tämä karkea jaottelu helpotti työtäni siten, että minun oli helpompi ryhtyä etsimään teema-alueisiin liittyviä lausumia. Lausumana oli joko lause, virke tai niiden osa. Tämän jälkeen aloin etsiä aineistosta lausumia, jotka liittyivät ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, eli diakoniatyön asiakkaiden kokemuksiin terveyskyselystä. Alkuperäislausumista muotoilin pelkistettyjä lausumia. Pelkistetyt lausumat taas jaottelin asiasisältöjen mukaan alaluokkiin siten, että yhdistin merkitykseltään samantapaisia pelkistettyjä lausumia alaluokkiin. Pyrin luomaan alaluokille mahdollisimman kuvaavia nimiä. Yhdistin näin saamiani alaluokkia yläluokiksi, ja yläluokista taas muodostin pääluokan, jolla on tavoitteena vastata tutkimuskysymykseen.



Analyysi esimerkkinä lausumasta ”Kyllä siinä tulee ite kelläki jotaki ajatuksia että eihän sitä tuu sillain mietittyä mutta tosiaan ku on tällain kyselyjä. Kyllä kai sitä jokkainen haluaa elämänlaatua parantaa.” Otin tästä lausumasta analyysiin esille ajatusten heräämisen, joka tässä tilanteessa merkitsi ajatusten heräämistä omista terveystottumuksista, sekä elämänlaadun parantamisen, joka taas viittaa terveystottumusten parantamiseen. Ajatusten herääminen yhdistyi alaluokkaan ”tieto omista terveystottumuksista” ja elämänlaadun parantaminen alaluokkaan ”terveystottumusten muutostarpeet”. Nämä alaluokat taas yhdistyivät yläluokaksi, joka on nimeltään ”oman terveydentilan kohtaaminen”. Yläluokka ”oman terveydentilan kohtaaminen” muodosti yhdessä yläluokan ”välittäminen” kanssa pääluokan ”tuki terveydentilan tiedostamiselle”. Yläluokka ”tuki terveyden tiedostamiselle” vastaa tutkimuskysymykseen numero 1: Millä tavoin diakoniatyön asiakkaat ovat kokeneet terveystutkimuksen.



KUVIO 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

#### 4.4 Opinnäytetyön etiikka

Laadullisessa tutkimuksessa eettisiä haasteita aiheuttavia asioita voivat olla esimerkiksi vaikutukset, joita tutkimuksella voi olla siihen osallistuvien ihmisten elämään. Aiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskysymysten pohjalla olevia arvoja täytyy pohtia ja tutkimuksella saatavan tiedon merkitystä tulee arvioida oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 143 -144). Tutkimusmenetelmää valittaessa on myös huomioitava tutkimusetiikan näkökulma (Kylmä & Juvakka 2007,146). Kun tiedonkeruumenetelmä on vapaamuotoinen, se muistuttaa enemmän arkielämän vuorovaikutustilannetta, jolloin tutkimuksen eettinen puoli on otettava erityisesti huomioon. ( Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.)

Myös aiheen sensitiivisyyttä tulee arvioida, sensitiivisyys voi perustua esimerkiksi tutkimusaiheeseen, joka on arkaluontoinen tai ihmisiä haavoittava. Terveystutkimuksessa on huomioitava ja arvioitava osallistujien haavoittuvuutta, erityisen haavoittuvia voivat olla esimerkiksi potilaat sairautensa vuoksi tai perheet sosioekonomisen asemansa vuoksi. Myös tutkimusaihe voi olla arkaluontoinen, ja monet terveystutkimuksen aiheet ovat sensitiivisiä. Tutkijan täytyy olla tietoinen aiheen sensitiivisyydestä jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 143 -145.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä eettisiä kysymyksiä mietittiin koko tutkimusprosessin ajan, jo aiheen ideointivaiheesta lähtien. Tutkimusaihetta ideoitaessa pyrittiin huomioimaan eettiset näkökulmat ja aiheen sensitiivisyys. Huomioitiin se, että jo terveystutkimukseen vastaaminen oli luottamuksellinen tilanne, jolloin myös kokemusten kysyminen terveystutkimuksesta ja terveystottumusten muutoksista vaatii hienotunteisuutta ja tutkimusetiikan erityistä huomiointia.

Haastattelun sopivuutta aineistonkeruumenetelmänä pohdittiin. Ryhmähaastattelu ei tullut kysymykseenkään tutkittavan ilmiön luonteen vuoksi, koska tutkimuksessa kysyttiin kokemuksia terveystottumusten muutoksista ja samalla haastattelussa sivuttiin haastateltavan terveydentilaan liittyviä asioita, kuten kokemusta omasta terveydentilasta. Tutkimusaihe on hyvin henkilökohtainen ja voidaan kokea arkaluontoisiksi. Tutkimuksessa ei kysytty haastateltavilta tietoja heidän

terveydentilastaan tai mitä he olivat varsinaiseen terveystutkimukseen vastanneet. Haastattelujen aikana haastateltavat kertoivat kuitenkin muun vastaamisen ohessa esimerkiksi sairauksistaan tai niiden hoidosta. Koko tutkimusprosessin aikana oli itsestäänselvyys, että tutkijaa sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus, ja haastateltavien tulee pysyä anonyymeinä.

Tutkimusetiikkaan kuuluu myös se, että tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät sekä mahdolliset riskit. Tutkijalla on oltava myös tutkittavien henkilöiden vapaaehtoinen suostumus, ja tieto siitä, että tutkimuksen voi keskeyttää milloin tahansa ja tutkittavalla on oikeus kieltää jälkikäteen itseä koskevan aineiston käyttö tutkimusaineistoksi. Osallistujan on myös saatava tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu myös osallistujan hyvinvoinnin ja oikeuksien turvaaminen, eikä osallistujalle saa aiheuttaa vahinkoa. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia, tietoja ei käytetä muihin tarkoituksiin eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Tutkimukseen osallistujien on myös jätävä nimettömiksi, heidän henkilöllisyyttään ei saa paljastaa. Ennen kaikkea tutkijan on noudatettava lupaamiaan sopimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkimusetiikan mukaisesti kerroin osallistujille tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät, sekä yhteydenottovaiheessa, että uudestaan ennen haastattelua. Haukiputaan seurakunnan diakoniatyöntekijät olivat kysyneet haastateltavilta jo etukäteen suostumusta osallistua tähän opinnäytetyötutkimukseen. Lisäksi kysyin vielä henkilökohtaisesti haastateltavilta heidän suostumustaan lähteä haastattelututkimukseen mukaan, ja lupaa käyttää aineistoa tähän opinnäytetyöhön. Kerroin heille, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja heillä on mahdollisuus halutessaan kieltäytyä haastattelusta tai vielä jälkikäteen halutessaan kieltää itseä koskevan aineiston käyttö tutkimusaineistoksi. Huolehdin koko prosessin ajan tutkimustiedon luottamuksellisuudesta.

Haastattelujen avulla kerätty tutkimusaineisto oli koko tutkimusprosessin ajan pelkästään tutkijan käytössä. Tutkija huolehti myös aineiston auki kirjoituksesta ja tulosten kirjoittamisesta. Tuloksia kirjoitettaessa huomiota kiinnitettiin erityisesti siihen, ettei haastateltavia voi tunnistaa tekstistä, ja että tekstissä ei tuoda esiin

haastateltavia koskevia arkaluontoisia asioita, kuten sairauksia. Haastatteluja tehdessä oli puhetta siitä, ettei arkaluontoisia asioita, kuten haastateltavien sairauksia tai sellaisia haastateltavia koskevia asioita, joista haastateltavat voidaan tunnistaa, tuoda esiin tutkimustuloksissa.

#### 4.5 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan täytyy koko ajan pohtia tekemiään ratkaisuja ja arvioida aineiston kattavuutta sekä tekemänsä tutkimuksen luotettavuutta (Eskola & Suoranta 2003, 208). Aineisto tässä opinnäytetyössä on pieni. Haastateltavia oli vähän, ja haastattelut tehtiin vain kertaalleen. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että tutkimus on yhden tutkijan tekemä, jolloin tutkimuksessa ratkaisut ovat vain yhden ihmisen näkökulmasta tehtyjä.

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu saadun aineiston laadusta. Laatuun vaikuttavat tallenteen kuuluvuus, litterointi ja luokittelu, sekä se, onko luokittelu sattumanvaraista. Koska haastateltavilla on taipumusta antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia, voi haastattelu aineistonkeruumenetelmänä olla epäluotettava. Lisäksi haastateltava voi haastattelussa pyrkiä antamaan tietoja aiheista, joita ei haastattelussa kysytä. Haastatteluun voi liittyä monia virhelähteitä, jotka voivat aiheutua haastateltavasta tai haastattelijasta, tai haastattelutilanteesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000; Hirsjärvi & Hurme 2010, 185.)

Haastattelut toteutettiin sekä seurakunnan tiloissa että haastateltavien kotona, eli haastatteluja ei toteutettu täysin samoissa olosuhteissa. Haastattelutilanteissa ei ollut häiriötekijöitä. Tutkija ei ollut ennen tämän tutkimuksen tekemistä tehnyt haastatteluja, joten haastattelutekniikka ei ollut välttämättä paras mahdollinen. Myös haastateltavien joukossa oli henkilöitä, joita ei ollut aikaisemmin haastateltu tutkimusentekotarkoituksessa, ja joille haastattelutilanne oli täysin uusi. Haastattelut nauhoitettiin, josta ne sitten auki kirjoitettiin. Nauhoitetut haastattelut kuunneltiin moneen kertaan, ja tarkistettiin oliko litterointi tehty oikein. Luokittelua tehtiin induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti. Tutkija teki haastattelut, litteroinnit ja luokittelun yksin, joten niissä näkyvät tutkijan tekemät ratkaisut ja tulkinnat asioista. Tuloksissa on pyritty antamaan mahdollisimman todenmukainen

kuva haastateltavien kokemuksista, vaikkakin tulosten luokittelussa ja raportoinnissa oli omat haasteensa.

Parantaakseen laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tutkijan on selostettava tarkkaan tutkimuksen toteuttaminen kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkijan on kerrottava sellaisia asioita kuten aineiston keruun olosuhteet, haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, haastattelujen virhetulkinnat sekä tutkijan itse arviointi tilanteesta. Myös luokittelujen perusteista ja tulosten tulkinnasta on kerrottava. Kylmän ja Juvakan mukaan (2007) laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida kriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127). (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 214.)

Uskottavuus merkitsee tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Tällöin tutkimustulosten on vastattava tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Tämän opinnäytetyön uskottavuuteen vaikuttaa se, että haastateltavia oli vain neljä ihmistä, eli tutkimusaineisto oli pieni. Tutkimuksen luotettavuuteen ja uskottavuuteen vaikuttaa myös se, että tutkimusta oli tekemässä vain yksi henkilö. Tutkimustuloksia käsitteli vain yksi henkilö, samoin vain yksi henkilö teki tulkinnat aineistosta ja kirjoitti raportin. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Vahvistettavuus liitetään koko tutkimusprosessiin ja siinä kirjataan tutkimusprosessi niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin etenemistä. Tässä opinnäytetyössä tutkimusprosessia on pyritty kirjaamaan ja kuvaamaan tutkimusprosessia mahdollisimman paljon. Tutkimustulosten pohjalta on laadittu kuviot. Kuitenkin kun tutkimuksen tekijänä oli vain yksi henkilö, prosessin kuvauksessa voi olla puutteita. Tutkimusprosessiin käytettävä aika oli rajallinen. Ajan ollessa rajallinen ja tutkimuksen teon ollessa yhden tutkijan varassa, esimerkiksi tutkimusprosessin eri vaiheita ei voitu työstää välttämättä niin kauaa, että olisi saatu esimerkiksi tehtyä mahdollisimman kuvaavat kuviot tutkimusten tulosten yhteyteen.

Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkija arvioi, kuinka hän itse vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Tutkijan täytyy siis tietää omat lähtökohdat

tutkimuksen tekijänä. Tutkijan tulee antaa tutkimuksessa riittävästi tietoa esimerkiksi tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin, tätä tarkoitetaan siirrettävyydellä. ( Kylmä & Juvakka 2007, 127 -129.)

Tämä opinnäytetyö oli ensimmäinen tutkimus opinnäytetyön tekijälle. Tutkijan kokemattomuus vaikutti prosessiin monella tapaa. Aineiston analyysi koettiin haastavana, ja analyysiä jouduttiin muokkaamaan useaan otteeseen. Ensin kävi jopa niin, että kaikkea aineiston tuottamaa informaatiota ei osattu hyödyntää. Kuvioiden tekeminen tulososion yhteyteen oli vaikeaa, ja kuvaavien nimien keksiminen alaluokille, pääluokille ja yläluokille tuotti haasteita. Tutkijan tehdessä tutkimusta yksin, ei tutkimuksessa koettuja ongelmia voitu jakaa tutkijakollegan kanssa. Tulosten siirrettävyyttä lukija voi arvioida siltä pohjalta, että tässä tutkimuksessa on pyritty antamaan tietoa tutkimuksen osallistujista siinä määrin kuin se on mahdollista haastateltavien anonyymiyttä suojellen. Ympäristöä, jossa terveystarkastukset on toteutettu, on kuvailtu kertomalla yleistietoa Haukiputaan seurakunnan diakoniatyöstä, ja lisäksi on kerrottu terveystarkastusten toteuttamisen taustalla olleesta terveyden edistämisen hankkeesta.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 5.1 Terveyskysely tukena terveydentilan tiedostamiselle

Diakoniatyön asiakkaat kokivat terveystutkimuksen tukena terveydentilan tiedostamiselle. Terveystutkimukseen vastatessa oli mahdollisuus kohdata oma terveydentila terveystutkimukseen vastaamisen avulla. Diakoniatyön asiakkaat kokivat, että terveystutkimukseen vastaaminen herätti ajatuksia omasta terveydentilasta, omista terveystottumuksista sekä ajatuksia terveystottumusten muuttamisesta. Diakoniatyön asiakkaat kokivat terveystutkimuksen välittämisenä diakoniatyön taholta. Haastateltavat kokivat myönteisenä asiana sen, että diakoniatyössä välitetään ja ollaan huolissaan asiakkaan terveydentilasta. (KUVIO 2.)

#### 5.1.1 Välittäminen

Haastateltavat kokivat terveystutkimukseen vastaamistilanteen luottamuksellisena tilanteena. Tutun diakoniatyöntekijän ollessa kyselyn tekijänä ei vastaaminen tuntunut vaikealta ja se myös auttoi diakoniatyön asiakasta vastaamaan rehellisesti terveystutkimuksessa olleisiin kysymyksiin.

*”...se tuntui minulle niin siihen oli helpompaa vastata rehellisesti. En tiää olisinko vastannut mitään jos olis ollut täysin vieras ihminen tekemässä sitä.”*

Terveystutkimukseen vastaaminen koettiin huolenpitona, ja mukavana asiana pidettiin sitä, että diakoniatyössä huolehditaan myös ihmisten terveydentilasta. Terveydentilasta huolehtimisen ajateltiin kuuluvan muuallekin kuin lääkärisäkäyntien yhteyteen, myös diakoniatyöhön. Käynti diakonin luona saa uusia ulottuvuuksia, ja asiakas tulee huomioiduksi myös terveydentilansa osalta.

*”Hieno homma, että asiakkaitten terveyttäkin kysellään, että ei oo yksipuolista rutiinia ko diakonin tyköä käy.”*

*”No minusta oli jollaki tavalla sillain mukava koska tuota mulla on näitä sairauksia niin monenlaisia. Että tuota vähän ollaan huolissaan ihmisten tuota terveydestä muuallaki ko lääkärissä”*

Haastateltavat kokivat terveystutkimukseen vastaamisen myönteisesti. Keskustelutilanne oli mukava ja helppo. Ehdotus seurakunnan taholta osallistua terveystutkimukseen koettiin yllättävänä, mutta kuitenkin mielenkiintoisena ja myönteisenä asiana.

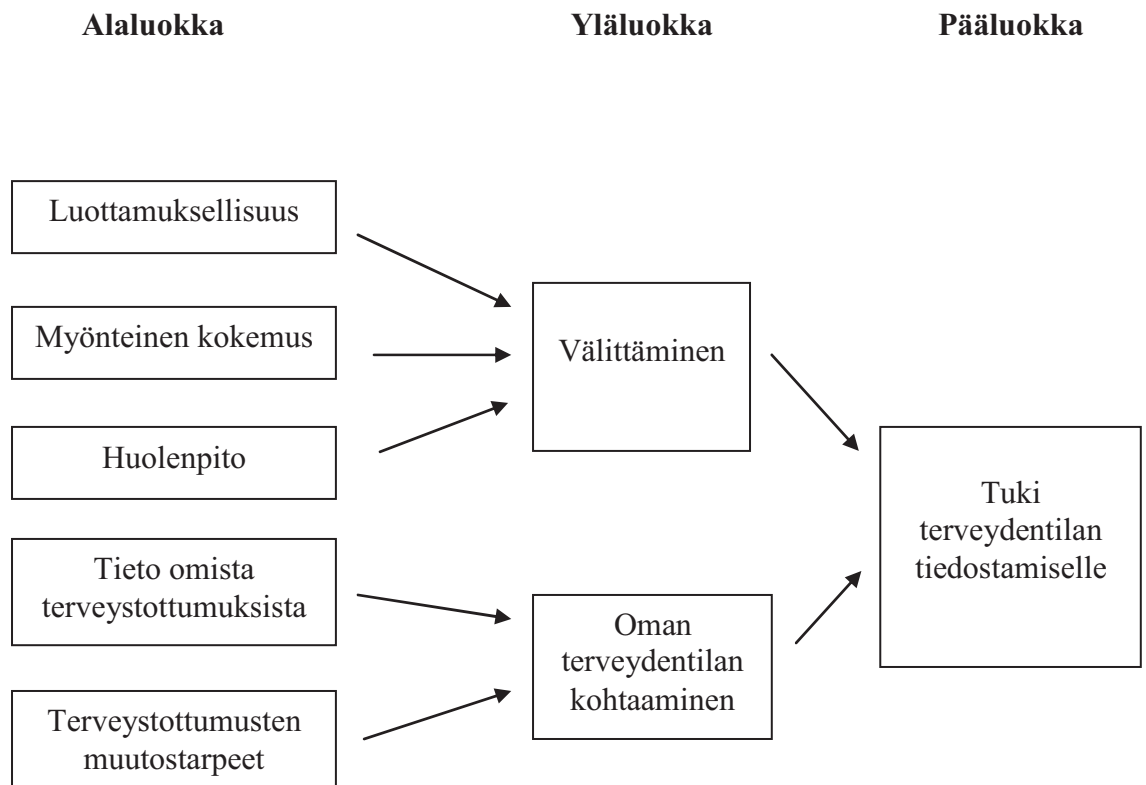
### 5.1.2 Oman terveydentilan kohtaaminen

Keskustelutilanne avasi asiakkaalle mahdollisuuden oman terveydentilansa kohtaamiseen. Keskustelu diakoniatyöntekijän kanssa terveystutkimusta tehdessä mahdollisti rehellisen itsetutkimuksen ja omien elämäntapojen pohtimisen. Terveystutkimukseen vastatessaan diakoniatyön asiakkaat kokivat saavansa tietoa omasta terveydentilastaan ja terveystottumuksistaan.

Haastateltavat kuvailivat, kuinka heillä heräsi ajatuksia omista terveystottumuksista, ja samalla myös ajatuksia omasta elämäntilanteesta. Haastateltujen kokemuksista nousi esiin myös oma elämäntilanne, joka vaikutti siihen, miten paljon itse pystyy edistämään omaa terveydentilaansa ja parantamaan omia terveystottumuksiaan. Haastateltavat pohtivat myös terveystutkimuksen merkitystä ja sitä, onko terveystutkimuksesta hyötyä.

*”Kyllä se hyvä homma on. Kyllä siinä tulee ite kelleki jotaki ajatuksia, että eihän sitä tuu sillain mietittyä mutta tosiaan ku on tällain kyselyjä. Kyllä kai sitä jokainen haluaa elämänlaatua parantaa, että ainaki minä, en minä muista tiiä.”*





KUVIO 2. Diakoniatyön asiakkaiden kokemukset terveystutkimuksesta

## 5.2 Terveystutkimuksen merkitys sidoksissa elämäntilanteeseen

Diakoniatyön asiakkaat kokivat terveystutkimuksen olevan omaan elämäntilanteeseen sidoksissa. Haastateltavat kokivat terveystutkimukseen vastaamisen herättäneen motivaation oman terveydentilan ja omien terveystottumusten parantamiseen. Tätä edelsi terveystutkimukseen vastaamisen myötä saatu tieto omista terveystottumuksista ja terveydentilasta. Omia terveystottumuksia alettiin miettiä ja parantaa, ja aloitettuja terveystottumusten muutoksia omassa elämässä pystyttiin toteuttamaan omasta elämäntilanteesta riippuen. Haastateltujen kokemus omasta terveydentilasta ja sen muutoksista sekä omasta toimintakyvystä oli sidoksissa elämäntilanteeseen. (KUVIO 3.)

Haastateltujen kokemukset voimavaroista sekä terveyspalvelujen käytöstä ja hakeutumisesta jatkotoimenpiteisiin olivat sidoksissa elämäntilanteeseen ja elämäntilanteen mahdollisesti tuomiin haasteisiin. Osa haastateltavista todella koki

terveyskyselyn kannustavana tekijänä, joka innosti elämäntapojen muutokseen. Kyselyllä oli positiivinen merkitys ja kysely sai haastateltavan pohtimaan mahdollisuuksiaan vaikuttaa omaan terveydentilaansa.

### 5.2.1 Motivaation herääminen

Motivaation herääminen näkyi haastateltujen vastauksissa niin, että osa haastatelluista kertoi kokeneensa terveyskyselyn merkinneen innostumista omien terveystottumuksiensa parantamiseen. Tämä näkyi innostumisena liikuntaan ja huomion kiinnittämisenä ruokavalioon. Haastateltavat kertoivat, että he olivat alkaneet pohtia omaa terveydentilaansa. Osa haastateltavista kertoi huomanneensa, ettei oma terveydentila ollut hyvä. Haastateltavien kertomuksista tuli myös esiin, että kaikki haastateltavat eivät kokeneet alkaneensa pohtia omaa terveydentilaa terveyskyselyyn vastaamisen myötä sen enempää kuin aikaisemmin jo olivat pohtineet. Haastateltavat pohtivat myös omaa ikääntymistä ja ikääntymisen tuomia haasteita omalle terveydelle sekä sitä, miten itse voi ikääntyessä vaikuttaa omaan terveyteensä.

*”Kyllä sen vanhenemisen huomaa. Sitä ei jaksa... sitä vässyy ja on paikat kipiänä, että mitä sen etteen voi tehdä.”*

### 5.2.2 Elämäntilanteen haasteet

Elämäntilanteen tuomat haasteet heijastuivat haastateltujen kokemaan terveydentilaan, toimintakykyyn, voimavaroihin sekä kokemuksiin terveystalouteen ja jatkotoimenpiteisiin hakeutumisesta.

Haastatelluista osa koki terveydentilansa kohtalaisen hyväksi, ja osa taas koki terveydentilansa huonoksi. Huonoksi terveydentilansa kokeneet diakoniatyön asiakkaat kertoivat terveydentilansa heikoksi kokemisen syynä olevan sairastumisen. Sairastumisten myötä myös toimintakyky heikentyi. He eivät kokeneet terveyskyselyn olleen merkityksellinen suhteessa koettuun

terveydentilaan, vaan sairastuminen oli oleellinen tekijä, joka vaikutti kokemukseen terveydentilasta ja toimintakyvystä. Terveystilansa huonoksi kokeneiden diakoniatyön asiakkaiden kertomuksesta ilmeni, että oman terveydentilan ja toimintakyvyn koettiin muuttuneen joko parempaan tai huonompaan suuntaan terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen. Jos terveydentilan oli koettu parantuneen terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen, syynä oli kokemus terveydentilan kohentuminen sairauden helpotettua. Jos terveydentilan oli koettu heikentyneen terveystarkastuksen jälkeen, syynä oli terveystarkastuksen jälkeiselle ajalle ajoittunut sairastuminen. Ne haastatellut, jotka kokivat terveydentilansa kohtalaisen hyväksi, eivät kokeneet terveydentilansa tai toimintakykynsä muuttuneen terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen.

Haastateltavista osa koki, että heidän elämänsä voimavarat eivät ole muuttuneet terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen. Voimavarojen koettiin myös lisääntyneen terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen, luottamus ja usko itseensä oli parantunut. Elämäntilanteella oli merkitystä voimavarojen olemassaolon kokemisen suhteen. Elämäntilanteen ollessa vaikea, kokemus omista voimavaroista ja niiden riittävydestä tuntuu olevan vähäisempi kuin helpommassa elämäntilanteessa olevilla.

*”No tuntuu että viime syksynä oli voimavaroja enemmän ku pienessä pitäjässä...nyt näitten sairauksien kanssa on vähän voimavarat hiipunut, että ei taho enää jaksaa, hirveen väsyny kokkee olevansa”*

Haastateltavat, jotka kokivat terveydentilansa heikoksi, kertoivat, että olivat sairastuttuaan, olosuhteiden pakosta joutuneet käyttämään terveyspalveluja jopa enemmän kuin aikaisemmin. Osa taas kertoi, että eivät ole käyttäneet terveyspalveluja aikaisempaa enemmän, eivätkä ole kokeneet olevan normaalia flunssaa suurempaa tarvetta hakeutua terveyspalveluihin. Haastatteluista ilmeni, että ne haastatellut, jotka olivat huolehtineet lääkärissä ja hammaslääkärissä käynnistä ennen terveystarkastukseen osallistumistaankin, olivat käyttäneet terveyspalveluja entiseen tapaan. Osa haastatteluista kertoi, ettei jatkotoimenpiteitä ollut tarpeellista kirjata terveystarkastukseen, jolloin niihin ei myöskään ollut hakeuduttu. Terveystarkastukseen kirjattuja jatkotoimenpiteitä oltu noudatettu siinäkin tapauksessa,

jos haastateltava itse ei kokenut tarvetta hakeutua jatkotoimenpiteisiin, siitä huolimatta että diakoniatyöntekijä oli kirjannut lomakkeeseen suosituksen jatkotoimenpiteistä.

Haastateltavien mukaan omien terveystottumusten muuttaminen oli sidonnainen elämäntilanteeseen haastatteluhetkellä. Terveyskyselyä tehdessä oli mietitty omaa terveydentilaa ja huomattu tarvetta muutoksille, mutta elämäntilanteen ollessa haastava, muutokset olivat lyhytaikaisia tai muutoksia omiin terveystottumuksiin ei tehty. Kaikki haastateltavat eivät alkaneet pohtia terveystottumuksia terveystottumukseen vastattuaan sen enempää kuin olisivat muutenkin pohtineet. Jos elämäntilanne oli jo kyselyä tehdessä sellainen, että henkilö koki huolehtivansa omasta terveydentilastaan ja koki terveystottumustensa olevan kunnossa, ei terveystottumukseen vastaaminen välttämättä johtanut oman terveydentilan ja terveystottumusten parantamisyrityksiin. Osa haastateltavista koki, ettei terveystottumukseen ollut merkitystä heille ja heidän terveydentilalleen.

*” Sen verran sai tieteenki pohtimaan että ei se mikään hyvä ollu se terveydentila siihen aikaan, mutta ei se (terveyskysely) myöskään muuttanu mun käyttäytymistä, että olisin ruvennu aktiivisesti parantamaan sitä mun terveydentillaa, ei. Että se päinvastoin, että mä vastasin siihen ja unohin sen sitte sen siliän tien.”*

### 5.2.3 Muutokset elintavoissa

Terveystottumusten kysyttäiin diakoniatyön asiakkailta konkreettisia asioita heidän uni- ja nukkumistottumuksistaan, alkoholinkäytöstä, tupakointitottumisista, ruokailutottumuksista ja liikuntatottumuksista. (LIITE 2). Muutoksia tapahtui terveystottumukseen vastaamisen jälkeen alkoholinkäytössä, tupakointitottumuksissa, liikuntatottumuksissa ja ruokailutottumuksissa. Kaikki haastateltavat eivät kokeneet muutoksia tapahtuneen terveystottumuksissaan.

Haastateltavat kokivat, että terveystottumukseen vastaamisella ei ollut varsinaisesti merkitystä heidän uni- ja nukkumistottumuksiinsa. Nukkuminen oli samanlaista kuin aikaisemminkin. Ne, jotka nukkuivat huonosti ennen terveystottumukseen vastaamista, nukkuivat

huonosti edelleen. Välillä nukkuminen oli parempaa, ja välillä huonompaa, vuodenajasta riippuen. Toisaalta nukkumistottumuksissa oli tapahtunut muutoksia terveystieteeseen vastaamisen jälkeen ja nukkumisrytmi oli selkiytynyt, mutta muutos ei ollut johtunut terveystieteeseen vastaamisesta. Tupakointitottumuksissa ei osalla haastateltavista tapahtunut muutoksia terveystieteeseen vastaamisen jälkeen, mutta osa oli vähentänyt tupakointia tai lopettanut tupakoinnin terveystieteeseen vastaamisen jälkeen.

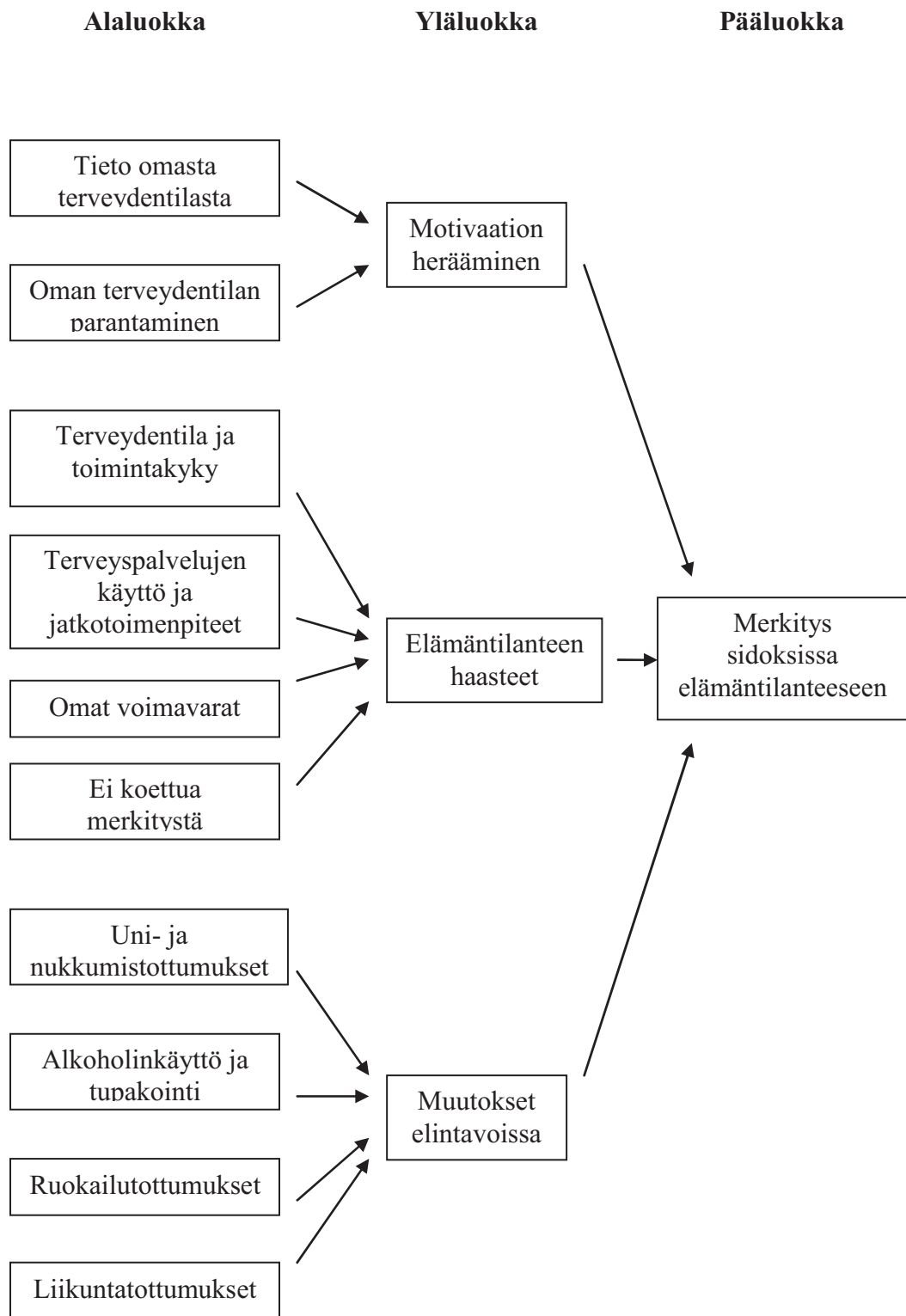
Osa haastatelluista kertoi, että alkoholinkäyttötottumuksissa ei ollut tapahtunut muutoksia terveystieteeseen vastaamisen jälkeen. Osa koki sen vähentyneen selkeästi terveystieteeseen vastaamisen jälkeen. Kaikki eivät kuitenkaan kokeneet kyselyllä olleen merkitystä alkoholinkäyttönsä vähenemiseen. Terveystieteeseen vastaaminen sai haastateltavat huomaamaan, kuinka paljon kukin alkoholia käytti. Terveystieteeseen vastaaminen ei kuitenkaan kaikkien haastateltujen kohdalla saanut varsinaisesti vähentämään tai muuttamaan omaa alkoholinkäyttöä, vaan muutos johtui muista syistä.

Haastateltavat kuvailivat kahdella tapaa terveystieteeseen vastaamisen merkitystä ruokailutottumuksilleen: ruokailutottumuksia joko muutettiin tai ei muutettu terveystieteeseen vastaamisen jälkeen. Ruokailutottumusten muutosta haastateltavat kuvailivat niin, että he miettivät aikaisempaa tarkemmin mitä söivät, sekä pyrkivät pitämään ruokarytmiä. Ruokailutottumuksiin kiinnitettiin huomiota heti terveystieteeseen vastaamisen jälkeen. Ruokailutottumusten muutoksien vaikutukset, kuten hoikistuminen, ehtivät tulla esiin. Ruokailutottumusten muutosta ei aina jaksettu kuitenkaan ylläpitää, vaan ajan kuluessa palattiin aikaisempiin ruokailutottumuksiin.

*”Mulla alko pikkuhiljaa mennä syksyllä silleen että mää pittiin hirveen tarkkaan sillain ruokarytmiä ja hoikistuinki ja liikkuminenki teki sen ja tuota nyt on tälle vuojele vähän luiskahtanu se että syö milloin sattuu ja mitä sattuu, että on vähän lipsunu se ruokarytmi nytte.”*

Liikunnan ja ruumiillisen rasituksen määrän muutoksissa haastateltavilla oli niin ikään kahdenlaisia kokemuksia. Liikunnan ja ruumiillisen rasituksen määrän

koettiin lisääntyneen terveystarkkailuun vastaamisen jälkeen tai liikunnan ja ruumiillisen rasituksen määrässä ei koettu tapahtuneen muutoksia. Osa haastateltavista innostui liikkumaan aikaisempaa enemmän kyselyyn vastaamisen jälkeen, ja liikunta oli päivittäistä liikuntaa. Ohjattuun liikuntaan osallistumisessa haastateltavat eivät kokeneet tapahtuneen muutosta terveystarkkailuun vastaamisen jälkeen. Suurin osa haastatelluista kertoi, että ei ole koskaan osallistunut ohjattuun liikuntaan.



KUVIO 3. Terveyskyselyn merkitys diakoniatyön asiakkaiden terveydelle

### 5.3 Seurakuntayhteys voimavarana

Suurin osa haastatelluista koki yhteyden seurakuntaan tärkeäksi. Haastateltavien kokemuksista nousi esiin sekä diakoniatyöntekijältä saatu yksilöllinen tuki että seurakuntaan ja sen toimintaan osallistumisen myötä saatu yhteisön tuki. Keskeisenä asiana haastateltujen kokemuksista tuli esiin diakoniatyöntekijän rooli ja hänen antamansa tuki. Haastateltavat kuvailivat kokemuksiaan seurakunnan merkityksestä voimavarojen antajana siten, että kuuluminen kirkkoon ja seurakunnan yhteyteen, seurakunnan tapahtumiin osallistuminen sekä erityisesti diakoniatyöntekijän antama tuki olivat heille merkityksellisiä. (KUVIO 4.)

Ne haastateltavat, jotka kokivat diakoniatyöntekijän tuen tärkeäksi, kertoivat käynneistään diakoniatyöntekijän luona tai diakoniatyöntekijän tekemistä kotikäynneistä, lisäksi tuli esiin muu yhteydenpito diakoniatyöntekijän kanssa. Diakoniatyöntekijän tuki näyttäytyi haastateltavien kokemuksissa yksilöllisenä tukena, koska haastatellut kokivat diakoniatyöntekijän ottaneen erityisesti heidän tarpeensa huomioon. Haastateltujen kokemuksista kävi ilmi, että diakoniatyöntekijän tuki oli pitkäaikaista asiakkaan rinnalla kulkemista. Rinnalla kulkeminen merkitsi asiakkaan kulkemista diakoniatyöntekijän luona säännöllisesti jo pitemmän aikaa tai diakoniatyöntekijän kotikäyntejä. Tähän sisältyi diakoniatyöntekijän tunteminen jo pitemmän ajan, diakoniatyöntekijään yhteyden ottaminen sairauden tai vaikeuksien kohdatessa ja käymisenä seurakunnan järjestämässä tilaisuuksissa diakoniatyöntekijän kannustamana. Kerrottiin diakoniatyöntekijän kannustaneen asiakasta myös muuhun seurakunnan toimintaan, esimerkiksi vapaaehtoistoimintaan mukaan. Lisäksi kuvailtiin, että koska diakoniatyöntekijä tuntee asiakkaan niin hyvin, hän myös näkee jos asiakkaalla on asiat huonosti.

*”On se (seurakunnan toiminta) tärkeä, minähän nyttän, minähän oon täällä ainaki kaks vuotta kulukenu. Oon minä sen kokenu hyväksi. Tuun jatkaa edelleen.”*

Seurakunnan muusta tuesta voimavarojen antajana nousivat esiin eri tapahtumissa käynnit ja Puttaan tuvalla käynti. Tapahtumista mainittiin erityisesti musiikkitahtumat. Ne haastateltavat, jotka kertoivat osallistuvansa seurakunnan

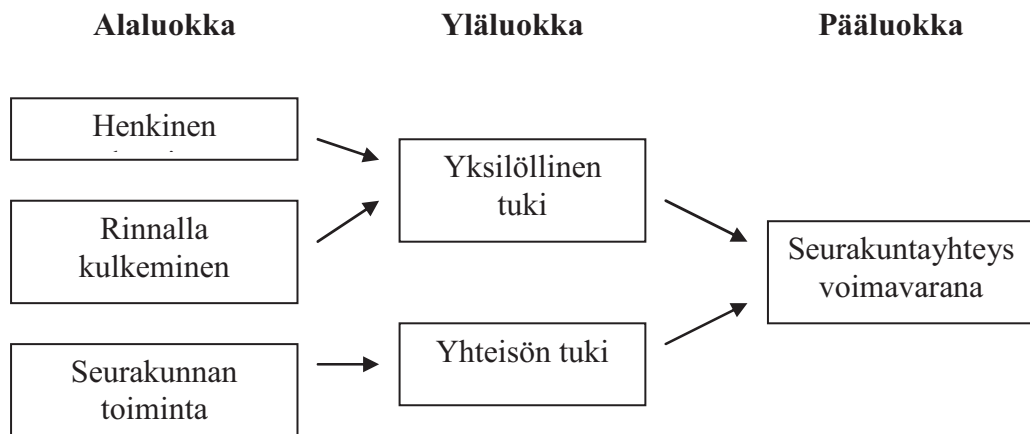


toimintaan, kuvasivat seurakunnan toiminnasta saamiaan voimavaroja siten, että hengellisyys ja kuuluminen seurakuntaan olivat heille osa elämää.

*”Mä oon aika paljon Haukiputaalla asuessaan käyny urkuvarteissa ja eri tapahtumissa pyrin käymään täällä, mut aina ei pääse. Kuulun seurakuntaan, ei oo tuntunu koskaan tarpeelliselta erota kirkosta.”*

Diakoniatyön asiakkaat toivoivat tukea seurakunnalta terveyden edistämiseen samoissa asioissa kuin jo aikaisemminkin olivat saaneet tukea. Pääosin aikaisemmin saatu tuki oli diakoniatyöntekijältä saatua tukea. Diakoniatyöntekijöiltä saatu aikaisempi tuki sisälsi käynnit diakoniatyöntekijän luona, diakoniatyöntekijän kotikäynnit, yhteydenpidon asiakkaan kanssa, keskustelut ja läsnäolon asiakkaan elämässä. Lisäksi haastatteluista nousi esiin toive henkisestä tuesta. Kaikki haastateltavista eivät haastatteluhetkellä osallistuneet seurakunnan toimintaan, joten he eivät kokeneet seurakunnalla olevan merkitystä voimavarojen ja tuen antajana, eivätkä myöskään toivoneet tukea seurakunnalta terveyden edistämisessä.

*”Emmää muuta, paitsi että X:n (diakoniatyöntekijä) käynnit, tietenki. X (diakoniatyöntekijä) jaksaa käyä täällä, että se, se on ihan niinkö.. se riittää mulle. Että x (diakoniatyöntekijä) on tuntenu mut jo niin pitkään, että se näkkee jos on asiat huonosti tai sillain.”*



KUVIO 4. Diakoniatyön asiakkaiden kokemukset seurakunnan tuesta heidän terveyden edistämislleen

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tulosten mukaan terveystarkastusten tekemistä ja terveydestä huomioimista diakoniatyön yhteydessä pidettiin myönteisenä asiana. Diakoniatyön asiakkaat kokivat saavansa terveystarkastukseen vastatessaan tietoa omasta terveydentilastaan ja terveystottumuksistaan. Kyselyyn vastaaminen herätti ajatuksia oman terveyden ja omien terveystottumusten parantamisesta. Terveystarkastukseen vastattuaan diakoniatyön asiakas tiesi, mihin asioihin omissa elämäntavoissa tuli kiinnittää huomiota omaa terveyttä edistääkseen. Terveystarkastukseen vastatessaan asiakas arvioi omakohtaisesti omaa terveydentilaansa, eli terveystarkastuksessa tuli esiin asiakkaan oma kokemus terveydentilastaan.

Terveystarkastuksen merkityksen koettiin olevan sidoksissa diakoniatyön asiakkaan elämäntilanteeseen. Terveystarkastukseen vastaaminen innosti oman terveyden edistämiseen. Osa diakoniatyön asiakkaista kertoi alkaneensa kiinnittää huomiota ruokavalioon ja liikuntaan terveystarkastukseen vastaamiseen jälkeen. Myös alkoholinkäyttötottumuksissa ja tupakointitottumuksissa tapahtui muutoksia. Kaikki eivät kuitenkaan alkaneet muuttaa terveystottumuksiaan kyselyyn vastaamisen jälkeen. Vaikea elämäntilanne muodosti haasteen diakoniatyön asiakkaan terveyden edistämiseksi. Terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen elämässä kohdatut vaikeudet, kuten sairastuminen, merkitsivät aloitetuista terveellisemmistä tavoista luopumista, ja palaamista aiempiin tapoihin. Suurin osa haastateltavista kertoi elämäntilanteensa olevan jossain määrin haastava, elämässä oli parhaillaan vaikeuksia, tai elämässä oli aikaisemmin koettu vaikeuksia.

Diakoniatyön asiakkaat toivoivat seurakunnalta terveyden edistämiseen henkistä tukea ja diakoniatyöntekijältä saatua tukea. Seurakunnan yhteyteen kuuluminen antoi voimavaroja. Erityisesti diakoniatyöntekijän tuki koettiin tärkeäksi. Diakoniatyöntekijä oli pitkäaikainen ja luotettava tuki asiakkaan elämässä. Koettiin, että hän osaa tunnistaa, jos asiakkaalla on asiat huonosti elämässään.

Diakoniatyön asiakas tarvitsee erityistä tukea terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen. Pelkkä terveydentilanteen ja terveystottumusten kartoitus ei riitä, vaan diakoniatyön asiakas tarvitsee jatkuvaa tukea ja kannustusta terveytensä edistämiseen ja ylläpitämiseen. Terveyskysely on myönteisellä tavalla koettu väline diakoniatyön asiakkaan terveydentilan kartoittamiseen. Terveyskyselyn avulla diakoniatyön asiakas saa tärkeää tietoa omasta terveydentilastaan. Terveyskyselystä saadun tiedon perusteella tukea on helpompi kohdistaa yksilöllisesti niihin asioihin, jotka asiakas kokee haasteellisiksi omassa terveydentilassaan ja elämäntavoissaan.

Diakoniatyöntekijällä on keskeinen merkitys diakoniatyön asiakkaan terveyden edistämisessä. Terveyskyselyn tekeminen antaa diakoniatyöntekijälle mahdollisuuden keskustella terveystutkimuslomakkeen kysymysten ohjaamana kattavasti asiakkaan terveydentilasta. Keskustelutilanteeseen liittyy asiakkaan ohjaus. Ohjaus tulee esiin esimerkiksi siinä, kun keskustellaan asiakkaan tilanteen vaatimista jatkotoimenpiteistä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella havaittu diakoniatyöntekijän roolin tärkeys diakoniatyön asiakkaan terveyden edistämisessä nosti esiin jatkotutkimushaasteita. Jatkotutkimushaasteena on selvittää, minkä verran diakonissat terveydenhuollon ammattilaisina käyttävät työvälineenä tavoitteellista terveystutkimusta. Käytetäänkö diakoniatyössä terveydenhuollon interventioita apuna, ja miten ne ovat sovellettavissa terveyden edistämiseen seurakunnassa.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää terveyden edistämisen kehittämiseen diakoniatyössä. Opinnäytetyön tulokset antavat tietoa siitä, millä tavoin Haukiputaan seurakunnan diakoniatyön asiakkaat ovat kokeneet Terveyden edistämisen hankkeeseen liittyneet terveystutkimukset. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan arvioida, kannattaako terveystutkimusten tekemistä Haukiputaan seurakunnan diakoniatyössä jatkaa. Voidaan myös pohtia, miten terveystutkimusten tekemistä ja terveyden edistämistä voidaan edelleen kehittää Haukiputaan seurakunnan diakoniatyössä. Muissa seurakunnissa voidaan arvioida tämän opinnäytetyön tulosten soveltuvuutta ja käyttökelpoisuutta seurakunnan omaan diakoniatyöhön.

Suomen evankelisluterilaisen kirkon diakoniatyön kehittämistyössä tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää siten, että niiden avulla saadaan tietoa diakoniatyön asiakkaiden kokemuksista terveystyöstä. Opinnäytetyö voi toimia ikään kuin keskustelun avaajana siitä, kannattaako terveystyöjen käyttöä kehittää ja tutkia laajemmalla mittakaavalla diakoniatyössä. Tämän opinnäytetyön tuloksista voi saada ajattelemisen aiheita esimerkiksi siihen, kannattaako terveystyöjen käyttöä kehittää diakoniatyön yhdeksi työvälineeksi terveydenedistämiseen.

Haukiputaan seurakunnassa käytössä ollut terveystyölomaketta käytettiin ennen terveystyöjen aloittamista Haukiputaan terveyskeskuksen lääkäreiden arvioitavana, ja lisäksi diakoniatyön asiakas on voinut käyttää omaa terveystyölomakettaan pohjana käydessään lääkärissä (Seppänen i.a). Haukiputaan terveyskeskuksessa saadaan tietoa diakoniatyön asiakkaiden kokemuksista terveystyöstä. Samalla voidaan arvioida, onko diakoniatyön asiakas hyödyntänyt terveystyölomaketta lääkärissä käydessään, ja tarvittaessa yhteistyötä terveystyöjen suhteen voidaan kehittää edelleen. Myös muissa seurakunnissa voidaan arvioida terveystyöjen käyttöä yhteistyössä terveyskeskuksen kanssa, ja pohtia yhteistyön kehittämistä terveydenhuollon ja seurakunnan diakoniatyön välillä.

## 7 TULOSTEN VERTAILUA AIEMPIIN TUTKIMUKSIIN

Terveyskyselyjen toteuttamisesta seurakunnan diakoniatyössä on vähän kokemusta, joten tutkittua tietoa diakoniatyön asiakkaiden kokemuksista terveyskyselystä tai terveyskyselyn merkityksestä diakoniatyön asiakkaan terveyden edistämisessä ei ole. Terveyskyselyjen käyttäminen terveydentilan ja elintapojen kartoittamisen apuvälineenä on tavallista kuitenkin muissa yhteyksissä, kuten esimerkiksi työterveyshuollossa, opiskelijaterveyshuollossa sekä erilaisten ryhmien keskuudessa.

Terveyskyselyä käytetään välineenä tutkittaessa hyvinkin laajojen ryhmien terveyskäyttäytymistä ja terveyttä. Yksi tällainen tutkimus on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosittain toteuttama postikyselytutkimus ”Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK). Tutkimuksessa selvitetään muun muassa työikäisen väestön terveyskäyttäytymisen nykytilanne sekä sen lyhyen ja pitkän aikavälin muutokset. Terveyskysely voidaan suunnata myös rajatummalle väestönosalle, kuten tietyn alueen asukkaille tai tietylle ikäryhmälle. Tästä esimerkkeinä ovat kemiläisille vuoden 2011 alkupuoliskolla toteutettu Kemi Terveeksi 2015 – terveyskysely ja vuosittain tehtävät nuorten kouluterveyskyselyt. Terveyskyselyistä saatua tietoa hyödynnetään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2011; Kemi, sosiaali- ja terveysterveyskeskus 2011; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Terveyskyselyjen merkityksestä on aikaisempaa tutkittua tietoa esimerkiksi terveyskyselyn käyttämisestä työterveyshuollon apuna. Koettujen terveysongelmien ja sairauspoissaolojen välistä yhteyttä tutkittiin aiheesta tehdyssä alkuperäistutkimuksessa. Tutkimuksessa yhtenä tavoitteena oli tutkia onko sairauspoissaolon riski tunnistettavissa terveyskyselyn avulla. Tutkimusmenetelmänä oli yhden yrityksen 4 695 työntekijälle lähetetty terveyskysely, jonka avulla saadut tiedot yhdistettiin työnantajan palkkarekisteristä kerättyihin sairauspoissaolotietoihin. Sairauspoissaoloja analysoitiin puolen vuoden ajan kyselyn palauttamisen jälkeen ristiintaulukoinneilla sekä logistisella ja gammaregressioanalyysillä. Tutkimustulosten mukaan terveysongelmien

esiintyminen kyselylomakkeen tietojen mukaisesti ennusti tulevia sairauspoissaoloja ja niiden määrää riippumatta sukupuolesta, iästä ja työstästatuksesta. Terveyskyselyjen avulla oli mahdollista löytää työntekijöitä, joilla sairauspoissaolojen riski oli suurentunut. (Taimela, Justén, Schugk & Mäkelä 2007.)

Edellisen kaltaiseen tutkimustulokseen, eli terveystarkastuksen käyttö auttaa tunnistamaan työntekijöitä, joilla on kohonnut sairauspoissaolojen riski, päädyttiin myös tutkimuksessa, jossa terveystarkastus toteutettiin rakennusalan yrityksen työntekijöille. Terveystarkastuksen avulla löydettiin myös paljon sellaisia terveystarkastuksia, jotka eivät olleet aiemmin työterveyshuollon tiedossa, mutta jotka aiheuttivat sairauspoissaoloja. (Taimela 2010.)

Terveystarkastusta on käytetty myös tutkimuksessa, jossa ensimmäisen vuoden yliopisto-opiskelijoille lähetettiin lyhyt terveystarkastus, seuralomake, jonka vastausten perusteella opiskelijoita kutsuttiin tarvittaessa terveystapaamiseen. Tutkimuksessa oli tarkoituksena testata kehitetyn seuralomakkeen toimivuutta ja tunnustuskäyttöä sekä tutkia sen perusteella terveystapaamisissa käyneiden ja siitä poisjääneiden terveydentilaa ja terveystarkastusten käyttöä. Seuralomake lähetettiin 310 opiskelijalle, ja heidät kutsuttiin terveystapaamiseen. Seuralomakkeen perusteella kaksi terveydenhoitajaa arvioi terveystarkastukseen kutsutarvetta, ja terveystapaamisen toteuttanut terveydenhoitaja arvioi kutsutarvetta terveystapaamisessa. Tutkimusten tulosten mukaan terveystapaamiseen tulisi seuralomakkeen perusteella kutsua 50 -65 % opiskelijoista ja terveystapaamisissa arvioituna 52 %. Terveystarkastukset löytyivät hyvin seuralomakkeella, eli terveystarkastuksella oli mahdollista tunnistaa opiskelijan terveystarkastukset. (Kunttu & Huttunen 2008.)

Edellä olevien tutkimusten mukaan terveystarkastusten avulla voitiin tunnistaa työntekijöitä, joilla oli kohonnut sairauspoissaolojen riski, löytää terveystarkastuksia sekä tunnistaa terveystarkastuksia. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan diakoniatyön asiakkaat tunnistivat omat terveystarkastuksensa ja terveystarkastuksensa terveystarkastukseen vastatessaan. He alkoivat terveystarkastukseen vastatessaan pohtia terveydentilaansa ja terveystarkastustensa. Lisäksi he alkoivat miettiä, mitä parannuksia he voisivat tehdä elintapoihinsa, ja miten he voisivat parantaa terveydentilaansa. Vertailukohteina olevia tutkimuksia ei toteutettu kysymällä terveystarkastukseen

osallistuneiden henkilöiden kokemuksia terveystieteiden tunnistamisesta terveystieteiden avulla, vaan tutkimukset oli toteutettu eri menetelmin. Tutkimusten kohdejoukko oli eri kuin tässä opinnäytetyötutkimuksessa, tutkittiin työterveyshuollon asiakkaita sekä opiskelijaterveydenhuollon asiakkaita. Tämän opinnäytetyön tulokset ja edellä olevat terveystieteiden tehty tutkimusten tulokset eivät siis ole suoraan vertailukelpoisia, mutta niitä yhdistää sama tutkimuksen kohteena oleva ilmiö, terveystieteiden tutkimus.

Opinnäytetyön tuloksissa on yhtäläisyyksiä Kinnusen Sairas köyhyys – tutkimuksen kanssa. Tämän opinnäytetyötutkimuksen tulosten mukaan diakoniatyön asiakkaat toivoivat seurakunnalta terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa samanlaista tukea kuin he aikaisemminkin olivat seurakunnalta saaneet. Aiemmin saatu tuki oli henkistä tukea ja diakoniatyöntekijän antamaa tukea. Diakoniatyöntekijän antama tuki oli keskustelua, yhteydenpitoa asiakkaaseen, kannustamista, kokonaisvaltaista tukemista ja läsnäoloa. Konkreettisia hoitotoimenpiteitä tai terveyttä edistäviä toimenpiteitä ei mainittu. Kinnusen Sairas köyhyys – tutkimuksen mukaan diakoniatyössä terveyteen liittyviä avun muotoja ovat henkinen ja sosiaalinen tuki, sekä asiakkaan oppaana toimiminen, eivät niinkään konkreettiset hoitotoimenpiteet (Kinnunen 2009).

Terveyden edistäminen on asia, jota kehitetään parhaillaan Suomen evankelisluterilaisen kirkon diakoniatyössä. Terveyden edistämisen hanke päättyi, mutta terveyden edistämisen kehittäminen diakoniatyössä jatkuu edelleen. Tällä hetkellä on käynnissä ”Terve sielu terveessä ruumiissa – diakoniatyön terveyden edistämisen toimijoina”- kehittämishanke, jonka tarkoituksena on selvittää diakoniatyön asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeita (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2011). Terveystieteiden tutkimus on yksi mittari, jonka avulla voidaan tunnistaa siihen vastanneen henkilön terveystieteiden ongelmia ja – riskejä, ja samalla saada tietoa terveyden edistämisen tarpeista. Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan arvioida, kannattaako terveystieteiden tutkimusta edelleen kehittää diakoniatyön apuvälineeksi terveyden edistämiseen.



## 8 POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä haluttiin ottaa esiin terveystutkimuksia koskevia tutkimuksia osoittamaan sitä, että eri yhteyksissä toteutettuina niistä löytyy käyttökelpoista tutkimustietoa. Tässä opinnäytetyössä esitetyissä terveystutkimuksissa kyselyjä on toteutettu sellaisille ihmisille, jotka ovat järjestetyn terveydenhuollon piirissä. Ne ihmiset, jotka kuuluvat esimerkiksi työterveyshuollon tai opiskelijaterveydenhuollon piiriin, pääsevät osallisiksi terveyttä tukevista palveluista.

Diakoniatyön asiakkaina puolestaan on ihmisiä, jotka ovat jääneet terveystutkimusten ulkopuolelle tai eivät ole saaneet riittävästi apua julkisista palvelujärjestelmistä ja diakoniatyössä tehdään vain vähän terveyttä edistäviä toimenpiteitä (Kinnunen 2009; Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a). Samantapainen terveystutkimus, jota toteutettiin Haukiputaan seurakunnan diakoniatyössä, voisi esimerkiksi olla yksi diakoniatyön asiakkaiden terveyttä tukeva toimenpide.

Viime aikoina on keskusteltu siitä, että diakoniatyössä paikataan yhteiskunnan aukkopaiikkoja, ja tehdään asioita, jotka kuuluvat yhteiskunnan tehtäviin (Jokela 2011). Terveystutkimusten tekeminen diakoniatyössä ei kuitenkaan varsinaisesti paikkaa yhteiskunnalle kuuluvia tehtäviä. Terveystutkimuksen tekeminen diakoniatyöntekijän vastaanotolla esimerkiksi muun asiointin yhteydessä ei välttämättä vie paljoa aikaa ja resursseja muilta tehtäviltä. Lisäksi terveystutkimusten tekemistä voidaan Haukiputaan tapaan kehittää niin, että yhteistyökumppaniksi otetaan mukaan esimerkiksi terveyskeskus.

Diakoniseen hoitotyöhön kuuluu terveyden edistäminen ohjaamalla ja neuvomalla terveyttä edistävien elämäntapojen noudattamisessa sekä terveystutkimusten käytössä (Gothi & Jantunen 2011). Terveystutkimuksia tehdessään diakonissa on hyvä tilaisuus keskustella asiakkaan kanssa terveydestä, neuvoa ja ohjata terveyttä edistävissä elämäntavoissa. Terveystutkimusten tekeminen on siis diakonisen hoitotyön tavoitteiden mukaista toimintaa, jossa diakonissa voi toteuttaa sekä sairaanhoidollista että diakoniatyöhön liittyvää osaamistaan.

## LÄHTEET

Diakonia-ammattikorkeakoulu 2011. Viitattu 30.10.2011.  
[http://oulu.diak.fi/projektit\\_oulu](http://oulu.diak.fi/projektit_oulu)

Diakonia-ammattikorkeakoulu 2011. Viitattu 22.10.2011.  
[http://www.diak.fi/tutustu\\_shd](http://www.diak.fi/tutustu_shd)

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä:  
Gummerus kirjapaino Oy.

Gothoni, Raili & Jantunen, Eila 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja  
diakonisesta työstä. A tutkimuksia, 25. Helsinki: Diakonia-  
ammattikorkeakoulu

Gothoni, Raili & Jantunen, Eila 2011. Diakoniatyön käsitteitä. Diakonian tutkimus  
2/2011. Viitattu 22.10.2011. [http://dts.fi/files/2009/10/DT2\\_2011.pdf](http://dts.fi/files/2009/10/DT2_2011.pdf)

Helakorpi, Satu; Pajunen, Tuuli; Jallinoja, Piia; Virtanen, Suvi & Uutela, Antti  
2011. Suomalaisen aikuisväestön terveystyötyminen ja terveys,  
kevät 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti  
15/2011. Helsinki. Viitattu 15.10.2011. [http://www.thl.fi/thl-  
client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3)

Hiilamo, Heikki & Hänninen, Sakari 2009. Sosioekonomiset terveyserot ja huono-  
osaisuus Suomessa. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.). Sairas  
köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta  
diakoniatyössä. Suomen evankelisluterilaisen kirkon kirkkohallituksen  
julkaisuja 2009:7. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki:  
Kustannusosakeyhtiö Tammi

- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki : University Press Oy  
yliopistokustannus
- Huttunen, Jussi 2010. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim 2010. Viitattu 25.11.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903)
- Hyryläinen Marja 2003. Tutkijahaastattelussa Antti Uutela: Terveiden edistämisen monet keinot. KTL. Kansanterveys-lehti 4/2003. Viitattu 10.10.2010.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2003/4\\_2003/terveyden\\_edistamisen\\_monet\\_keinot](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2003/4_2003/terveyden_edistamisen_monet_keinot)
- Juntunen, Elina; Grönlund, Henrietta & Hiilamo, Heikki 2006. Viimeisellä luukulla. Tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta.
- Kirkkohallitus 2006. Hakapaino Oy: Helsinki. Viitattu 23.10.2011.  
[http://apostoli2.evl.fi/julkaisut.nsf/00bfcbeb3ee07bf7c225730800273b7d/8a75a3bb310e71bfc2257364004b3bb5/\\$FILE/viimeisellaluukulla.pdf](http://apostoli2.evl.fi/julkaisut.nsf/00bfcbeb3ee07bf7c225730800273b7d/8a75a3bb310e71bfc2257364004b3bb5/$FILE/viimeisellaluukulla.pdf)
- Jokela, Ulla 2011. Diakoniatyön paikka ihmisten arjessa. Akateeminen väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalityö. Helsingin yliopisto. Diakonia-ammattikorkeakoulu A tutkimuksia 34. Helsinki
- Jolkkonen, Jari 2006. Onko köyhyys kohtalo vai valinta? Diakonian teologisia perusteita. Diakonian tutkimus 2/2006. Diakonian tutkimuksen seura ry. Viitattu 26.10.2010. [http://dts.fi/dokumentit/DT\\_2\\_2006.pdf](http://dts.fi/dokumentit/DT_2_2006.pdf)
- Kantola, Pirkko; Lehtimäki, Raija & Talsi Margetta 1993. Kansan terveys. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Hämeenlinna: Karisto

KDY:n työryhmän raportti: terveyden edistäminen diakoniatyössä 2009.

Kemi – sosiaali- ja terveystalvvelukeskus. Viitattu 15.10.2011

[http://www.kemi.fi/ajankohtaiset/Kemi\\_terveeksi\\_tiedote100211.pdf](http://www.kemi.fi/ajankohtaiset/Kemi_terveeksi_tiedote100211.pdf)

Kinnunen, Kaisa (toim.) 2009. Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen evankelisluterilaisen kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Hakapaino Oy.

Koskinen- Ollonqvist, Pirjo; Aalto-Kallio, Mervi; Mikkonen, Nella; Nykyri, Päivi; Parviainen, Heikki; Saikkonen, Paula & Tamminiemi, Kaarina 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Viitattu 16.10.2011.

[http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2007/2007\\_006.pdf](http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2007/2007_006.pdf)

Kotisalo, Helena 2005. Diakonisen hoitotyön toteutuminen diakoniassa. Diakonian tutkimuksia 1/2005. Diakonian tutkimuksen seura ry. Viitattu 27.10.2010. [http://dts.fi/dokumentit/DT\\_1\\_2005.pdf](http://dts.fi/dokumentit/DT_1_2005.pdf)

Kunttu, Kristiina & Huttunen, Teppo 2008. Lyhyt terveystutkimus tunnistaa uuden opiskelijan terveysriskit. Terveydenhuoltoartikkeli. Lääkärilehti 39/2008 vsk 63.

Kylmä, Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Osakeyhtiö.

Kyngäs, Helvi; Elo, Satu; Pölkki, Tarja; Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2).012

Laine, Virva & Suominen, Hanna 2007. Terveystalvvelittisten arvojen tarkastelua systemaattisena kirjallisuuskatsauksen ja artikkelianalyysin pohjalta. Pro Gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen

tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 27.10.2010.

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02477.pdf>

Lappalainen, Kaarina 2002. Ammatillinen vastuu. Teoksessa Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani (toim.)  
Diakonian käsikirja. Jyväskylä: Kirjapaja Oy, 130.

Malkavaara, Mikko 2008. Lähetystyötä, kehitysyhteistyötä vai kansainvälistä diakoniaa. Artikkel. Diakonian tutkimus 1/2008. Diakonian tutkimuksen seura ry. Viitattu 27.10.2010.

[http://dts.fi/dokumentit/Diakoniantutkimus1\\_08.pdf](http://dts.fi/dokumentit/Diakoniantutkimus1_08.pdf)

Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotiede. Oulu.

Paronen Olavi: Tampereen terveys- ja sosiaalikeskitys 2005 (elektroninen aineisto) FSD2322, versio 1.0 (2008-05-22). Tampere: UKK-instituutti & Innolink Research (aineistonkeruu). Tampereen kaupunki & UKK-instituutti (tuottajat). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (jakaja), 2008.

Pietilä, Anna- Maija, Varjoranta, Pirjo & Matveinen, Mari 2009.

Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä – arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. Tutkiva Hoitotyö 3/2009

Rissanen, Lea 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65 – vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen koettu tarve. Väitöskirja. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto. Viitattu 30.10.2011.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514254414/isbn9514254414.pdf>

Rättyä, Lea 2004. Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan. Lisensiaatintutkimus. Oulun yliopisto, LTK,

hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen. Diakonia-ammattikorkeakoulujen julkaisuja A tutkimuksia 24. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010.

Rättyä, Lea 2009. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja E yhteiskuntatieteet 179. Viitattu 25.10.2010. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1309-7/urn\\_isbn\\_978-951-27-1309-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1309-7/urn_isbn_978-951-27-1309-7.pdf)

Seppänen, Helena i.a. ”Terveyden edistäminen osaksi diakoniatyön arkea”.  
Terveyden edistämisen hanke 2009 -2010.

Sirviö, Kaarina 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä. Mukanaolosta vastuunottoon. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja E yhteiskuntatieteet 179. Viitattu 30.10.2011. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-27-0502-8/urn\\_isbn\\_951-27-0502-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0502-8/urn_isbn_951-27-0502-8.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 11.10.2010. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen\\_terveyserojen\\_kaventamisen\\_toimintaohjelma\\_2008\\_2011\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3702.pdf&title=Kansallinen_terveyserojen_kaventamisen_toimintaohjelma_2008_2011_fi.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino. <http://pre20090115.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/09/pr1158139777250/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Terveystieteiden tutkimusohjelma 2015- kansanterveysohjelma. Viitattu 9.10.2010.



- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Kouluterveyskysely. Viitattu 15.10.2011.  
<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 16.10.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Vertio, Harri 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- WHO 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. Viitattu 11.10.2010.  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- Yeung, Anne Birgitta 2007. Diakonia ristipaineiden aallokossa? Diakonian työnäky ja suhde hyvinvointivaltioon. Viitattu 22.5.2010.  
[http://www.dts.fi/dokumentit/diakonia1\\_07%5B1%5D.pdf](http://www.dts.fi/dokumentit/diakonia1_07%5B1%5D.pdf)



LIITE 1  
TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot:

Ikä, sukupuoli

Tutkimustehtävät:

1. Millä tavoin terveystarkastukseen osallistuneet diakoniatyön asiakkaat kokivat terveystarkastuksen?
2. Mikä oli terveystarkastuksen merkitys diakoniatyön asiakkaiden kokemuksen mukaan heidän terveydelleen?
3. Miten diakoniatyön asiakkaat kokivat seurakunnan tuen heidän terveyden edistämiseensä?

**Teema-alue: Kokemuksia terveystarkastuksesta**

1. Kuvaile, millä tavoin koit terveystarkastukseen vastaamisen?
2. Kuvaile, miten koit keskustelun terveydentilastasi diakoniatyöntekijän kanssa?
3. Mitä mieltä olet terveystarkastusten tekemisestä seurakunnan diakoniatyöntekijän vastaanotolla?

**Teema-alue: Kokemukset terveystarkastuksen merkityksestä terveyden edistämiseksi**

Terveys ja toimintakyky:

4. Kuvaile, millaiseksi koet tämänhetkisen terveydentilasi?
5. Miten koet terveydentilasi muuttuneen terveystarkastukseen osallistumisen jälkeen (onko esimerkiksi pysynyt ennallaan, parantunut, heikentynyt)
6. Millä tavoin koet toimintakykysi muuttuneen terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen (pysynyt ennallaan, parantunut, heikentynyt)

Liikunta, uni ja elämäntapamuutokset

7. Millä tavoin koet terveystarkastukseen vastaamisen muuttaneen liikunnan ja ruumiillisen rasituksen määrää? Koetko, että vapaa-aikana harrastamasi liikunnan määrä on pysynyt samana, lisääntynyt vai vähentynyt kyselyyn vastaamisen jälkeen?
8. Kuvaile, millä tavoin kyselyyn vastaaminen on muuttanut ohjattuun liikuntaan osallistumistasi?

9. Kuvaile, millaisia muutoksia untasi ja nukkumistasi koskevissa asioissa on tapahtunut terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen?

10. Jos tupakoit, kuvaile, millä tavoin koet tupakointitottumuksiesi muuttuneen kyselyyn vastaamisen jälkeen? Koetko, että polttamiesi savukkeiden määrä on pysynyt ennallaan, vähentynyt vai lisääntynyt kyselyyn vastaamisen jälkeen?

11. Jos käytät alkoholia, millä tavoin koet alkoholinkäyttösi muuttuneen kyselyyn vastaamisen jälkeen? Koetko, että käyttämiesi alkoholiannosten määrä on pysynyt ennallaan, vähentynyt vai lisääntynyt kyselyyn vastaamisen jälkeen?

12. Kuvaile, millä tavoin olet muuttanut ruokailutottumuksiasi terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen?

#### Terveyspalvelujen käyttö

13. Kuvaile, millaisia muutoksia terveyspalvelujen käytössäsi on ollut terveystarkastukseen vastaamisen jälkeen (esim. lääkärisäkäynnit, hammaslääkärisäkäynnit)

#### Voimavarat

14. Kuvaile, millä tavoin elämäsi voimavarat ovat muuttuneet kyselyyn vastaamisen jälkeen?

#### Jatkotoimenpiteet

16. Jos terveystarkastusta tehdessä kävi ilmi, että joku asia vaatii jatkotoimenpiteitä (esim. lääkärisäkäynti), noudatitko päätettyä asiaa ja hakeuduit jatkotoimenpiteisiin?

17. Kuvaile, millä tavoin terveystarkastukseen vastaaminen sai pohtimaan omaa terveydentilaasi?

18. Kuvaile, mikä merkitys terveystarkastukseen vastaamisella on ollut sinulle ja terveydentilallesi?

#### **Teema-alue: Kokemukset seurakunnan tuesta terveyden edistämässä**

15. Kuvaile, mikä merkitys seurakunnan toiminnalla ja hengellisyydellä on sinulle voimavarojen antajana?

19. Millaista tukea toivot/ odotat saavasi seurakunnalta terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa?

## LIITE 2

## TERVEYSKYSELY

## HAUKIPUTAAN SEURAKUNTA

Diakoniatyö

## TERVEYSKYSELY

## TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli mies \_\_\_\_\_ nainen \_\_\_\_\_

2. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

3. Kauanko olette asunut Haukiputaalla? \_\_\_\_\_ vuotta

4. Millä kylällä asutte? \_\_\_\_\_

5. Mikä seuraavista kuvaa parhaiten nykyistä elämävaihetanne?

1. asun kotona vanhempieni kanssa
2. asun yksin
3. asun kaksin avio-/avopuolisoni kanssa
4. asun avio-/avopuolisoni ja lasteni kanssa
5. olen yksinhuoltaja
6. muu tilanne

6. Kuinka monta alle 18-vuotiasta lasta kuuluu talouteenne?

1. ei yhtään
2. \_\_\_\_\_ lasta, lasten syntymävuodet \_\_\_\_\_

7. Mikä on koulutuksenne?

1. kansa-, keski- tai peruskoulu
2. ylioppilas
3. ammattikoulu tai ammatillinen perustutkinto
4. opistoasteen ammatillinen tutkinto
5. ammattikorkeakoulu tai alempi akateeminen tutkinto
6. yliopiston tai korkeakoulun ylempi akateeminen tutkinto

8. Oletteko nykyisin (rengastetaan vain yksi vaihtoehto)

1. kokoaikaisessa palkkatyössä
2. osa-aikaisessa palkkatyössä tai osa-aikaeläkkeellä
3. yrittäjä, ammatinharjoittaja, maatalousyrittäjä
4. työtön tai lomautettu

5. äitiys- tai vanhempainlomalla
6. pitkäaikaisella sairauslomalla
7. eläkkeellä
8. omaa kotitaloutta hoitava
9. opiskelija tai koululainen
10. muu, mikä? \_\_\_\_\_

**9. Jos olette työtön, kauanko nykyinen työttömyytenne on yhtäjaksoisesti kestänyt?**

\_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta

**10. Millainen on nykyisen työsuhteenne luonne?**

1. vakituinen tai toistaiseksi voimassa oleva
2. yli 6 kk:n määräaikainen työsuhde
3. korkeintaan 6 kk:n määräaikainen tai tilapäinen työsuhde
4. en ole työssä tai työsuhteessa

**TERVEYS JA TOIMINTAKYKY**

**11. Millainen terveydentilanne on nykyisin?**

1. hyvä
2. melko hyvä
3. kohtalainen
4. melko huono
5. huono

**12. Onko lääkäri todennut teillä jonkin tai joitakin seuraavista sairauksista tai vaaratekijöistä?**

Kyllä

Sepelvaltimotauti	1
Kohonnut verenpaine	1
Kohonnut kolesteroli	1
Ylipaino tai lihavuus	1
Astma	1
Nuoruusiän (tyypin 1) diabetes	1
Aikuisiän (tyypin 2) diabetes	1
Nivelrikko tai kuluma alaraajoissa	1
Nivelreuma tai muu tulehduksellinen nivelsairaus	1
Pitkäaikaisia tai toistuvia selkävaivoja	1
Pitkäaikaisia tai toistuvia niska-hartiavaivoja	1
Osteoporoosi tai siihen liittyviä murtumia	1
Masennus	1
Muu sairaus tai vamma	1

**13. Haittaako sairautenne tai vammanne työntekoa tai jokapäiväisiä tehtäviänne?**

1. ei pitkäaikaissairautta tai vammaa
2. ei haittaa lainkaan
3. haittaa jonkin verran
4. haittaa paljon

**14. Onko teillä säännöllisesti käytettäviä lääkkeitä?**

kyllä \_\_\_ ei \_\_\_

**15. Onko teillä viime aikoina ollut seuraavia oireita tai vaivoja?**

	Ei Lainkaan	Silloin tällöin	Melko usein	Usein tai jatkuvasti
Ylirasittuneisuus	1	2	3	4
Alakuloisuus tai masentuneisuus	1	2	3	4
Hermostuneisuus tai jännittyneisyys	1	2	3	4
Voimattomuus tai väsymys	1	2	3	4
Unettomuus	1	2	3	4
Yksinäisyyden tunne	1	2	3	4
Ärtynisyys	1	2	3	4
Huonomuistisuus	1	2	3	4

**16. Haittaako jokin edellä ilmoittamastanne oireesta tai vaivasta jokapäiväistä elämää?**

1. ei oireita tai ei haittaa
2. haittaa jonkin verran
3. haittaa paljon, mutta en ole hakenut oireeseen apua
4. haittaa paljon ja olen hakenut oireeseen apua

**17. Miten hyvin pystytte nykyisin seuraaviin toimintoihin?**

	Pystyn vaikeuksitta	Jonkin verran vaikeaa	Erittäin vaikeaa	En pysty
Raskaan kotityön tekeminen (esim. kodin suursiivous, mattojen piiskaus)	1	2	3	4
Portaiden nouseminen levähtämättä kaksi kerrosväliä	1	2	3	4
Käveleminen kadulla tai tiellä 2 km levähtämättä ilma kantamuksia	1	2	3	4
Käveleminen kadulla tai tiellä 2 kilometriä levähtämättä kantaen noin 5 kg kassia	1	2	3	4
Lyhyehkön matkan juokseminen (noin 100m)	1	2	3	4

Noin kahden kilometrin matkan juokseminen tai hölkkääminen	1	2	3	4
Polvistuminen, kumartuminen	1	2	3	4

## LIIKUNTA, UNI JA ELINTAPAMUUTOKSET

### 18. Kuinka paljon liikutte ja rasitatte itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?

Jos rasitus vaihtelee paljon eri vuodenaikoina, merkitään se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannetta.

1. vapaa-aikanani luen, katselen televisiota ja teen askareita, joissa en paljonkaan liiku ja jotka eivät rasita minua ruumiillisesti
2. vapaa-aikanani kävelen, hiihdän, pyöräilen ja liikun muulla tavalla (esim. teen piha- ja puutarhatöitä) vähintään neljä tuntia viikossa
3. harrastan vapaa-aikanani varsinaista kuntoliikuntaa vähintään kolme tuntia viikossa
4. harjoittelen vapaa-aikanani kilpailumielessä säännöllisesti useita kertoja viikossa

### 19. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette?

1. 6-7 kertaa viikossa
2. 3-5 kertaa viikossa
3. 1-2 kertaa viikossa
4. muutaman kerran kuukaudessa
5. harvemmin tai en lainkaan
6. en voi vamman tai sairauden takia harrastaa liikuntaa

### 20. Oletteko osallistuneet viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana johonkin ohjattuun liikuntaan (esim. voimisteluryhmä, kuntosaliharjoittelu, vesivoimistelu)?

1. en ole osallistunut eikä ole ollut tarvetta tai halua osallistua
  2. en ole osallistunut, mutta olisin halunnut
  3. olen osallistunut, millaiseen ohjattuun liikuntaan?
-

**21. Seuraavat kysymykset koskevat untanne ja nukkumistanne viimeksi kuluneen kolmen kuukauden aikana**

	Ei koskaan/ harvemmin kuin kerran kuussa	Harvemmin kuin kerran viikossa	1-2 päivänä viikossa	3-5 päivänä viikossa	Päivittäin tai lähes päivittäin
Onko teillä ollut vaikeuksia nukahtaa?	1	2	3	4	5
Kuinka usein olette herännyt yöllä niin, että on ollut vaikeaa nukahtaa uudelleen?	1	2	3	4	5
Kuinka usein olette herännyt liian aikaisin aamulla pystymättä enää nukahtamaan uudelleen?	1	2	3	4	5
Tunnetteko itsenne liian uneliaaksi päivällä?	1	2	3	4	5

**22. Kuinka monta tuntia keskimäärin nukutte vuorokaudessa?**

Noin \_\_\_\_\_ tuntia ja \_\_\_\_\_ minuuttia

**23. Kuinka pitkän unen tarvitsette ollaksenne seuraavana päivänä virkeä?**

Noin \_\_\_\_\_ tuntia ja \_\_\_\_\_ minuuttia

**24- Tupakoitteko?** en \_\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_\_

**25. Jos tupakoitte, kuinka monta savuketta päivässä?** \_\_\_\_\_ savuketta

**26. Käytättekö alkoholia?** en \_\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_\_

**27. Jos käytätte alkoholia, kuinka monta annosta viikossa?** \_\_\_\_\_ annosta

**28. Oletteko muuttanut tai yrittänyt muuttaa seuraavia tottumuksia terveydellisten syiden takia viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?**

	Olen aina elänyt niin terveellisesti, ettei ole tarvetta muutokseen	Olen jo muuttanut tottumuksia ja onnistunut siinä	Olen yrittänyt muuttaa, mutta en ole onnistunut	En vielä, mutta aion muuttaa lähiaikoina	En ole, enkä ole ajatellut muuttaa lähiaikoina
vähentänyt rasvan määrää	1	2	3	4	5
muuttanut rasvan laatua	1	2	3	4	5
vähentänyt suolan käyttöä	1	2	3	4	5
lisännyt liikuntaa	1	2	3	4	5
vähentänyt alkoholin käyttöä	1	2	3	4	5
lopettanut tupakoinnin	1	2	3	4	5
laihuttanut	1	2	3	4	5
lisännyt vihannesten ja hedelmien käyttöä	1	2	3	4	5

**TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ**

**29. Oletteko ollut viimeisen 12 kuukauden aikana sairaalassa vuodeosastolla hoidossa?**

en \_\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_\_

**30. Oletteko käynyt viimeisen 12 kuukauden aikana lääkärin vastaanotolla sairauden takia?**

en \_\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_\_

**31. Oletteko käynyt viimeisen 12 kuukauden aikana hammaslääkärissä?**

en \_\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_\_

**32. Oletteko käynyt viimeisen 12 kk aikana sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla?**

en \_\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_\_

**VOIMAVARAT**

**33. Mikä antaa elämään voimaa, intoa ja voimavaroja?**

---



---



---



---



**34. Onko teillä läheisiä/ystäviä, joiden kanssa voi jakaa elämän arkea? Onko tukiverkosto mielestänne riittävä?**

---

---

---

### **JATKOTOIMENPITEET**

**35. Tuliko tämän kyselyn kautta esille joku asia, jonka vuoksi olisi aiheutta jatkotoimenpiteisiin?**

ei \_\_\_\_\_ kyllä \_\_\_\_\_

**36. Jos joku asia vaatii jatkotoimenpiteitä, mitä päätettiin tehdä?**

### **Lähdetiedosto, jonka pohjalta lomake laadittu:**

Paronen Olavi: Tampereen terveys- ja sosiaalikysely 2005 (elektroninen aineisto) FSD2322, versio 1.0 (2008-05-22). Tampere: UKK-instituutti & Innolink Research (aineistonkeruu).

Tampereen kaupunki & UKK-instituutti (tuottajat). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (jakaja), 2008.

---