



Diak
Opetus

6

Diak

PÄIVI THITZ, MIKKO MALKAVAARA, LEA RÄTTYÄ JA MINNA VALTONEN (TOIM.)

Diakonisen hoitotyön perusteet ja käytäntö

Päivi Thitz, Mikko Malkavaara,
Lea Rättyä ja Minna Valtonen (toim.)

DIAKONISEN HOITOTYÖN PERUSTEET JA KÄYTÄNTÖ

DIAK **OPETUS 6**

Kannen kuva: Shutterstock

Taitto: PunaMusta Oy

ISBN 978-952-493-366-7 (painettu)

ISSN 2343-2225 (painettu)

ISBN 978-952-493-367-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 2343-2233 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-367-4>

PunaMusta Oy

Tampere 2020

TIIVISTELMÄ

**Päivi Thitz, Mikko Malkavaara,
Lea Rättyä & Minna Valtonen (toim.)**

Helsinki:

347 s.

**DIAKONISEN HOITOTYÖN PERUSTEET
JA KÄYTÄNTÖ**

Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2020

Diak Opetus 6

Julkaisussa käsitellään diakonisen hoitotyön lähtökohtia ja käytäntöä erilaisissa toimintaympäristöissä.

Diakoninen hoitotyö on käsitteenä melko uusi, mutta sen historialliset juuret ulottuvat Suomessa 1860-luvulle. Käsitys diakonisesta palvelusta ja sen liittymisestä sairaanhoidollisiin tehtäviin on muovautunut yhteiskunnan muutoksissa. Diakonisen hoitotyön koulutus on kehittynyt diakonissalaitosten sarkasvatuksesta nykyiseksi ammattikorkeakoulututkinnoksi, joka tuottaa kelpoisuuden sekä sairaanhoitajan tehtävään että kirkon diakonian virkaan.

Diakonisen hoitotyön teoreettinen perusta pohjautuu hoitotieteeseen ja teologiaan, mutta se hyödyntää myös yhteiskunta- ja kasvatustieteitä. Diakoninen hoitotyö on kristilliseen ihmiskäsitykseen ja arvopohjaan perustuvaa kokonaisvaltaista kohtaamista ja auttamista. Kohtaamisen lähtökohtana on lähimmäisenrakkaus ja ihmisen ainutlaatuisuuden sekä vakaumuksen kunnioittaminen. Diakonisessa hoitotyössä keskeistä on ihmislähtöisyys, voimavarakeskeisyys, kokonaisvaltainen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä toivon näköalojen esillä pitäminen.

Sairaanhoitaja-diakonissojen ammatillinen identiteetti rakentuu laaja-alaiselle koulutukselle ja mahdollisuuksille hyödyntää osaamistaan erilaisissa työympäristöissä. Hoitotyön osaaminen seurakunnan diakoniatyössä näyttäytyy erityisesti kykyä tunnistaa muutoksia ihmisen fyysisessä ja psyykkisessä hyvinvoinnissa ja kulkea rinnalla vakavan sairauden tai kuoleman kohdatessa. Diakonisen hoitotyön osaamisen merkitys korostuu erityisesti kohdatessa haavoittuvimmassa asemassa olevia ihmisiä, ikääntyneitä, vaikeuksissa olevia perheitä tai mielenterveyden häiriöistä ja muista sairauksista ja oireista kärsiviä.

Hoitotyössä sairaanhoitaja-diakonissan vahvuutena on mahdollisuus hyödyntää hengellisen ja diakonisen hoitotyön auttamismenetelmiä potilaiden ja heidän läheistensä kohtaamisessa. Käytännössä osaaminen näkyy kykyä kohdata hengellistä hätää, eksistentiaalista ahdistusta, kärsimystä, yksinäisyyttä ja kuoleman pelkoa. Erityisesti näitä kysymyksiä kohdataan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tilanteissa.

Diakonisen hoitotyön ammattilaisella on valmiuksia huomioida erilaisten kulttuuristen erityispiirteiden ja elinympäristöjen merkitystä ihmisen kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Lähtökohtana on rohkeus kohdata moninaisuutta ja kiinnostus kunkin omaa kulttuurista taustaa ja elämäntarinaa kohtaan. Uskontolukutaidon osaaminen antaa mahdollisuuksia ymmärtää erilaisia maailmankatsomuksia ja tukea kunkin oman vakaumuksen toteuttamista.

Diakonisen hoitotyön tulevaisuuden näkymät liittyvät yhtäältä keskusteluun diakoniakäsityksestä ja diakonian virasta. Kirkon nykyiset vihkimyskäytännöt rajaavat diakonian virkaan liittyvän vihkimyksen pääasiassa kirkon ja kristillisten järjestöjen piiriin. Samaan aikaan seurakuntien diakoniatyön tehtäväkenttä on yhä moninaisempi ja laaja-alaisempi. Toisaalta tulevaisuuden näkymät liittyvät siihen, tunnustetaanko ja tunnustetaanko diakonisen hoitotyön osaaminen kirkossa ja terveydenhuollossa. Sairaanhoidaja-diakonissan laaja-alaiselle osaamiselle on entistä suurempi tarve tulevaisuudessa.

Asiasanat: diakonia, diakonissat, hengellisyys, hoitotyö, spiritualiteetti

ABSTRACT

**Päivi Thitz, Mikko Malkavaara,
Lea Rättyä & Minna Valtonen (eds.)**

Helsinki:

347 pp.

**PRINCIPLES AND PRACTICES OF
DIACONAL NURSING**

Diaconia University of Applied Sciences, 2020

Diak Opetus 6

[Diak Teaches 6]

This publication discusses the principles and practices of diaconal nursing in different operating environments.

Diaconal nursing is a fairly novel concept, while its roots date back to the 1860s in Finland. Societal changes have shaped our understanding of diaconal service and its links to medical processes. Education in diaconal nursing has evolved from education provided by deaconess institutions into the current university of applied sciences degree, which provides qualifications to work as a registered nurse and as a deaconess of the Evangelical-Lutheran Church of Finland.

The theoretical background of diaconal nursing is based on nursing science and theology, while it also draws from social and education sciences. Diaconal nursing means meeting and helping other people holistically on the basis of the Christian conception of what it is to be a human and Christian values. People are treated from the perspectives of charity and respect towards the unique qualities and beliefs of every individual. Diaconal nursing focuses on individuals, resources, the comprehensive improvement of health and wellbeing, and the maintenance of different aspects of hope.

The professional identity of nurse-deaconesses is built on broad education and opportunities to use professional skills in different working environments. Nursing skills in diaconal work in parishes can be particularly seen in the ability to identify any changes in the physical and psychological wellbeing of individuals and to offer support in the event of a serious illness or death. The significance of diaconal nursing skills is especially emphasised when meeting people in a vulnerable position, the elderly, families facing difficulties or individuals suffering from mental disorders, other illnesses or their symptoms.

In nursing work, strengths of nurse-deaconesses include the opportunity to use the helping methods of spiritual and diaconal nursing when meeting patients and their friends and relatives. In practice, professional skills can be seen in the ability to face psychological distress, existential anxiety, suffering, loneliness and the fear of death. These issues are especially faced in palliative and end-of-life care.

Diaconal nursing professionals have the ability to consider the significance of different cultural characteristics and living environments on the holistic wellbeing of individuals. Diaconal nursing is based on the courage to face diversity and interest in the cultural background and story of every individual. Competence in religious literacy provides tools to understand different worldviews and to support every individual's personal beliefs.

The future outlook of diaconal nursing is linked to dialogue over the concept of diaconia and the office of a deaconess. The current initiation practices of the Evangelical-Lutheran Church of Finland mainly limit the initiation procedure related to the office of a deaconess to associations connected to the church and Christianity. At the same time, the scope of diaconal work carried out in parishes is becoming broader and more diverse. Then again, the future outlook is associated with the ability to identify and recognise diaconal nursing skills in the Evangelical-Lutheran Church of Finland and in healthcare. There will be a greater need for the broad skills of nurse-deaconesses in the future.

Keywords: Diaconia, Diaconal Nursing, Deaconesses, Spiritual Experience, Nursing, Spirituality

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
Abstract	5
Päivi Thitz	
Johdanto	9

I SUOMALAISEN DIAKONIAN JA DIAKONISSAKOULUTUKSEN KEHITYS

Mikko Malkavaara	
1 Suomalaisen diakonian kehitys	16
Helena Kotisalo	
2 Diakonissakoulutuksen vaiheita	40
Minna Valtonen ja Satu Kajander-Unkuri	
3 Diakonissan koulutus 2020-luvulla	56

II DIAKONISEN HOITOTYÖN MÄÄRITTELYÄ

Lea Rättyä	
4 Diakonisen hoitotyön periaatteet ja sisältö	72
Minna Valtonen	
5 Kohtaamisen teologiaa - dialogin siunaus	89
Railli Gothóni	
6 Kehollisuus ja kosketus	104
Virpi Sipola	
7 Vakaumuksen kunnioittaminen hoitotyössä	122
Lea Rättyä ja Helena Kotisalo	
8 Diakonissat terveyden ja hyvinvoinnin edistäjinä	145

III DIAKONINEN HOITOTYÖ ERI TOIMINTAYMPÄRISTÖISSÄ

Päivi Thitz ja Minna Valtonen	
9 Diakonissan ammatti-identiteetti ja työurat	162
Eila Sainio	
10 Diakonisen hoitotyön osaamisen merkitys seurakunnassa	181
Kirsi Karppinen ja Mirva Kuikka	
11 Diakoninen vanhustyö seurakunnassa	196

Diak

Marjo Rundgren 12 Diakonissa perheiden tukena	210
Mirva Heikkilä-Tyni ja Riina Viitala 13 Diakonissat mielenterveyden edistäjinä, toivon ja voimavarojen tukijoina	218
Elina Turunen ja Tiina Ervelius 14 Diakonissa kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä	235
Heli Mikkonen, Minna Hökkä ja Elina Turunen 15 Palliatiivinen hoitotyö	246
Pirkko Natri 16 Vakavasti sairaiden ja kuolevien lasten diakoninen hoitotyö	258

IV DIAKONINEN HOITOTYÖ JA KULTTUURINEN MONINAISUUS

Mertsi Ärling 17 Romanit - tuntematon vähemmistö terveydenhuollossa ja seurakunnassa	270
Tiina Ervelius, Anu Huhtamella, Anja Karhula, Paula Kontsas ja Maritta Rantakeisu 18 Sairaanhoidaja-diakonissa saamelaisalueella	283
Ulla Siirto, Ulla Taipale ja Taina Viljanen 19 Kulttuurien välinen työ diakonisessa hoitotyössä	293
Kirsti Rinta-Panttila 20 Matka yhteiskunnan marginaalista täysvaltaiseksi kansalaiseksi	305

V DIAKONISEN HOITOTYÖN TULEVAISUUS

Mikko Malkavaara 21 Diakoninen hoitotyö ja diakonian virka	318
Lea Rättyä, Päivi Thitz ja Minna Valtonen 22 Näköaloja diakonisen hoitotyön tulevaisuuteen	336

Päivi Thitz

JOHDANTO

Diakonisen hoitotyön taustalla on lähimmäisenrakkauden ja heikoimmista huolehtimisen ajatus. Raamatun mukaan alkuseurakunnassa kristittyjen tuntomerkinä pidettiin keskinäistä rakkautta. Kärsivien auttaminen, sorrettujen tukeminen ja erilaiset palvelutehtävät ovat olleet Jumalan rakkauden välittämistä ja keskeinen osa kirkon olemusta.

Diakonisen rakkaudenpalvelun ajatus liitettiin sairaanhoitajakoulutukseen Saksassa 1830-luvulla ja Suomessa 1860-luvun lopussa. Suomessa sairaanhoidollisen koulutuksen saaneiden diakonissojen tehtävänä oli sairaiden hädän lievittäminen ja kirkollisen köyhäinhoidon järjestäminen. Seurakuntasisarten työ oli pitkään kodeissa tapahtuvaa sairaanhoitoa ja siihen liittyvää sosiaalista ja hengellistä huolenpitoa. Diakonisesta hoitotyöstä on alettu puhua 1980-luvulla.

Luonteenomaista diakoniselle hoitotyölle on ollut sen muovautuminen ajassa. Yhteiskunnalliset muutokset ovat vuosikymmenten kuluessa vaikuttaneet sosiaali- ja terveydenhuollon ja kirkon diakoniatyön kehitykseen.

Tultaessa 2020-luvulle diakoniseen hoitotyöhön vaikuttavia keskeisiä muutostekijöitä ovat väestön ikääntyminen, terveyserojen kasvaminen, globaali ja alueellinen muuttoliike, ilmastonmuutos, digitalisaatio sekä eriarvoisuuden liittyvä syrjäytymiskehitys. Uuden vuosikymmenen alussa yhteiskunnalliseen keskusteluun ovat nousseet ikääntyneiden hoivaan liittyvät eettiset kysymykset, hyvä- ja huono-osaisuuden alueellinen eriytyminen, nuorten lisääntyvät mielenterveysongelmat, paperittomien tilanne ja koronakriisin aiheuttama taloudellinen hätä.

Näissä muutoksissa myös diakoninen hoitotyö etsii toimintamalleja, joilla tuetaan ihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä vahvistetaan toivon näköaloja ja tuetaan ihmisen omia voimavaroja. Sairaanhoitaja-diakonissa on ihmisen rinnalla erityisesti silloin, kun kohdataan kärsimystä, kipua tai kuolemaa.

Yhteiskunnallisten muutosten lisäksi myös uskonnon merkitys on muutoksessa. Suomalaisen sitoutuminen kirkkoon on 2000-luvulla vähentynyt ja uskonnon rooli ihmisten elämässä on muuttunut. Uskonto koetaan yhä enemmän yksityiseen elämään kuuluvana asiana. Perinteisen kirkon oppiin sitoutuvan uskonnollisuuden rinnalle on tullut laaja kirjo erilaisia uskonnollisuuden muotoja. Diakonisessa hoitotyössä henkisyys ja hengellisyys nähdään yhä enemmän myös ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä.

Tässä julkaisussa käsitellään diakonisen hoitotyön kehittymistä sen historiallisesta taustasta nykypäivään ja avataan myös ikkuna tulevaisuuteen. Artikkeleissa nostetaan esille diakonisen hoitotyön osaamisen merkitystä ja työn käytäntöjä sekä seurakunnassa että terveydenhuollon kentällä. Julkaisu on syntynyt tarpeesta tehdä näkyväksi diakonisen hoitotyön luonnetta ja erityisosaamista tämän päivän terveydenhuollossa ja kirkossa. Teoksen on tarkoitus palvella alalle opiskelevien oppikirjana, mutta tuoda myös näkökulmia terveydenhuollon ja diakoniatyön kentällä toimiville ja monialaisen yhteistyön kehittämiseen.

Diakonista hoitotyötä käsittelevää kirjallisuutta on julkaistu Suomessa hyvin vähän. Siksi tämä teos pyrkii tarjoamaan aineksia diakonisen hoitotyön käsitteen määrittelylle, teologian rakentamiselle ja käytäntöjen kehittämiseksi. Oppikirjaluonteensa vuoksi julkaisun artikkelit eivät ole ensisijaisesti tutkimuksellisia, vaikka osassa niistä onkin hyödynnetty erilaisissa toimintaympäristössä toimivien haastatteluja tai kirjoituksia.

Julkaisun kirjoittajat ovat diakonian eri alojen ja näkökulmien sekä etenkin diakonisen hoitotyön asiantuntijoita kirkon, seurakuntien ja yhteiskunnan sekä sairaanhoidon ja diakonisen hoitotyön koulutuksen saralta. Julkaisu mahdollistaa näiden asiantuntijoiden osaamisen ja ajankohtaisen tiedon välittämisen diakonisen hoitotyön opiskelijoille, työntekijöille ja yhteistyökumppaneille.

Diakonisen hoitotyön perusteet ja käytäntö -julkaisu rakentuu viidestä osasta. Ensimmäisessä osassa käsitellään suomalaisen diakonian historiaa ja ammatillisen koulutuksen kehittymistä. Mikko Malkavaara kuvaa artikkelissaan suomalaisen diakoniatyön kehittymistä ja diakoniakäsitteen muotoutumista. Artikkelissa tulee esille se, miten yhteiskunnan muutokset ovat heijastuneet kirkon työhön ja sen myötä muovanneet käsitystä diakoniatyön tehtävästä.

Suomalainen diakonissakoulutus on noin 140 vuoden aikana kehittynyt nykyiseksi sairaanhoitaja (AMK) -diakoninen hoitotyö -tutkinnoksi. Diakonissalaitosten sisarkasvatuksesta on erilaisten vaiheiden kautta edetty laaja-alaiseen ammattikorkeakoulututkintoon, jossa sairaanhoidollinen ja diakonia-alaan liittyvä osaaminen rakentuvat rinnakkain ja keskinäisessä vuoropuhelussa. Helena Kotisalo kuvaa artikkelissaan diakonissakoulutuksen historiaa 1860-luvulta 2000-luvun ensimmäiselle vuosikymmenelle. Minna Valtonen ja Satu Kajander-Unkuri käsittelevät 2020-luvun koulutusta, jota säätelevät sekä sairaanhoitajan tutkintovaatimukset että kirkon diakonian virkaa koskevat kelpoisuusehdot.

Julkaisun toisessa osassa tarkastellaan diakonisen hoitotyön käsitettä, keskeisiä lähtökohtia ja erityisosaamista. Artikkeleissa nostetaan esille sitä lisäarvoa ja asiantuntijuutta, jota sairaanhoitajan ja diakonisen hoitotyön koulutus yhdessä

tuottavat. Tätä osaamista on mahdollista hyödyntää sekä hoitotyön että seurakuntatyön kentällä.

Lea Rättyä kuvaa diakonisen hoitotyön teoriaperustaa ja diakonisen hoitotyön suhdetta diakonisen sosiaalityön, diakoniatyön ja hengellisen hoitotyön käsitteisiin. Artikkelissa käsitellään diakonisen hoitotyön keskeisiä periaatteita ja keskeistä sisältöä. Lisäksi nostetaan esille kansainvälisiä lähikäsitteitä, diakonisen hoitotyön suhdetta kansainväliseen seurakunnissa tai uskonnollisissa yhteisöissä toteutuvaan hoitotyöhön sekä alan kansainvälistä yhteistyötä.

Diakonisen toiminnan ytimessä on ihmisen kohtaaminen. Minna Valtonen avaa artikkelissaan kohtaamisen teologiaa ja dialogia. Hänen mukaansa sekä diakoniatyössä että hoitotyössä tapahtuva ammatillinen kohtaaminen perustuu lähimmäisenrakkaudelle. Toisen ihmisen ainutlaatuisuuden kunnioittaminen ja dialoginen kohtaaminen ilmentävät Jumalan rakastavaa läsnäoloa maailmassa.

Sairaanhoitaja-diakonissa toimii lähellä ihmistä, aivan kosketusetäisyydellä. Raili Gothóni avaa artikkelissaan kehollisuuden ja kosketuksen merkitystä, sen eettisiä ja kulttuurisia rajoja sekä turvallisia toimintatapoja. Diakonisessa hoitotyössä kosketus on osa kokonaisvaltaista hoitoa ja kohtaamista. Se voi olla hoitavaa, parantavaa tai siunaavaa.

Diakonisessa hoitotyössä vakaumuksen kunnioittaminen on erilaisten maailmankatsomusten, arvojen, kulttuuritaustan, uskomusjärjestelmän ja perinteiden hahmottamista. Virpi Sipola käsittelee artikkelissaan vakaumukseen liittyvien tarpeiden huomioimista hoitotyössä. Hän nostaa esille toimintamalleja, joilla tuetaan vakaumuksen kunnioittamista sekä henkisen ja hengellisen hoidon mahdollisuuksia.

Terveyden edistämisen osaaminen on osa diakonista hoitotyötä ja sairaanhoitaja-diakonissan asiantuntijuutta. Lea Rättyä ja Helena Kotisalo kuvaavat terveyden edistämistä voimavara- ja terveyslähtöisenä toimintana. Seurakunnissa toimivat diakonissat täydentävät tässä julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Lisäksi monet diakonissat toimivat julkisten tai yksityisten terveyspalvelujen piirissä.

Julkaisun kolmannessa osassa tuodaan esille sairaanhoitaja-diakonissojen ammatillisuuden rakentumista ja työtä sekä seurakunnassa että hoitotyön ympäristöissä. Artikkeleissa liikutaan eri ikäisten ja erilaisten elämäntilanteiden parissa sekä erilaisissa toimintaympäristöissä tehtävässä työssä.

Koulutuksessa saatu monialainen pätevyys ja osaaminen edellyttävät joustavaa ja laaja-alaista ammatti-identiteettiä. Sairaanhoitaja-diakonissan ammatillisen kehittymisen kysymyksiä ja erilaisia urapolkuja käsitellään Päivi Thitzin ja Minna Valtosen artikkelissa, jossa esitellään seitsemän suomalaisen diakonissan kertomukset siitä, minne työ on heidät kuljettanut.

Diakonisen hoitotyön merkitys kirkon diakoniatyössä on vaihdellut eri aikakausina. Eila Sainio tarkastelee hoitotyön koulutuksen ja osaamisen merkitystä seurakuntatyössä toimivien diakonisojen työorientaatiossa. Vaikka varsinaisia hoitotoimenpiteitä tehdään seurakuntien diakoniatyössä vähän, on hoitotyön osaamisella suuri merkitys kohdattaessa mielenterveyden häiriöistä kärsiviä, päiheteiden käyttäjiä tai ikääntyneitä.

Kirsi Karppinen ja Mirva Kuikka esittelevät artikkelissaan seurakunnissa toteutuvaa diakonista vanhustyötä. Kirkon toiminnassa kohdataan runsaasti ikääntyneitä, mutta diakoninen vanhustyö pyrkii tavoittamaan erityisesti muun avun ulkopuolelle jääviä syrjäytymisvaarassa olevia vanhuksia. Kohtaamiset tapahtuvat kotikäynnillä, laitoksissa, ryhmätoiminnoissa tai diakoniaruokailuissa ja etsivän työn kautta esimerkiksi toreilla ja kauppakeskuksissa.

Marjo Rundgrenin artikkelissa kuvataan perheiden parissa tehtävää diakonista työtä. Perhediakonia nähdään osana perhelähtöisen seurakunnan toimintaa. Vaikeuksissa olevien perheiden auttamisen keskiössä on perheen tilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu, lasten ja vanhempien sensitiivinen kohtaaminen sekä työskentely moniammatillisissa verkostoissa.

Mirva Heikkilä-Tyni ja Riina Viitala tarkastelevat diakonisojen roolia mielenterveyden edistäjinä. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena nähdään mahdollisuuksia ja toivon näköaloja korostava positiivinen mielenterveys. Työvälineinä voidaan hyödyntää voimavara- ja ratkaisukeskeisten työtapojen mahdollisuuksia niin yksilö- kuin yhteisötasolla.

Tiina Erveliuksen ja Elina Turusen artikkeli siirtää näkökulman hoitotyön kontekstiin. Se käsittelee sairaanhoitaja-diakonissan työtä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä. Diakonisen hoitotyön osaaminen tuo kriittisesti sairaan hoitotyöhön erityisesti valmiuksia vastata potilaan hengelliseen hätään ja eksistentiaaliin kysymyksiin.

Sairaanhoitaja-diakonissan asiantuntijuus on vahvasti käytössä silloin, kun kohdataan vakavasti sairastunut tai kuoleva ihminen. Heli Mikkonen, Minna Hökkä ja Elina Turunen esittelevät palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteitä ja toteuttamista. Diakonisessa hoitotyössä kuljetaan kuolevan potilaan ja hänen läheistensä rinnalla palliatiivisen hoidon eri vaiheissa. Diakonissan erityisosaamisena on kyky vastata kuolevan eksistentiaaliin, henkisiin tai hengellisiin tarpeisiin ja hyödyntää sielunhoidon menetelmiä hoitotyössä.

Hoitotyössä toteutuvat kohtaamiset ovat esillä myös Pirkko Natrin artikkelissa, jossa hän kuvaa diakonisen hoitotyön toteuttamista vakavasti sairaiden ja kuolevien lasten parissa. Heidän hoidossaan toteutetaan lasten ja nuorten sairaan-

hoidon sekä perhekeskeisen hoitotyön periaatteita. Sairaanhoidaja-diakonissalla on mahdollista hoitotyön lisäksi käyttää lapsen tai nuoren ikäkauteen soveltuvia hengellisen hoidon menetelmiä.

Julkaisun neljäs luku käsittelee diakonista hoitotyötä erilaisista kulttuurisista taustoista tulevien ihmisten parissa. Kulttuurinen moninaisuus on yhä enemmän osa suomalaista toimintaympäristöä. Tässä luvussa nostetaan esille näkökulmia erilaisista taustoista tulevien ja eri uskontoja edustavien ihmisten kohtaamiseen.

Mertsi Ärling johdattelee romanien kulttuuristen erityispiirteiden tunnistamiseen sekä romanien kohtaamisessa terveydenhuollossa ja diakoniatyössä. Vaikka kulttuurin tunteminen on tärkeää, keskeistä kohtaamisessa on nähdä ensisijaisesti ihminen. Kulttuurisensitiivistä kohtaamista käsitellään myös Tiina Erveliuksen, Anu Huhtamellan, Anja Karhulan, Paula Kontsaksen ja Maritta Rantakeisun artikkelissa Sairaanhoidaja-diakonissa saamelaisalueella. Kulttuuristen erityispiirteiden tuntemus rakentaa siltaa ja auttaa luottamuksellisen suhteen luomiseen alueen saamelaisväestöön.

Diakoniseen hoitotyöhön kuuluvat kulttuurien välinen osaaminen ja taito kohdata erilaisia kulttuureita edustavia ihmisiä. Ulla Siirto, Ulla Taipale ja Taina Viljanen käsittelevät pakolaisuuteen, turvapaikanhakuun ja paperittomuuteen liittyviä erityiskysymyksiä. Kulttuurien välisestä osaamisesta nostetaan esille kulttuurikompetenssin, uskontodialogin, uskontolukutaidon ja transnationaalisen osaamisen käsitteitä ja toteuttamistapoja.

Diakonisen hoitotyön asiantuntijat kohtaavat elämän rosoista arkea ja etsivät toivon näköaloja ihmisten rinnalla. Kirsti Rinta-Panttilan artikkelissa kuvataan yhteiskunnan marginaalissa elävien mahdollisuuksia kulkea kohti täysivaltaista kansalaisuutta. Asunnottomien ja päihteidenkäyttäjien kohtaamisessa on tärkeää nähdä ja kuulla tuleminen ja ihmisarvon vahvistuminen. Subjektiivisuuden vahvistamisen menetelminä voidaan käyttää taidetta ja kulttuuria hyödyntäviä yhteisöllisiä toimintamuotoja.

Julkaisun päätösluvussa kootaan vielä yhteenvetoa diakonisen hoitotyön kehityskuluista ja tulevaisuuden näkymistä. Mikko Malkavaara analysoi diakonisen hoitotyön profession kehitystä erityisesti kirkon kontekstissa. Hän pohtii diakonisojen ammatillisuutta diakonian viran, vihkimyksen ja seurakunnan diakoniatyön laaja-alaistumisen näkökulmista. Lea Rättyä, Päivi Thitz ja Minna Valtonen kysyvät, hyödynnetäänkö diakonisen hoitotyön monipuolista osaamista riittävästi kirkon ja terveydenhuollon kentällä. Artikkelit nostaa esille diakonisen hoitotyön tulevaisuuden näkymiä ja lisäarvoa erityisesti ei-kirkollisessa toimintaympäristössä.

I

SUOMALAISEN DIAKONIAN JA
DIAKONISSAKOULUTUKSEN KEHITYS

Mikko Malkavaara

1 SUOMALAISEN DIAKONIAN KEHITYS

Tässä kirjan ensimmäisessä luvussa perehdytään diakoniatyön perustaan ja tarkastellaan, miten diakoniatyö Suomessa on kehittynyt ja miten diakonian käsitettä on käytetty eri aikoina. Artikkelissa kuvataan suomalaisen diakoniatoimen muotoutumista ja sen kehitysvaiheita neljän eri vaiheen avulla. Käännekohtiin ovat vaikuttaneet lähinnä yhteiskunnan suuret muutokset, jotka ovat heijastuneet kirkkoon. Samalla sana diakonia on ymmärretty eri aikoina eri tavoin, laajemmin tai suppeammin.

Diakonia kirkon olemuksena

Diakonia tarkoittaa palvelemista. Etenkin protestanttisissa kirkoissa diakonia on ymmärretty kristilliseksi lähimmäisen palvelemiseksi, jota kirkko tekee oman vastuunsa ja tehtävänsä ilmauksena. Diakoniaa on, kun kirkko palvelee kärsiviä ja vaikeuksissa olevia. Diakonia on Jumalan rakkauden ja laupeuden osoitusta ihmiselle sekä palvelua, joka Jumalallisen vanhurskauden voimalla taistelee sorrettiun tai väheksytyyn asemaan joutuneiden puolesta. Diakonia on kaikkia kärsiviä varten, ja siksi se pyrkii yhteistyöhön kaiken humanisen tai sosiaalisen toiminnan kanssa. Se ottaa kärsivän todesta eikä pyri lujittamaan kirkon kunniaa ja vaikutusvaltaa.

Diakonia kuuluu kirkon olemukseen. Kirkkojen maailmanneuvoston kolmannessa yleiskokouksessa New Delhissä vuonna 1961 kirkko kuvattiin kolmijaolla julistus – palvelu – yhteys. Ekumeenisen liikkeen uskoa ja kirkkojärjestystä käsitelleessä Montrealin kokouksessa vuonna 1963 kirkon tehtävä maailmassa kiteytettiin sanoihin liturgia – palvelu – todistus. Palvelu sisältyi molempiin.

Teologisesti kirkon diakoninen olemus johtuu Kristuksen tehtävästä, joka on rakkauden palvelua. Diakonia ei ole hyväntekeväisyyttä eikä kirkon käytännöllinen työmuoto. Kirkon on oltava diakoninen, muuten se ei ole kirkko. Diakonisuus toteutuu monin eri tavoin, mutta se on jokaisen paikallisen seurakunnan olemisen tapa. Diakonian luonteeseen kuuluu rajojen ylittäminen.

Protestanttisten kirkkojen piirissä 1800-luvulla tapahtunut diakoniauudistus korosti ennen muuta diakonian karitatiivista tehtävää, joka tarkoittaa huolenpitoa ja hoitoa sellaista tarvitseville. Diakoniaan liittyy myös liturgisia eli jumalanpalveluselämään liittyviä sekä katekeettisia eli kristilliseen kasvatukseen ja opetukseen liittyviä tehtäviä. Suomen luterilaisen kirkon piirissä diakonissojen ja diakonien työssä karitatiivis-sosiaaliset tehtävät ovat painottuneet niin paljon, että vasta viime vuosikymmeninä viran liturginen ja katekeettinen luonne on alkanut hieman näkyä. Samalla on alettu kysyä, mitä ongelmia laaja-alaisuus ja monipuolisuus tuovat mukanaan.

Protestanttinen ja lähinnä pohjoisempaan Eurooppaan kotiutunut ymmärrys diakonian sisällöstä laajeni hieman myös muihin kirkkoihin ekumeenisen liikkeen seurauksena 1970-luvulta alkaen. Pian sen jälkeen alkoi kuitenkin vastavaikutus lähinnä Uuden testamentin tutkimuksen seurauksena. Sen mukaan diakonia olisi raamatullisena terminä mitä hyvänsä palvelua ja oikeastaan tehtäviä, mutta hoidon ja huolenpidon erityismerkitystä sillä ei olisi. Keskustelu on luonut hämmennystä, mutta samalla se on tukenut diakoniatyön jatkuvaa monimuotoistumista.

Diakonissalaitokset, nykyaikaisen diakonian alku

Luterilainen diakonialiiike sai alkunsa, kun Kaiserswerthiin lähelle Düsseldorfia perustettiin 1836 pieni sairaanhoitajakoulu ja opetussairaala. Kaksikymmentäviisi vuotta myöhemmin oli eri puolilla Eurooppaa, myös Tukholmassa ja Pietarissa, jo lähes kolmekymmentä niistä esikuvanaan pitävää laitosta. Vastuullinen ja lähimmäisistä huolehtiva kristillisyyden toteutui seurakuntien sijaan yhdistyksissä ja laitoksissa. (Malkavaara 2015, 75–77; Paaskoski 2017, 21–29.)

Aloitteita diakonissalaitoksen saamiseksi myös Suomeen tehtiin jo 1850-luvulla, mutta vasta kun vaikutusvaltainen, rikkaan everstin leski Aurora Karamzin tarttui asiaan, saatiin tarvittavat luvat, ja Helsingin Diakonissalaitos perustettiin vuonna 1867. Kaksi vuotta myöhemmin diakonissalaitos perustettiin Viipuriin, tällä kertaa Hackmanin teollisuussuvun tuella.

Laitokset tarjosivat naisille koulutusta ja vastuullisen tehtävän sairaiden ja köyhien, usein naisten ja lasten, hyväksi. Vaikka toiminnan alku oli vaatimaton, se käynnisti uutta aikakautta suomalaisessa kristillisyydessä. Kirkon johdossa ja papistossa asia herätti lähinnä kummastusta. (Malkavaara 2015, 84–86; Paaskoski 2017, 31–39.)

Diakoniakeskustelu

Vaikka kirkko oli aina huolehtinut köyhistä, orvoista ja sairaista, vaivahoidon luovuttaminen yhteiskunnalle oli jättänyt kirkon ilman järjestettyä diakoniatointa. Vaivahoidon riittämättömyys herätti keskustelun sellaisen tarpeesta. Seurakuntien palvelukseen alettiin toivoa sekä nais- että miespuolisia työntekijöitä sairaan- ja köyhäinhoitoon sekä sisälähetystyöhön. (Malkavaara 2015, 83–84, 86–88; Paaskoski 2017, 29–32, 62–69.)

Samaan aikaan kävi kiivaana keskustelu naisten asemasta. Kirkkoa vaadittiin avaamaan naisille tie diakonissan ammattiin myös ilman sitoutumista elinikäiseen laitoksen valvontaan. Vapaakirkolliset vaativat Raamatun alkuperäisiin ihanteisiin palaamista. Kun sisälähetys ja diakonia oli siihen asti ymmärretty yksittäisten kristittyjen ja yhdistysten harrastukseksi, uusi ajattelu alkoi aktivoitua maallikoita ja synnyttää uusia työmuotoja. (Mustakallio 2001, 32–33, 39–44; Mustakallio 2009, 205–206; Paaskoski 2017, 90–93; Penttinen 2018, 34–35.)

Papistoa kiinnosti laitosdiakoniaa vapaampi, Suomen oloihin kehitettävä seurakuntadiakonia. Vain kaksi diakonissaa työskenteli seurakunnassa 1889.

Kuopion hiippakunnassa piispa Gustaf Johansson esitti vuonna 1890, että kirkon oli organisoitava diakoniatyö, koska yhteiskunnallinen vaivahoido oli riittämätöntä. Asetettu sisälähetystoimikunta ehdotti seurakuntiin uutta työmuotoa, jota kutsuttiin kirkolliseksi diakonaatiksi. Sen hengellinen puoli toi seurakuntiin ”puhdasoppisia ja kristillismielisiä” maallikoita opettamaan Jumalan sanaa pyhäkouluissa ja hartauksissa. Toinen puoli edellytti kirkolta ”köyhiä sairaita” varten ”diakoonittaria eli sairasten hoitajattaria”. Diakoniakysymys ja tarve luoda maallikoille tehtäviä kytkettiin yhteen. (Mustakallio 2001, 45–48; Mustakallio 2009, 206; Penttinen 2018, 36–37.)

Seurakuntadiakonia syntyy

Senaatti hyväksyi kirkkolain köyhien ja sairaiden hoitoa koskevien määräysten pohjalle laaditun diakonaatin ohjesäännön maaliskuussa 1893. Julistustoimeen oli valittava diakoneja, Jumalan sanaan perehtyneitä miehiä, ja ruumiillisesti puutteenaisten hoitoa varten oli asetettava diakonissoja. Se merkitsi järjestetyn seurakuntadiakonian alkua Suomessa. Diakonikoulutusta ei kuitenkaan vielä ollut ja diakonissoilta ei edellytetty kuin henkilökohtaista sopivuutta ja kaikkein välttämättöimpiä sairaanhoitotaitoja. Näistä huolimatta kirkko tunnusti omikseen sekä diakonin että diakonissan virat. (Mustakallio 2009, 207; Penttinen 2018, 37–38.)

Erimielisyyttä syntyi diakonissojen palkkaamisesta. Porvoon hiippakunta ohjeisti seurakuntia hankkimaan diakonissat Helsingin ja Viipurin diakonissalaitoksista, jotka huolehtisivat diakonissoista kuolemaan asti. Toisissa hiippakunnissa diakoniasta haluttiin seurakunnan lakisääteinen työmuoto. (Mustakallio 2009, 207–208; Paaskoski 2017, 94–96.)

Työntekijäpula oli suurin Pohjois- ja Itä-Suomen seurakunnissa. Uudet diakonissalaitokset perustettiin 1894 Sortavalaan ja 1896 Ouluun. Sortavalan Diakonitarkodin esikuva oli Oslossa alkanut lyhyt seurakuntasisarkoulutus. Sisarpukuja ei käytetty eikä koulutuksesta valmistuneita vihitty. Diakonittaret siirtyivät seurakuntien tai yhdistysten palvelukseen niiden työntekijöinä. Sortavalan diakonittaria alettiin 1910-luvulla ensimmäisinä kutsua diakonissoiksi. (Mustakallio 2001, 63–119; Pyykkö 2004, 118; Huhta 2005, 24; Mustakallio 2009, 208–209; Malkavaara 2015, 89–90; Paaskoski 2017, 97–98; Penttinen 2018, 53–55.)

Oulun Diakonissakodin diakonitarkurssi oli vielä lyhyempi kuin Sortavalassa. Valmistuneiden enemmistö sijoittui maaseudun seurakuntiin. Vuonna 1911 laitoksesta muodostettiin kuitenkin sisarkoti, joka antoi vanheneville ja sairastuneille diakonissoille taustayhteisön turvan. (Mustakallio 2001, 134–141, 476–522, 554–555.)

Sortavalan ja Oulun laitosten syntyminen laajensi diakonian ymmärtämistä seurakunnan tehtävänä. Helsingin Diakonissalaitos piti uusia oppilaitoksia sisarkotijärjestelmän arvosteluna ja säilytti linjansa, jonka mukaan diakonissan kutsumus edellytti naimattomuutta, sisarkotia ja pitkiä harjoitteluja sairaalassa. Vanhojen ja uusien laitosten välille muodostui kitkaa. (Paaskoski 2017, 98.)

Otto Aarnisalo

Suomalaisen diakoniatyön tärkeä uudistaja oli pastori Otto Aarnisalo (vuoteen 1906 Lillqvist). Aarnisalo vaati kirkolta ja seurakunnilta aktiivista otetta hädänalaisten auttamisessa. Lakimääräinen vaivaishoito, humaani hyväntekeväisyys ja kristillinen laupeudentyö eivät olleet toisiaan poissulkevia, niillä oli vain eri tavoitteet. Diakonian tavoitteena oli ”köyhän ikuinen hyvä” ja diakonian tuli olla kirkon: se ei saanut jäädä yhdistysten, laitosten, hyväntekeväisyyden tai hyvää tarkoittavien kristittyjen varaan. Vaikka diakonia oli kaikkien kristittyjen velvollisuus, sen tueksi tarvittiin kirkon diakonivirka tai diakoniatoimi, jotka tarkoittivat hänelle samaa.

Aarnisalolle diakonia merkitsi yhteiskunnan sosiaalisiin epäkohtiin puuttumista kristillisen lähimmäisenrakkauden keinoin. Tunnusomaista oli työ ”äänet-

tömän hädän puolesta”. Diakonia oli hänelle yhtä olennainen osa kirkkoa kuin sananjulistus. (Mustakallio 2002, 208–209; Huhta 2005, 24–27, 30; Malkavaara 2007a, 97–99; Malkavaara 2015, 90–91; Paaskoski 2017, 98–100; Penttinen 2018, 114)

Aarnisalons aikaansaannos oli vuonna 1905 perustettu Suomen Kirkon Sisälähetysseura, jonka johtaja hänestä tuli. Seura koulutti Sortavalassa miehiä diakoneiksi, ja sen yhteydessä toimivat kehitysvammaisia ja mielisairaita varten perustetut laitokset. Diakonikoulutus valmensi miehiä diakoniatyöhön, sisälähetysaarnajiksi ja erilaisiin avustaviin tehtäviin seurakunnassa, jopa kanttoriurkureiksi, ja laajensi diakonian käsitettä seurakuntatyön suuntaan. Sortavalan diakonikoulu toimi vain vuoteen 1921. Sen jälkeen diakonia-alan koulutus suunnattiin vuosikymmenten ajan yksinomaan naisille. (Huhta 2005, 29–31; Malkavaara 2015, 91–92.)

Muutos seurakuntadiakonian suuntaan oli nopea, ja se koski myös Helsingin Diakonissalaitosta, joka enenevästi oli ruvennut lähettämään diakonisseja seurakuntatyöhön. Diakonian käsite oli kuitenkin suurelle yleisölle tuntematon. Diakonissan sijaan puhuttiin sisaresta tai seurakuntasisaresta.

Aarnisalo ajoi diakoniaa koskevia säädöksiä kirkkolakiin. Hänen ohjelmansa mukaan diakonissat olisivat tulleet seurakuntien palvelukseen ja tuomiokapitulien valvontaan. Aarnisalo ei saanut kirkolliskokouksen enemmistön tukea seurakuntadiakonian säätämiseksi. Silti diakoniatyön järjestämiseen kehottava säädös oli iso edistysaskel. Kirkkolain 1918 voimaan astunut lisäys merkitsi sitä, että Suomen evankelis-luterilainen kirkko tunnusti diakonian toiminnakseen.

Tältä perustalta seurakuntadiakonia kehittyi seuraavat kaksi vuosikymmentä. Tavallisimmin seurakuntien piiriin perustettiin diakonaatti- tai diakoniayhdistyksiä, jotka yhdessä seurakuntien kanssa keräsivät varoja diakoniatyöntekijöiden palkkaamiseen. (Mustakallio 2001, 533–545; Koskenvesa 2002, 53; Mustakallio 2002, 215–216; Rinne 2006, 101–108; Malkavaara 2007a, 96–102; Malkavaara 2015, 92–93.)

Sairaanhoitodiakonia

Diakonia ymmärrettiin 1920-luvulla lähinnä sairaanhoidoksi. Helsingin, Viipurin, Oulun ja Sortavalan diakonissalaitokset perustivat Diakoniatyön keskusvaliokunnan, joka julkaisi 1925 seurakuntien diakoniaohjesäännön. Sääntöä täydensivät seurakuntadiakonissan työohjeet. Ne jakautuivat huoltodiakoniaan ja sairaanhoitoon, joista seurakunnat saattoivat valita toisen. Huoltodia-

konia oli diakonissojen tekemää sosiaalista työtä seurakunnissa, sairaanhoito kiertävää kotisairaanhoitoa.

Ohjeissa tähdennettiin diakonissan tehtävien muuttuvan lähiaikoina, koska yhteiskunta oli ottamassa vastuun sairaanhoidosta. Diakonian tehtäviksi jäisi tällöin lähinnä huolenpito lapsista, nuorista, vajaakykyisistä sekä prostituoiduista ja ”muista langenneista”.

Sairaanhoito vahvistui diakonissan identiteetissä, kun valtiovalta yhdisti 1929 kaiken sairaanhoitajakoulutuksen. Helsingin, Viipurin ja Oulun kolmivuotiseksi vakiintunut koulutus tuli lääkintöhallituksen valvontaan. Uutta lakia valmisteltaessa Sortavala pidensi siihen asti kaksi vuotta kestäneen koulutuksensa kolmivuotiseksi, mutta säilytti opinto-ohjelmassa niin paljon yleistietoa sekä ”huoltosisaren” koulutuksen sisältöjä, ettei se vastannut täysin sairaanhoitajien koulutusta. Niinpä Sortavalasta valmistuneet diakonissat hyväksyttiin eri anomuksesta vain nuoremiksi sairaanhoitajiksi, mutta ei koulutetuiksi eli vanhemmiksi sairaanhoitajiksi. (Mustakallio 2002, 216; Määttä 2004, 13; Paaskoski 2017, 183–188.)

Aarnisalo piti näin kiinni ohjelmastaan, jonka mukaan diakoniatyön paikka oli seurakunnissa. Kun alkoi käydä selväksi, etteivät Sortavalan diakonissat saisi täysiä sairaanhoitajan oikeuksia, alettiin painottaa entistä enemmän huoltosisarten koulutusta. Kysymys diakoniatyön sosiaalisesta painotuksesta oli esillä kirkollisessa keskustelussa koko 1930-luvun ajan. (Pyykkö 2004, 120–122; Huhta 2005, 34–35, 95; Malkavaara 2015, 94.)

Monilla paikkakunnilla diakonissat olivat seurakunnan ja kunnan yhdessä palkkaamia, ja yhteistyö kunnanlääkärin kanssa oli kiinteää. Arvioiden mukaan 1930 jopa 80 prosenttia kiertävistä sairaanhoitajista oli diakonissoja. Kirkon johtajat toivoivat diakonian uudistamista sosiaalisen huollon suuntaan, mutta tämä kilpistyi valtionapuun, jota seurakunnat saivat sairaanhoitajakoulutuksen saaneiden diakonissojen palkkaamiseen.

Sosiaaliseen huoltoon valtio ei avannut seurakunnille mahdollisuutta terveydenhuollon tapaan. Diakoniaohjesäännöissä tehtiin selvä ero kunnalliseen köyhäinhuoltoon, mutta vastaavaa eroa kunnan terveydenhuoltoon ei, koska diakonissat toimivat osana julkista terveydenhoitoa. (Kansanaho 1964, 290–299.)

Sisälähetysseura piti kiinni kannastaan, että diakonissa ei ollut vain kiertävä sairaanhoitaja vaan seurakunnan työntekijä, jonka oli mentävä kaikkialle, missä oli hätää ja puutetta. Diakoniatyön keskusvaliokunnassa keskustelu huoltosisarista jatkui, ja esimerkiksi Helsingin Diakonissalaitoksessa suunniteltiin huoltosisarten koulutuslinjaa. Toisaalta sosiaali- ja terveystalouden kehittyminen ja lukuisat 1930-luvulla säädetyt uudet lait herättivät huolta diakonian tulevaisuudesta. Kun

sairaanhoido ja sosiaalinen huolto olivat siirtymässä kokonaan yhteiskunnan vastuulle, pelättiin yhdistysten tuottaman avun menettävän merkitystään. (Kansanaho 1967, 225–233; Pyykkö 2004, 121; Paaskoski 2017, 189–190.)

Diakoniatyö seurakunnille pakolliseksi

Kirkolliskokous otti uudelleen käsittelyyn diakoniaa koskevien määräysten täydentämisestä kirkkolakiin vuonna 1938. Aktiivisesti Aarnisaloon ajatuksen mukaista diakoniatyön vakiinnuttamisen ohjelmaa oli ajanut professori, sittemmin Kuopion piispa Eino Sormunen. Asia siirrettiin ensin piispainkokoukselle, joka asetti toimikunnan selvittämään asiaa. Kävi ilmi, että kirkon 598 seurakunnasta enää 177 oli ilman diakonissaa. Silti diakoniatyötä pidettiin seurakunnissa melko tuntemattomana. Toimikunta päätyi ehdottamaan, että diakoniatyöstä ja sen viroista tulisi seurakunnille pakollisia.

Asian palauduttua kirkolliskokoukselle sen asettamassa erityisessä diakoniavaliokunnassa käytiin selventävä keskustelu diakonian käsitteestä. Suuren vähemmistön mielestä diakonia tuli määritellä lähinnä sairaanhoidoksi, mutta enemmistön mielestä sellainen häittäisi diakonian kehitystä. (Koskenvesa 2002, 54; Mustakallio 2002, 216–217; Huhta 2005, 92; Wirilander 2011, 40–41; Paaskoski 2017, 257–258; Penttinen 2018, 242–243.)

Diakoniasta sekä diakonin tai diakonissan virasta tuli seurakunnille lakimääräisiä kirkolliskokouksen keskellä sotaa vuonna 1943 tekemällä päätöksellä. Toisen maailmansodan murros oli nostanut kirkon sosiaalisen ja kansallisen vastuun entistä tärkeämmäksi.

Kirkon järjestysmuodon mukaan (KL 11 §) ”jokaisen seurakunnan tulee harjoittaa kristillistä laupeudentointia ja ottaa palvelukseensa siihen tarvittavia henkilöitä”. Yksityiskohtaisemmin diakonia määriteltiin kirkkolain 88. pykälässä: ”Kristillisen laupeudentoimen tarkoituksena on kristillisestä rakkaudesta johtuva hengellisen, ruumiillisen ja aineellisen avun antaminen seurakunnan hädänalaisille, ja sen tulee erityisesti kohdistua niihin, joiden hätä on suurin tai joihin muu avustustoiminta ei ulotu. Seurakunnallisen laupeudentoimen harjoittamista varten jokaisen seurakunnan tulee ottaa palvelukseensa tarvittavia diakoneja tai diakonisseja.”

Muotoilu oli käytännössä Aarnisaloon ohjelma. Sanamuoto ”joiden hätä on suurin tai joihin muu avustustoiminta ei ulotu” vakiintui diakonian perusmääritelmäksi. (Malkavaara 2002a, 225–226; Wirilander 2011, 41; Malkavaara 2015, 96; Penttinen 2018, 245–248.) Kun diakoniatyö vuodesta 1944 alkaen sisällytettiin

seurakunnan lakisääteisiin velvollisuuksiin, kysymys oli vanhan yhteiskunnallisen tehtävän palauttamisesta, elvyttämisestä ja uudistamisesta. Tämän rinnalle voi nostaa lähetystyön ottamisen seurakunnan tehtävien joukkoon vuonna 1954. Yhdessä ne mursivat vanhaa ja staattista käsitystä, että seurakunta hoitaa vain omia jäseniään. (Pirinen 1977, 121.)

Seurakuntadiakoniaa ohjataan sosiaaliseen suuntaan

Diakoniatyön toista vaihetta on kutsuttu seurakuntadiakonian ajaksi. Diakoniatyön ensimmäinen käänne määrittynyt näin sotavuosien uudistuksiin. Tampereen kirkkopäivillä 1943 kiteytyi kansallisen hätätilan aiheuttama pyrkimys luoda palveleva kansankirkko. Muutoksen moottorina olivat rintamalla sosiaalisen herätyksen saaneet asevelipapit. Hädänalaisten välittömän auttamisen rinnalle nostettiin kirkon vastuu epäoikeudenmukaisiin rakenteisiin puuttumisesta.

Asevelipappien kansankirkollinen ohjelma loi uusia työtapoja ja uutta ajattelua. Yksilökeskeinen pelastussanomaa ja sosiaalista kristillisyyttä tähdentänyt ajattelutapa polarisoituivat. Rauhan tultua Suomen Kirkon Seurakuntatyön Keskusliitto (SKSK) sai tehtävän toimia kirkon sosiaalitoimikuntana. Siihen koottiin laaja edustus poliittisista puolueista ja kansalaisjärjestöistä. Tästä tuli kirkon yhteisen diakonian johto- ja suunnitteluelin. (Murtorinne 1995, 278–279; Malkavaara 2002a, 222–225; Wirilander 2011, 45–46.)

Uusi diakonia seurasi sodanjälkeiset vuodet sosiaalipolitiikkaa, josta oli tullut kansakunnan eheyttäjä, kunnes yksilöitä välittömästi palvelemisen toimintanäky, niin sanottu karitatiivinen diakonia, voitti jälleen yhteiskunnallisen vaikuttamisen linjan. Taustalla oli työntekijäkunnan perinteinen rakenne. Diakoniatyöntekijät olivat melkein kaikki sairaanhoitajan koulutuksen saaneita seurakuntasisaria.

Lyhyen yhteiskunnallisen kauden aikana ehdittiin luoda kirkon diakoniaorganisaatio. SKSK perusti kirkon sosiaalisihteerin viran, ja hiippakunnat perustivat diakoniatyötä varten omat diakoniatyön johtokuntansa, joissa puheenjohtajana oli toinen asessoreista ja toiminnanjohtajana hiippakunnan sosiaalipappi.

Sosiaalipapit johtivat ja kehittivät oman hiippakunnan diakoniatyötä. Heidät velvoitettiin kiinteään työyhteyteen kirkon sosiaalisihteerin kanssa. Kirkon sosiaalista toimintaa ei määritellyt diakonisojen työn täydentäjäksi, vaan seurakuntien diakoniatyö ymmärrettiin osaksi kirkon sosiaalista toimintaa. Vähitellen diakonia ohitti nimikkeissä sosiaalisen. Kyse oli lopulta ennen muuta käsitteen sisällöstä. Diakonia viittasi niin paljon sairaanhoitoon, että laajempaa merkitystä tavoitel-

taessa terminologia oli haettava sosiaalisesta ja yhteiskunnallisesta vastuusta. (Koskenvesa 1980, 51–52, 55; Malkavaara 2002a, 223, 225–226, 230; Wirilander 2011, 47–48; Malkavaara 2015, 96–99.)

Diakoniatyön kehitys 1940-luvun lopulla ja 1950-luvulla

Diakonisojen koulutusta yhdenmukaistettiin ja seurakunnallisia tavoitteita täsmennettiin. Kaikki diakonisoja kouluttavat laitokset saivat lääkintöhallitukselta hyväksynnän sairaanhoitajan pätevyydelle. Seurakuntadiakonissan ohjesäännön johtava periaate oli yhteiskunnan terveydenhuollon täydentäminen. Uudistusten jälkeenkin diakonisojen työpanos seurakunnissa suuntautui eniten kotisairaanhoidon. (Pyykkö 2004, 123, 125–126.)

Sodan aikana Sisälähetysseuran laitokset oli siirretty Sortavalasta Pieksämäelle ja Viipurin laitos Lahteen. Uutena diakonisojen koulutuspaikkana aloitti 1949 Porin Diakonissalaitos.

Vuoden 1948 Kristinopissa diakoni ja diakonissa luettiin papin rinnalle seurakunnan virkoihin. Kirkon virka jakautui sanan ja sakramenttien ja toisaalta rakkauden palvelun tehtäviin. Seurakunnan virka oli ”Jumalan asettama Pyhän Hengen virka”, joka jakautui kahtia ”sanan virkaan, johon piispuuskin luetaan, sekä seurakuntapalvelijan eli diakonin ja diakonissan virkaan”. Jälkimmäinen tarkoitti ”lapsien, sairaiden, köyhien, vankien ja muiden turvattomien etsimistä ja hoivaamista”. Diakonian elpymisen Kristinoppi määritteli ”kauan laiminlyödyn alkukristillisen siunauksen virran uudelleen avaamiseksi”. (Katekismus 1948, 56; Malkavaara 2015, 99–101.)

Merkittävä uudistus oli Järvenpäässä Suomen Kirkon Seurakuntaopistossa 1953 aloitettu diakonikoulutus, jossa diakoniaa ei enää yhdistetty terveydenhuoltoon vaan sosiaalityöhön. Diakoniatyötä haluttiin kehittää hätäavun antamisesta hädän syiden kartoittamiseen ja rakenteellisten ongelmien purkamiseen. Uusi koulutus avasi diakoniatyön jälleen miehille. Myöhemmin myös diakonissakoulutus tuli miehille mahdolliseksi. (Malkavaara 2015, 101.)

Seurakuntaopiston diakonikoulutuksen luojan, opiston johtajan Aarne Siiralan mukaan diakonian tuli kartoittaa avun tarvetta siellä, mihin lainsäädännöllä taattu sosiaalityö ei ulottunut. Yhteiskunnan sosiaalityö oli tunnettava, mutta varjellakseen elinvoimansa diakonian tuli säilyttää seurakuntayhteytensä. Ilman sitä diakonia kadottaisi kontekstinsa ja diakonisen luonteensa. Seurakuntien toimintapiirien tuli olla ”eläviä diakoniasoluja”, ja niihin tarvittiin uuden koulutuk-

sen saaneita diakoniatyöntekijöitä. (Ahola 1996, 100–109, 121–122; Malkavaara 2004, 38–40.)

Sisäkotijärjestelmä lakkasi pitkällisen kiistelyn jälkeen 1958. Terveysisaret keskittyivät kunnissa lapsiin ja seurakuntasisaret aikuisten ja vanhusten kotisairaanhoidon. Kuntien terveyspalvelujen kehittyminen muutti diakonissojen kotikäyntien sisällöksi yhä enemmän henkisen ja hengellisen avun. (Malkavaara 2002a, 245–247; Pyykkö 2004, 124–127; Paaskoski 2017, 284–287.)

Kansainvälinen diakonia laajentaa diakonia-ajatusta

Suomen luterilainen kirkko muuttui 1950-luvulla avunsaajasta avunantajaksi. Kun Suomessa valmistauduttiin Luterilaisen Maailmanliiton (LML) yleiskokouksen isännyyteen kesällä 1963, päätettiin muiden pohjoismaisten luterilaisten kirkkojen tapaan aktivoitua varainkeräyksessä kansainväliseen apuun. Välineeksi tuli vuodesta 1950 toteutettu diakoniatyön vuosittainen suurtahtuma Yhteisvastuukeräys. Vuoden 1963 tuotosta puolet ohjattiin ulkomaisiin avustuskohteisiin.

Uutta työnäkyä varten perustettiin kansainvälisen kirkollisen avun elin, jonka nimeksi vakiintui vuodesta 1965 alkaen Kirkon Ulkomaanapu (KUA). Sen työalasta alettiin käyttää nimitystä kansainvälinen diakonia. Varat ohjattiin lähinnä LML:n ja Kirkkojen maailmanneuvoston (KMN) nimeämiin kohteisiin.

Kansainvälinen diakonia organisoitiin Yhteisvastuukeräyksen ja diakoniatyöntekijöiden varaan. Uutta oli lähinnä YK:n kansainvälisestä ihmisoikeusajattelusta noussut ajatus antaa apua uskonnosta, rodusta, mielipiteestä ja kansallisuudesta riippumatta. Näkemys levisi diakoniatyöhön, joka alkoi kantaa vastuuta köyhyydestä ja epäoikeudenmukaisuudesta kaikkialla maailmassa. (Malkavaara 1997, 14–20; Malkavaara 2001, 147, 154–155; Malkavaara 2002a, 238–241.)

Hyvinvointivaltion aiheuttama murros

Sosiaalinen työote integroitui heikosti seurakuntiin, ja ne halusivat diakonissojen sairaanhoitajaperinteen jatkuvan. Moni-ilmeisempi diakonia alkoi vakiintua vasta, kun hyvinvointivaltion myötä alettiin valmistautua 1972 voimaantulleen kansanterveyslain säädöksiin.

Kansanterveystyön mukana katkesi suora yhteys kuntiin. Vaikka diakonissat olivat sairaanhoitajia, heidän virallinen roolinsa terveydenhuollossa päättyi. Maa-

seudulla sairaanhoidon asema säilyi pitempään, Pohjois- ja Itä-Suomessa vahvempana kuin Etelä-Suomessa. (Malkavaara 2002a, 244–245, 248; Pyykkö 2004, 126–129; Malkavaara 2007a, 109–111.)

Vuoden 1972 muutosta on kutsuttu diakoniatyön toiseksi käännteeksi. Diakonissojen sairaanhoitotyön loppuminen yhteiskunnallisena palveluna kunnanlääkärien alaisuudessa kavensi diakoniatyön roolia hyvinvointipalvelujen tuottajana. Vanhusten, vammaisten ja vaikeuksissa elävien kokoavalle työlle samoin kuin sielunhoidolle oli kuitenkin runsaasti tarvetta. Sairaanhoito väheni, mutta ei loppunut. Diakoniatyön rungoksi tulivat kokoavan toiminnan muodot, diakoniapiirit, -retket ja -leirit sekä kotikäynnit ikääntyvien seurakuntalaisten luona. Diakoniatyö oli yhä enemmän erityisryhmille kohdistettua toimintaa sekä sielunhoitoa ja ihmisten kokonaisvaltaista kohtaamista. Diakonian viranhaltijoiksi valittiin yhä useammin myös diakoneja, joiden koulutus oli 1960-luvun lopussa aloitettu Järvenpään lisäksi myös Helsingissä ja Pieksämäellä.

Muutosta oli tähän suuntaan ohjannut jo 1964 voimaan tullut kirkkolain uudistus, joka korosti seurakuntalaisten roolia diakonian toteutumisessa. Diakoniatyöntekijöiden tuli innostaa diakoniseen vastuuseen. Sanat diakonia ja diakoniatyö vakiintuivat vasta nyt. Ekumeeninen keskustelu lisäsi ymmärrystä siitä, miten monin eri tavoin diakonia eri kirkoissa nähtiin. Diakoniaa haluttiin laajentaa liturgiseen ja katekeettiseen suuntaan. (Pyykkö 2004, 128–129; Salmesvuori 2008, 41; Juntunen & Saarela 2009, 38–39; Rättyä 2009, 32; Malkavaara 2015, 108–110; Paaskoski 2017, 291–298.)

Köyhien avustamisen ajateltiin hyvinvointivaltion kehittyessä poistuvan seurakunnan vastuulta. Kahden regimentin oppia hyödynnettiin ajatuksessa, ettei taloudellinen apu kuulunut kirkon varsinaisiin tehtäviin vaan yhteiskunnalle. Kirkolle jäi sosiaaliturvan täydentäjän tai ehdotuksien tekijän rooli. Valtion näkökulmasta katsottuna kirkon diakonia vertautui järjestöihin. (Heikkilä ja Karjalainen 2000, 228–231; Hiilamo 2010, 7.)

Hyvinvointivaltion kultakausi 1970- ja 1980-luvulla ei tarkoittanut kirkon hätäavun eikä sosiaalisen tuen tai sairaanhoidon loppua. Kunnat eivät kyenneet vastaamaan tarpeeseen, ja seurakunnat kokosivat vapaaehtoisia varoja, tukivat taloiden järjestämistä ja käyttivät verotulojaan diakonisiin avustuksiin. (Määttä 2004, 182–212, 253–254; Wirilander 2011, 195–199, 4.)

Diakonia-ajatuksen laajeneminen

Nuorisotyössä alettiin 1960-luvulla havaita jengiytyvät ja toisaalta yksinäiset ja päihdeongelmaiset nuoret. Toiminta alkoi jengityönä, mutta kehittyi sitten etsiväksi nuorisotyöksi ja nuorten henkilökohtaiseksi neuvonnaksi. Työote oli diakoniaa ja ajan hengen mukaista sosiaalista vastuuta. Missä määrin se oli nuorisotyötä, missä määrin diakoniaa, miettivät työntekijät. Kunnallisen nuorisotyön vaikutuksesta työmuotoa alettiin 1970-luvun puolivälistä kutsua erityisnuorisotyöksi, kunnes nuorisodiakonian ja diakonisen nuorisotyön nimikkeet nostivat taas päätään. (Malkavaara 2013, 171–172, 246; Kaartinen 2017, 13, 37–38.)

Diakonian määritelmää niiden auttamisena, joiden hätä on suurin ja joihin muu apu ei ulotu, ei muutettu, vaikka se kuvasi hyvinvointivaltion kultakaudella diakoniatyötä vain osittain. Selkeintä yhteiskuntakritiikkiä kuultiin kansainvälisen diakonian ja kirkon yhteiskunnallisen työn piiristä. Oma vaikutuksensa oli vapautuksen teologialla ja sen vaatimuksella köyhien ensisijaisuudesta. (Malkavaara 2002a, 251–253, 256.)

Herätyskristillisessä teologiassa diakonia perusteltiin yksilöeettisestä tai yksilön pelastuksen näkökulmasta. Köyhien ja heikkojen auttaminen, yhteiskunnallisiin rakenteisiin vaikuttamisesta puhumattakaan, tulkittiin iäisyysperspektiiviä vähempiarvoiseksi.

Kehitysmaiden itsenäistymistä seurasi globaalin vastuun laajeneminen. Tämänpuoleisuus murtautui kirkon teologiaan. Kirkko etsi klassisen vanhurskauttamisopin yhteyttä yhteiskunnalliseen oikeudenmukaisuuteen. Sosiaalietiikka perustui luonnolliselle laille, joka ei ollutkaan pyyteettömän rakkauden vaan yhtäläisten oikeuksien ja velvollisuuksien turvaamisen vaatimus. Muutos sodanjälkeiseen herätysliikkeiden teologian hallitsemaan ajatteluun oli huomattava. (Malkavaara 2002a, 253–255.)

Ekumeenisen liikkeen impulssit tukivat terävöityvää diakonianäkemystä. Vapautuksen teologian hengessä puhuttiin profeetallisesta diakoniasta sekä solidarisuudesta kamppailussa oikeudenmukaisuuden, ihmisarvon ja rauhan puolesta. Erityisesti etsittiin diakonian ja koinonian, palvelun ja yhteyden, välistä suhdetta. (Malkavaara 2002a, 256–257.)

Organisoitua lähimmäisenrakkautta, kirkon ja kristittyjen auttamistoimintaa, kutsutaan diakoniaksi lähinnä Keski- ja Pohjois-Euroopan luterilaisissa ja reformoiduissa kirkoissa. Ortodoksisessa, katolisessa ja anglikaanisessa maailmassa diakonia viittaa jumalanpalvelukseen liittyvään diakonivirkaan. Keskustelu

toisten kirkkojen kanssa on saanut aikaan muutoksen, jossa diakonia ei ole vain myötätuntoista lähimmäisten palvelua mutta ei myöskään vain avustamistehtäviä liturgiassa, vaan niitä molempia ja toimintaa yhteiskunnan rakenteiden muuttamiseksi. (Malkavaara 2008, 20–21.)

Diakonian ymmärtämiseen vaikuttivat yhteiskunnallinen keskustelu ja sosiaalipoliittinen tutkimus, joissa alettiin 1980-luvun mittaan käyttää enenevästi syrjäytymisen käsitettä. Kirkossa pidettiin selvänä, että diakonia toimii syrjäytyneiden hyväksi. Keskustelu tulojen epätasaisesta jakautumisesta, työstä syrjäytymisestä, hädän tunnistamisesta ja kirkon mahdollisuuksista poistaa kärsimystä lisäksi diakonian tietoisuutta itsestään. (Malkavaara 2007b, 34–36, 41–42.)

Diakonianaikemys radikalisoitui. Yhteisvastuukeräys nosti keräyskohteikseen ”kunniallisten” eli syyttään huono-osaisten avustettavien, kuten lasten, vammaisten ja vanhusten, ohi ”kunniaattomia” avustettavien ryhmiä, kuten vankeja, päihdeongelmaisia, ylivelkaantuneita, asunnottomia ja pakolaisia. Myös Helsingin Diakonissalaitos suuntasi diakoniaprojektinsa kaikkein huono-osaisimpien tukemiseen. Diakonian tulkinta syveni ja laajeni yhteiskunnalliseen ja sosiaalieettiseen vaikuttamiseen. (Malkavaara 2007b, 36–46.)

Lama 1990-luvulla uudistaa diakoniatyötä

Suomalaisen diakoniatyön neljännen vaiheen on sanottu alkaneen lamasta. Sen asiakaskuntaan tulivat työttömät, mielenterveysongelmaiset, konkurssin tehneet tai muuten äkillisesti köyhtyneet, jotka etsivät hätäänsä apua kaikista mahdollisista paikoista. Avunpyytäjien määrän kasvaessa luotiin uusia työmuotoja kuten työttömien ruokailut ja ruokapankit. Jälkimmäinen perustui siihen, että diakoniatyön avustusmäärärahat yksinkertaisesti loppuivat.

Valtiovaltakin varoitteli kirkkoa soppatykkiköyhäinhoitoon siirtymisestä, mikä osaltaan terävöitti kirkon yhteiskunnallista viestiä ja sai aikaan kirkon ruokapankkitoiminnan yhteyteen perustetun yhteiskunnallisen vaikuttamiskanavan, Nälkäryhmän. (Malkavaara 2007b, 28; Malkavaara 2015, 173–180; Paaskoski 2017, 345–356.)

Lama lievensi jyrkkää juopaa kunnan sosiaalitoimeen. Kirkko profiloitui hyvinvointivaltion aukkojen paikkaajana. Diakonian asiakaskunta nuoreni ja kasvoi. Se edellytti muutoksia myös työtavoissa. Asiakkaita tavattiin enemmän vastaanotolla kuin kotikäynneillä. Samalla diakoniatyöntekijät alkoivat huolestua siitä, että sosiaalityötä lähentyneestä diakoniatyöstä tulisi kunnan tarjoaman avun korvike ja että tarjolla ollut tuki oli vain laastariapua. (Kettunen 2001, 28–33; Mal-

kavaara 2002a, 255–257; Malkavaara 2002b, 293–299; Helne ja Laatu 2006, 20–22; Grönlund ja Hiilamo 2006, 12–13; Grönlund ja Juntunen 2006, 179; Malkavaara 2007a, 114–116; Malkavaara 2015, 174–176.)

Merkittävä oli myös laman kynnyksellä vuonna 1991 toteutunut Suomen Diakoniatyöntekijöiden Liiton muodostuminen. Vuonna 1958 perustettu Suomen Kirkon Sisarliitto ja vuonna 1960 perustettu Suomen Diakonien Liitto sulautuivat toisiinsa ja lakkautettiin. (Salmesvuori 2008, 11–17, 43–44, 53–59.)

Diakoniatyön kolmas käänne tapahtui 1990-luvun laman aikana. On kuitenkin muistettava, että muutos koski syvimmin kaupunkeja ja yleensä diakoniatyötä Suomen eteläisissä ja läntisissä osissa. Suhteellisen laajoilla alueilla diakoniatyö jäi lamankin aikana lähes entiselleen. (Hiilamo 2010.)

Joka tapauksessa diakoniatyön iso muutos vahvisti kansalaisten luottamusta kirkkoon vuosikausiksi. (Hiilamo 2010, 7–8.) Diakonia sai julkista tilaa niin, että kirkko pystyi esiintymään tasaveroisena ja aloitteellisena kumppanina yhteiskunnan eri tahojen kanssa. Teoria ja käytäntö löysivät toisensa ja reagoivat yhdessä ympäristönsä hätätilaan. Vastaanottopisteiden ruuhkautumisen sekä työttömien tupien ja taloudellisen avun moninaistumisen ohella tärkeää oli vapaaehtoisten yhteisöjen syntyminen.

Hädän syihin pureuduttaessa apua saatiin luonnonoikeuteen perustuvasta teologisesta ajatuksesta, jonka mukaan hyvin ja oikein elämisen vaatimus oli ollut olemassa aina, myös ennen kristillistä uskoa. Moraalisen hyvän velvoite oli kirjoitettu jokaisen ihmisen sydämeen. Siten Paavalin mukaan pakanatkin, joilla ei ollut lakia, saattoivat luonnostaan tehdä, mitä laki edellytti. Tähän liittyy myös kultainen sääntö, jonka mukaan toiselle on tehtävä, mitä vastaavassa tilanteessa odottaisi tämän tekevän itselle.

Diakoniatyön kolmannen käänteen jälkeen kirkko vetosi luonnolliseen järkeen antaessaan eettisiä ohjeita oikeasta ja hyvästä sijoitustoiminnasta rahamarkkinoilla. Kirkon Nälkäryhmä laati hallitusohjelmaan hyväksytyin kohdan köyhyyspolitiikkaan varattavasta määrärahasta ja vetosi kaikille yhteiseen järkeen. Samaan yleisinhimilliseen oikeustajuun ja kultaiseen sääntöön vetosivat myös luterilaisen kirkon piispat uusliberalismia kritisoidessa ja hyvinvointiyhteiskuntaa puolustaneessa puheenvuorossaan Kohti yhteistä hyvää, joka viritti vilkkaan keskustelun.

Diakonian kolmannen käänteen seurauksena kirkolle avautuivat hyvät mahdollisuudet yhteisten päämäärien asetteluun toisten kanssa. Kirkko ja sen diakoniatyö melkein pä hallitsivat ajoittain julkista tilaa lähimmäisrakkauden ja yhteisen hyvän edistämiseksi, arvioi Jaakko Ripatti. (Ripatti 2014, 155–156.)

Toisaalta on huomautettu, että Kohti yhteistä hyvää aloitti uuden aikakauden kirkon suhteessa julkisvaltaan. Ajatuksen mukaan kirkko teki itse pesäeroa kansankirkkoajatukseseen profiloitumalla moraaliseksi ääneksi yhteiskunnassa. Kirkko luovutti osan erityisasemastaan tulemalla kohti kansalaisyhteiskuntaa. Puuttamalla yhteiskuntapoliittiseen kehitykseen kirkko tavallaan heikensi omaa asemaansa. (Jalovaara & Martikainen 2010, 34–39.)

Lähimmäisenrakkaus kirkon toiminta-ajatukseseen

Kirkkolain uudistuksessa 1993 luotiin kirkolle uusi toiminta-ajatus, joka nosti lähimmäisenrakkauden kirkon tuntomerkeiksi sanan ja sakramenttien rinnalle. Keskeillä lamaa se heijasti kansainvälistä uudistusaaltoa, jossa diakonia ymmärrettiin koko kirkon tehtäväksi. (Malkavaara 2002b, 287–288; Malkavaara 2007a, 116; Malkavaara 2015, 172, 175.)

Luther-tutkimuksen koulukunta korosti diakonian ekklesiologista ja kristologista perustaa: uskossa ihminen kääntyy Jumalaan päin, rakkaudessa lähimmäisiin. Rakkaus ja diakonia eivät vain seuraa uskoa, vaan ovat osa sitä. Rakkauden, keskinäisen välittämisen ja armon motiivit olivat vahvistuneet teologiassa ja kirkkojen julistuksessa pitkin 1900-lukua, mutta tämä antoi leimallisesti luterilaisen perustelun. (Malkavaara 2002b, 286–287; Malkavaara 2015, 168.)

Kolmisäikeinen virka ja diakonaattikeskustelu

Kirkkojen maailmanneuvoston BEM-asiakirja (*Baptism, Eucharist, Ministry* – Kaste, ehtoollinen, virka 1983) kirvoitti keskustelun piispan, papin ja diakonin virasta kirkon yhden ja saman viran eri säikeinä. Keskustelussa Suomen evankelisluterilaisen kirkon diakonian virkaa ei pidetty niinkään varhaisesta diakonaatista vaan saksalaisen sisälähetyksen herätteistä lähteneenä. Monet ajattelivat epäselvyyksien ratkeavan sijoittamalla diakonivirka kolmijaon osaksi ja määrittämällä se sekä karitatiiviseksi että liturgiseksi. Kirkolliskokous suhtautui ehdotukseen kuitenkin varauksellisesti. Toiset näkivät kolmisäikeisessä virassa uhan sekä pappeudelle että perinteiselle diakoniatyölle. (Malkavaara 2015, 152–157.)

Diakoniatyöntekijöiden ja nuorisotyönohjaajien asemaan ja arvostukseen liittyviä aloitteita ryhdyttiin kirkolliskokouksessa käsittelemään 1986 tehdyn naispappeuspäätöksen jälkeen. Nyt ehdotukset liitettiin laajempaan kysymykseen kirkon virasta. Kirkolliskokouksen yleinen valmistusvaliokunta esitti diakonian viranhaltijoiden ja nuorisotyönohjaajien liittämistä uudistettavaan diakonaattiin

sekä kirkon vihkimysviran piiriin. Aloitteet lähetettiin piispainkokouksen tutkitaviksi. Vuotta myöhemmin piispainkokouksen asettama Seurakunta 2000 -työryhmä ehdotti asiassa etenemistä. (Malkavaara 2015, 157–158.)

Kolmisäikeiselle viralle etsittiin kestävää teologista pohjaa. Selvityksen mukaan kirkkolaki ja kirkkokäsikirja pitivät diakonian virkaa kirkon viran yhtenä osana, mutta seurakunnissa se miellettiin maallikkoviraksi. Diakonaattiin kuului hahmoteltiin diakonit, diakonissat, nuorisotyönohjaajat, lapsityönohjaajat, kanttorit, lehtorit ja lähetyssihteerit. (Ahonen 1991, 153–161; Malkavaara 2015, 158–159.)

Porvoon julistus ja keskustelu diakonivirasta

Kun Suomen, Ruotsin ja Islannin luterilaiset kirkot olivat jättäneet allekirjoittamatta protestanttisten kirkkojen yhteyttä rakentavan Leuenbergin konkordian, Pohjolan luterilaiset kirkot alkoivat etsiä lähempään yhteyteen anglikaanisten kirkkojen kanssa. Yhteisessä Porvoon julistuksessaan (*The Porvoo Declaration*) kirkot tunnustavat toistensa uskon ja vihkimysviran. Julistus merkitsi piispan, papin ja diakonin virkojen vastavuoroista hyväksymistä sekä toisten kirkkojen kastettujen jäsenten pitämistä myös oman kirkon jäseninä. Diakonivirasta kirkot sitoutuivat pyrkimään yhteiseen näkemykseen. (Malkavaara 2015, 163–167.)

Kirkolliskokous asetti marraskuussa 1994 diakonaattikomitean. Vaikka keskustelua diakonaatista oli käyty jo pitkään, kirkolliskokouksen käsittely oli vasta alku pitkälle keskustelulle, jossa ratkaisua ei ole vielä löytenyt. Kirkolliskokous ei hyväksynyt asettamansa komitean vuonna 1997 julkaisemaa mietintöä. Samoin kaatuivat kirkolliskokoukselle tehdyt esitykset samasta aiheesta vuosina 2003, 2011 ja 2015. Esitykset ovat muistuttaneet toisiaan, mutta niitä on vastustettu moninaisin argumentein. (Malkavaara 2015, 182–220; Kirkolliskokouksen pöytäkirja 5.11.2015.)

Diakonaatin tai diakoniviran kuvaaminen diakonian ja diakoniatyön yhteydessä on olennaista siksi, että käsite on sama. Ehdotettua kirkon kolmatta vihkimysvirkaa on eri esityksissä kutsuttu diakoniviraksi, diakoninviraksi ja diakonaatiksi. Ilmeisesti yksi niistä syistä, joiden takia esitykset ovat kaatuneet, on johtunut saman käsitteen erilaisesta käytöstä.

Uuden ehdotetun vihkimysviran nimi olisi sama kuin katolisessa, ortodoksisessa ja anglikaanisessa kirkossa kolmisäikeisen viran alimman asteen tai vihkimyksen. Se on näissä kirkoissa usein väliaikainen virka ennen pappisvihkimystä. Suomen luterilaisessa kirkossa on 1980-luvun lopulta saakka ajateltu, että diako-

naattiin (tai diakonivirkaan) voidaan hyvin vihkiä myös muita laajan koulutuksen saaneita ja keskeisiä tehtäviä seurakunnassa hoitavia, kuten nuorisotyönohjaajia. (Kirkkohallituksen esitys 2015).

Uuden testamentin tutkimus on osoittanut diakonian tarkoittaneen vanhan kirkon aikana laajaa palvelutehtävien kirjoa seurakunnassa, ei vain auttamista tai hoitamista. Tämä on aiheuttanut hämmennystä kirkkojen piirissä, koska sen on ajateltu vievän perusteluja siltä, miten diakoniatyö on 1800-luvulta saakka kehittynyt. Sekä tutkijoiden että kirkkojen piirissä uudet tutkimustulokset on pääosin hyväksytty. Suomessa diakonian käsitteen laajenemisesta on käyty runsaasti keskustelua ennen muuta Diakonian tutkimus -aikakauskirjan sivuilla.

Keskeinen syy tähän käsitteanalyysiin on ollut australialaisen raamatuntutkijan John N. Collinsin tutkimustulosten leviäminen kansainväliseen julkisuuteen 1990-luvulta alkaen. Järjestelmällisesti Uuden testamentin diakoniaan liittyvät kohdat tutkinut Collins osoitti, että Raamatussa diakonia tarkoitti vain palvelua ja että sitä käytettiin lukuisissa eri merkityksissä. Uudessa testamentissa sillä ei ollut lähimmäisenrakkaudesta nousevaan nöyrään hoitamiseen ja huolenpitoon liittyvää erityismerkitystä, vaan sellainen sisältö on omaksuttu sanan merkitykseen vasta diakonissalaitosten perustamisen jälkeen 1800-luvulla ja sen jälkeen. Uuden testamentin diakonit olivat laaja-alaisissa palvelutehtävissä lähettiläinä, viestinviejinä ja seurakuntien johtajina. (Collins 1990; Latvus 2017, 17–22; Ryökäs 2019, 12–21.)

Kirkolliskokouksen perustevaliokunta linjasi syyskuussa 2015, että perustettava uusi vihkimysvirka olisi toteutettava niin, että siihen otettaisiin alkuvaiheessa mukaan ”vain nykyisen diakonian viran piiriin kuuluvat työntekijät” (diakonit ja diakonissat). Näihin rajattuna uudistuksessa käytettäisiin vakiintuneita käsitteitä. Siihenastisen keskustelun horjuvuus oli valiokunnan mukaan johtunut erimielisyyksistä siitä, miten diakonia kirkon olemukseen kuuluvana tehtävänä ymmärretään. Virkateologiasta ja sen vaatimista järjestelyistä oli sen mukaan saavutettu riittävä yksimielisyys. Diakonaattiuudistusta ei voinut jättää raukeamaan, mutta valiokunta katsoi, että laaja-alaisempaan diakonian tulkintaan tähdännyt, kirkolliskokoukselle vuonna 2015 tehty esitys heikentäisi karitatiivisen diakonian asemaa kirkossa. (Perustevaliokunnan lausunto 2/2015 lakivaliokunnalle kirkkohallituksen esityksestä 1/2015.)

Varsinaisen lausunnon asiasta laati lakivaliokunta. Kirkolliskokous palautti asian kirkkohallitukselle uudelleen valmisteltavaksi valiokunnan esityksen mukaan. Piispainkokous pyrki korjaamaan diakonian virkaan, siihen kutsumiseen, vihkimiseen sekä ordinaatiovalmennukseen liittyneitä heikkouksia ja yh-

tenäistämään hiippakuntien erilaisia käytäntöjä toukokuussa 2016 antamallaan suosituksella. (Lakivaliokunnan mietintö 5/2015 kirkkohallituksen esityksestä 1/2015; Piispainkokouksen pöytäkirja 24.5.2016, Suositus diakonian virkaan vihkimisestä.)

Syksyllä 2019 kirkkohallitus teki kirkolliskokoukselle esityksen siitä, että asian käsittelyä ei jatketa, koska uudistusta ei ole mahdollista toteuttaa olemassa olevista lähtökohdista käsin. Valmistelun taustalla oli teologian tohtori Minna Hietamäen laatima selvitys. (Hietämäki 2019.)

Jättämällä kasvatuksen virat ja vastaavat taka-alalle kirkko lähti itse ottamaan taka-askelia aikaisempaan kehitykseen verrattuna. Kirkolliskokous ja piispainkokous halusivat rajata diakonian käsitettä sosiaalis-karitatiiviseen suuntaan ja hylätä sen laajemman merkityssisällön. Tämän hintana on ollut seurakunnan kasvatus- ja musiikkityön virkojen hylkääminen maallikkotehtäviksi vihkimysviran ulkopuolelle.

Diakonaattikeskustelussa käsiteanalyysilla on ollut takaperoinen vaikutus. Kun on pyritty selvittämään, mitä diakonia on varhaisessa kristillisyydessä merkinnyt ja siirretty tämä näkemys monien mielestä kirkolle tarpeellisen uuden vihkimysviran taustateoriaksi, ongelmaksi on osoittautunut, että toiset haluavat pitää kiinni suomalaisessa kontekstissa totunnaisesta, mikä merkitsee sanan merkityksen kapeampaa tulkintaa.

Moderni diakonialiike, joka alkoi 1800-luvun puolimaissa, kapeutti diakonian ja sen mukaisen työalan sosiaalis-karitatiivisiin tehtäviin yhteiskunnan sosiaali- ja terveyssektorin täydentäjänä. Tämä ajatustapa vakiintui 1900-luvun jälkipuoliskolla. Toisaalta diakoniatyön rinnalla kehittyi sitä laaja-alaisempaa sisälähetys, jonka piirissä kehittyivät monet myöhemmät seurakuntientyömuodot. Käsitteenä sisälähetys kuitenkin käytännössä hävisi viimeistään 1900-luvun lopulla.

Diakonivirka on hengellinen vihkimysvirka ja sellaisena teologinen käsite. Se on abstraktio ja ideaali, jollaista on vuosikymmenten ajan pyritty kehittämään, mutta joka ei ole Suomen luterilaisessa kirkossa saanut riittävää kannatusta. Toteutuessaan virka antaa kirkolle vapauden kutsua, valtuuttaa ja sitouttaa erilaisiin, kulloinkin tarvittaviin tehtäviin niihin soveltuvia työntekijöitä. Minna Hietämäki toteaa selvityksessään, että piispan ja papin rinnalla tunnistetulla kolmannella viralle ei näytä olevan erityisen vakiintunutta tehtäväkenttää. ”Päinvastoin, diakonian virka näyttäytyy kirkon viroista kontekstuaalisesti ja missionäärisesti kaikkein sopeutuvimpana.” (Hietämäki 2019.)

Suppea ja laaja diakonia

Vuonna 1996 perustettu Diakonia-ammattikorkeakoulu (Diak) otti nimensä etuliitteeksi diakonian. Valtakunnallisen, verkostomaisen kirkollisen ammattikorkeakoulun koulutustehtävän ytimessä olivat diakonissan, diakonin ja kirkon nuorisotyönohjaajan tutkinnot. Diak vakinaistettiin vuonna 2000. Diakonia oli nousussa myös muualla Euroopassa. Parinkymmenen vuoden tauon jälkeen diakoniaan keskittyviä tutkimuskeskuksia tai tiedekunnan oppituojeja perustettiin ainakin Linziin 1995, Osloon 1995, Utrechiin 1997 sekä Upsalaan 1999.

Muutamassa vuodessa Diakiin koottiin kaikki suomenkielinen diakonia-alan ja lähes kaikki kirkon nuorisotyönohjaajien koulutus. Diakin tutkinnot tähtäävät suoraan kaksoiskelpoisuuteen. Diakonissat tekevät myös sairaanhoitajan tutkinnon niin kuin ennenkin, diakonit sosionomin. Kirkollisen kaksoistutkinnon suorittavien määrä on Diakissa ollut noin 30 prosenttia kaikista tutkinnon suorittaneista. (Ryökäs 2000, 8–11; Launonen 2004, 230–232; Malkavaara ja Gothóni 2016, 20, 23–27; Malkavaara 2018, 233–234.) Diakonisojien koulutuksen vaiheita ja kehityslinjoja kuvataan tässä teoksessa tarkemmin Helena Kotisalon artikkelissa.

Diakissa on vaalittu laajan ja suppean diakonian käsitteitä. Edellinen niistä on koskenut kaikkia diakonaatin piiriin ajateltuja seurakunnan palvelutehtäviä, jälkimmäinen taas kaikkea sitä, mitä vanhastaan oli kutsuttu sosiaalis-karitatiiviseksi diakoniatyöksi. Koulutusohjelmissaan Diak käytti edellisellä vuosikymmenellä muotoutunutta diakonisen hoitotyön sekä siitä johtamaansa diakonisen sosiaalityön käsitettä, joista edellinen tähtää diakonissan, jälkimmäinen diakonin koulutukseen ja työtehtäviin. Niissä tarvittavan kokonaisvaltaisen ja arvostavan kohtaamisen juuret ovat kristillisessä uskossa ja ihmiskäsityksessä. Näin myös julkisella sektorilla ja järjestöissä toimivat diakonissat ja diakonit toteuttavat kirkollista palvelutehtävää. (Gothóni ja Jantunen 2011, 107–119; Malkavaara 2018, 235.)

Diakonian voi määrittää myös seitsemäksi kehäksi, jonka keskuksena on kirkollinen diakonaatti. Kakkoskehälle asettuu käsitys diakoniasta kirkon sosiaalisena työnä. Ulommilla kehillä ovat kirkon sosiaalinen ja poliittinen vastuu, kirkon työ koko ihmisen parhaaksi ja kaikkien kristittyjen tai jopa kaikkien ihmisten sosiaalinen ja poliittinen vastuu, kunnes lopulta uloimpana ovat kaikki maailman rakentavat ja hyvät teot.

Laajan diakonian puolustusta voi perustella uusitamentillisena ja se on ollut mielekästä sosiaali- ja terveysalaan keskittyneelle ja sen sekä eettisten toiminta-

tapojensa varaan brändinsä rakentaneelle Diakonia-ammattikorkeakoululle, joka kouluttaa ammattilaisia myös kirkon varhaiskasvatuksen ja nuorisotyön tehtäviin. Diakonia on välillä muuttunut tarkoittamaan hyvän tekemistä jopa sen avarimman määritelmän mukaisesti. Samalla on jouduttu kysymään, onko tällöin sen ydin hämärtynyt. (Malkavaara 2018, 236.)

Muutokset 2010-luvulla

Uusi taloudellinen taantuma alkoi vuonna 2008 ja kesti aina vuoteen 2016. Yhteiskunnassa totuttiin hitaaseen tai alenevaan talouskasvuun, korkeisiin työttömyyslukuihin, köyhien määrän lisääntymiseen sekä yhteiskunnallisten erojen kasvuun. Rikkaita oli enemmän kuin ennen.

Diakoniatyö ei kuitenkaan toiminut samalla tavoin kuin 1990-luvulla eikä se osoittanut aivan samanlaisia merkkejä viimesijaisen turvan antamisesta suojaverkkojen läpi pudonneille tai kaikkein köyhimpien puolustamiselle. Kaikkea tätä tehtiin, mutta ei samanlaisen innostuksen ja julkisuuden saattelemana kuin 1990-luvun suuren laman aikaan ja jälkeen. (Hiilamo 2016.)

Resurssien väheneminen ei voi selittää kuin pienen osan diakoniatilastojen laskusta. Diakoniatyö ei reagoinut vuonna 2008 alkaneeseen talouskriisiin tavalla, joka vastaisi pitkäaikaisella toimeentulotuen tarpeella mitatun köyhyyden lisääntymiseen. Diakoniatyön asiakkailla ei ole subjektiivisia oikeuksia, vaan seurakunnat voivat itse päättää, millaista apua diakoniatyön kuuluu antaa. Sen takia viime vuosina on pohdittu paljon sitä, miksi diakoniatyössä on tapahtunut muutoksia ja kohdistuuko se 2010-luvun Suomessa ylipäänsä niihin, joiden hätä on suurin ja joita ei muilla tavoin auteta. (Hiilamo 2016, 298–299.)

Sitten 1990-luvun diakoniatyöhön on tullut uusia piirteitä. Yhteiskunnallisen osattomuuden moninaistuessa diakonia on joutunut tunnustamaan avuttomuutensa kasautuvan ja usein myös ylisukupolvisen huono-osaisuuden edessä. Näyttäisi siltä, että joustavuutensa ja monialaisuutensa takia diakoniatyö pystyy vain osittain pitämään kiinni määritelmän mukaisesta palvelulupauksesta antaa apua niille, joiden hätä on suurin. Sen sijaan kohdataan runsaasti niitä, joiden hätä on suuri.

Säännöllisesti toteutetut diakoniabarometritutkimukset ovat osoittaneet, että diakoniatyötä tehdään aiempaa ammattimaisemmin, mutta samalla työ pirstoutuu yhä kapeampiin lohkoihin. Erikoistunut karitatiivis-sosiaalinen diakonia ja katekeettis-liturginen diakonia joutuvat herkästi kilpailuasetelmaan toistensa kanssa. Kun toiset pitävät ihanteenaan diakoniaseurakuntaa, jossa koko seura-

kuntayhteisö elää heikoimpien kanssa ja heitä puolustaen, todellisuus monessa seurakunnassa on lähes päinvastainen: diakoniatyön resursseja halutaan ottaa muuhun toimintaan. (Kiiski 2013; Gävert 2016; Isomäki, Lehmusmies, Salojärvi & Wallenius 2018.)

Kun diakoniatyö on entistä monialaisempaa ja vivahteikkaampaa, sitä tekevillä on usein suuri vapaus päättää työnsä painopisteistä itse. Toisten työote on sielunhoidollinen, toiset taas kamppailevat asiakkaidensa puolesta byrokratiaa vastaan. Monissa seurakunnissa diakoniaa toteuttavat laajat vapaaehtoisten verkostot. Vuoden 2015 suuri maahanmuuttoaalto uudisti diakoniakäsitystä monissa seurakunnissa, kun taas toisissa jatkettiin entiseen tapaan ja turvapaikanhakijoista kantoivat vastuun muut kuin diakoniatyöntekijät. (Isomäki, Lehmusmies, Salojärvi & Wallenius 2018.)

Uusi piirre 2010-luvun diakoniatyössä on ollut, että seurakuntadiakonian tehtävissä toimivista työntekijöistä diakonien määrä ohitti diakonissat vuonna 2012. Vuonna 2018 seurakuntien viroissa toimivien diakoniatyöntekijöiden osalta suhdeluku oli noin 40 % diakonissoja ja noin 60 % diakoneja. (Diakoniatyöntekijöiden liiton vuosikertomukset 2011, 2012 ja 2018.)

Moninaistuvan diakoniatyön uusimpia löytöjä ovat olleet yhteisölliset työtavat. Niissä ihanteeksi on noussut konvivialiteetti, yhdessä eläminen. Matalan kynnyksen tilat, kohtaamiskahvilat, euron tavaratalot sekä halpa tai ilmainen ateriatuotavat ihmisiä yhteen tasavertaisina. Kohteeksi määrittelyn sijaan tulijalle on tarjolla vastuuta ja vertaistukea. Valmiita vastauksia ei ole, vaan elämän äärellä viivytään yhdessä ihmetellen. Askel 1990-luvun melko mekanistisesta ajatuksesta lääkitä köyhyyttä materiaalisella avulla on ollut suuri.

Yhteisöllisyyden ja yhdessä elämisen eetoksen nousu on ollut myös hiljaista sillanrakennusta ja sovinnon etsimistä ihmisten kesken voimakkaiden mielipideerojen kärjistyessä yhteiskunnan sisällä. Yhteisyyden korostaminen muuttanee vähin erin diakoniatyöntekijöiden auttavaa ja hoivaavaa roolia enemmän läsnäoloon ja yhteiselämän mahdollistamiseen.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Ahola, M. (1996). *Ihanteena yhteys. Aarne Siirala, Seurakuntaopiston kiistelty johtaja*. Helsinki: Kirjaneliö.
- Ahonen, R. (1991). *Diakonaatin uudistus. Diakonian viran kehittäminen Suomen evankelis-luterilaisessa kirkossa ja muissa luterilaisissa kirkkoissa*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Collins, J. (2000). *Diakonia – Re-interpreting the Ancient Sources*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Diakoniatyöntekijöiden liiton vuosikertomus* (2011). Helsinki: Diakoniatyöntekijöiden liitto.
- Diakoniatyöntekijöiden liiton vuosikertomus* (2012). Helsinki: Diakoniatyöntekijöiden liitto.
- Diakoniatyöntekijöiden liiton vuosikertomus* (2018). Helsinki: Diakoniatyöntekijöiden liitto.
- Gothóni, R. ja Jantunen, E. (2011). Diakoniatyön käsitteitä. *Diakonian tutkimus* 2/2011.
- Grönlund, H. ja Hiilamo, H. (2006). Diakonian resurssit ja alueellinen tarve. Panostetaanko diakoniaan kunnan huono-osaisuuden mukaan? Teoksessa E. Juntunen, H. Grönlund & H. Hiilamo, *Viimeisellä luukulla. Tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta* (s. 9–28). Helsinki: Kirkkohallitus.
- Grönlund, H. ja Juntunen, E. (2006). Diakonia hyvinvointijärjestelmän aukkojen tunnistajana ja paikkaajana. Teoksessa E. Juntunen, H. Grönlund & H. Hiilamo, *Viimeisellä luukulla. Tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta* (s. 177–185). Helsinki: Kirkkohallitus.
- Gävert, T. (2016). *Diakoniabarometri 2016*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Heikkilä, M. ja Karjalainen, J. (2000). Vuotoja hyvinvointivaltion turvaverkoissa. Teoksessa M. Heikkilä & J. Karjalainen & M. Malkavaara, (toim.), *Kirkonkirjat köyhyydestä* (s. 212–266). Helsinki: Kirkkopalvelut.
- Helne, T. ja Laatu, M. (2006). Johdanto: ”Hyvinvointipolitiikka” ja sen vääryydet. – T. Helne & M. Laatu (toim.), *Vääryyskirja* (s. 9–40). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Hietämäki, M. (2019). *Selvitys diakonian viran uudistusprosessin tilasta 2019*. Raportti kirkkohallitukselle. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Hiilamo, H. (2010). Laman uhrien auttaminen diakoniatyössä 1990-luvulla. *Diakonian tutkimus* 1/2010. S. 7–26.
- Hiilamo H. (2016). Miten kirkon diakoniatyö reagoi 2000-luvun talouskriisiin? *Yhteiskuntapolitiikka* 2016:3. S. 288–300.
- Huhta, I. (2005). Sisälähetysten synty. Teoksessa I. Huhta & M. Malkavaara, *Suomen Kirkon Sisälähetysseuran historia. Vuodet 1940–2014* (s. 13–37). Helsinki: Kirkkopalvelut.
- Isomäki, P., Lehmusmies, J., Salojärvi, P. ja Wallenius, V. (2018). *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvot*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Jalovaara, V. ja Martikainen, T. (2010). Suomi maallistumisen jälkeen. Valtio Kirkollisuudesta uskontojen markkinoihin. Teoksessa T. Martikainen & V. Jalovaara (toim.), *Uskonnon ylösnousemus. Kirkon, uskonnon ja kulttuurin murros* (s. 27–39). Helsinki: Magma.
- Juntunen, E. ja Saarela T. (2009). Seurakuntadiakonian perustehtävä ja diakonian kysymykset. Teoksessa K. Kinnunen (toim.), *Sairas köyhyys, tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä* (s. 36–50). Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kaartinen, J. (2017). *Selviämistarinoita. Snellu 50 vuotta. Juhlakirja*. Helsinki: Helsingin seurakuntayhtymän erityisnuorisotyö.
- Kansanaho, E. (1964). *Suomen Kirkon Sisälähetysseuran historia. Sortavalan aika 1905–1944*. Helsinki: Suomen Kirkon Sisälähetysseura.

- Kansanaho E. (1967) *Sata vuotta kristillistä palvelutyötä. Helsingin Diakonissalaitos 1867–1967*. Helsinki: WSOY.
- Katekismus (1948). *Suomen evankelis-luterilaisen kirkon katekismus*: hyväksytty Suomen kuudennessatoista varsinaisessa kirkolliskokouksessa vuonna 1948. Pieksämäki: Suomen Kirkon Sisälähetysseura.
- Kettunen, P. (2001). *Leipää vai läsnäoloa? Asiakkaan tarve ja diakoniatyöntekijän työnäky laman puristuksessa*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Kiiski, J. (2013). *Diakoniatyöntekijä – rinnallakulkija ja kaatopaikka. Diakoniabarometri 2013*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Kirkkohallituksen esitys (2015). Kirkkohallituksen esitys kirkolliskokoukselle. Asianro 2015-00012. Uutta diakonivirkkaa koskevien säännösten lisääminen kirkkolakiin ja kirkkojärjestykseen. <http://kappeli.evl.fi/kkoweb.nsf/8055b7c73c38f56dc22571540045bfe2/e271961250ebcea1c2257ddc00451c90?OpenDocument>.
- Kirkolliskokouksen pöytäkirja (2015). Kirkolliskokouksen pöytäkirja 5. marraskuuta 2015. – Perustevaliokunnan lausunto 2/2015 lakivaliokunnalle kirkkohallituksen esityksestä 1/2015; Lakivaliokunnan mietintö 5/2015 kirkkohallituksen esityksestä 1/2015.
- Koskenvesa, E. (1980). Kirkon diakoniatöimikunnan asettaminen. Teoksessa J. Pihkala (toim.), *Spiritus et institutio ecclesiae. Libellus in honorem Erkki Kansanaho* (s. 48–77). Helsinki: Suomen Kirkkohistoriallinen Seura.
- Koskenvesa, E. (2002). Diakonia kirkon elämässä ja toiminnassa. Teoksessa R. Helosvuori, E. Koskenvesa, P. Niemelä & J. Veikkola (toim.), *Diakonian käsikirja* (s. 35–58). Helsinki: Kirjapaja.
- Latvus, K. (2017). *Diaconia as Care for the Poor? Critical Perspectives on the Development of Caritative Diaconia*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Launonen, P. (2004). *Nuorisonohjaajasta nuorisotyönohjaajaksi. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon nuorisotyönohjaajien koulutus ja ammattitaidon muuttuvat tulkinnot 1949–1996*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Malkavaara, M. (1997). Suomen luterilainen kirkko ulkomaisen avun vastaanottajana (1945–1952). Teoksessa Y. Höysniemi (toim.), *Kansainvälisen vastuun oppivuodet. Kirkon ulkomaanavun kehityslinjoja* (s. 6–20). Helsinki: Kirkon Ulkomaanapu.
- Malkavaara, M. (2001). Från biståndsmottagare till biståndsgivare. Finlands kyrka och den internationella biståndsverksamheten. – Teoksessa J. H. Schjørring (red.), *Nordiske folkekirker i opbrud. National identitet og international nyorientering efter 1945* (s. 145–159). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Malkavaara, M. (2002a). Sodasta laman kynnykselle. Köyhyys ja diakonia hyvinvointivaltiota rakennettaessa. Teoksessa V. Mäkinen (toim.), *Lasaruksesta leipäjonoihin. Köyhyys kirkon kysymyksenä* (s. 221–260). Jyväskylä: Atena.
- Malkavaara, M. (2002b). Nälkä ja köyhyys kirkon asiaksi. Näkökulmia laman ja markkinakilpailun aikaan. Teoksessa V. Mäkinen (toim.), *Lasaruksesta leipäjonoihin. Köyhyys kirkon kysymyksenä* (s. 283–312). Jyväskylä: Atena.
- Malkavaara, M. (2004). Diakonikoulutus Järvenpäässä 50 vuotta. *Diakonian tutkimus* 1/2004. S. 37–44.
- Malkavaara, M. (2007a). Suomalaisen diakoniatyön taustat ja nykytilanne. Teoksessa K. Latvus & A. Elenius (toim.), *Auttamisen teologia* (s. 83–121). Helsinki: Kirjapaja.
- Malkavaara, M. (2007b). Diakonian muutos alkoi jo ennen lamaa. *Diakonian tutkimus* 1/2007. S. 26–49.
- Malkavaara, M. (2008). Lähetystyötä, kehitysyhteistyötä vai kansainvälistä diakoniaa. *Diakonian tutkimus* 1/2008. S. 5–34.
- Malkavaara, M. (2013). *Nuori Tampere. Seurakuntien nuorisotyö Tampereella 1930–2010*. Tampere: Tampereen ev.lut. seurakuntayhtymä.
- Malkavaara, M. (2015). *Diakonia ja diakonivirka*. Helsinki: Kirkkohallitus. Saatavilla: [http://195.236.185.83/julkaisut.nsf/020A6402AC464E4EC2257E6E004415C4/\\$FILE/255445_KH_Diakonia_ja_diakonivirka.pdf](http://195.236.185.83/julkaisut.nsf/020A6402AC464E4EC2257E6E004415C4/$FILE/255445_KH_Diakonia_ja_diakonivirka.pdf).

- Malkavaara, M. (2018). Diakonia, diakoniatyö ja diakonian koulutus Suomessa. Teoksessa M. Malkavaara (toim.), *Pohdintaa oikeasta, väärästä ja diakoniasta. Kai Henttosen juhlakirja*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Malkavaara, M. ja Gothóni, R. (2016). Diakin synty ja kehitys yksityiseksi kirkolliseksi ammattikorkeakouluksi. Teoksessa R. Gothóni, Mikko Malkavaara & Minna Valtonen (toim.). *Muutosvoimaa – tutkielmia Diakista ja teologiasta* (s. 19–52). Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Malkavaara, M. ja Ryökäs, E. (2015). Diakonia-apu oikeutena. Suomalaisen ajattelutavan kehittyminen. *Diakonian tutkimus* 2/2015. S. 107–127.
- Murtorinne, E. (1995). *Suomen kirkon historia 4. Sortovuosista nykypäiviin 1900–1990*. Helsinki: WSOY.
- Mustakallio, H. (2001). *Palvelun poluilla Pohjois-Suomessa. Oulun Diakonissakoti 1896–1916*. Oulu: Oulun Diakonissalaitoksen Säätiö.
- Mustakallio, H. (2002). Köyhät, sairaat ja kirkko. Suomalaista diakoniaa 1800-luvulta 1940-luvulle. Teoksessa V. Mäkinen (toim.), *Lasaruksesta leipäjonoihin. Köyhyys kirkon kysymyksenä* (s. 197–220). Jyväskylä: Atena.
- Mustakallio, H. (2009). *Pohjoinen hiippakunta. Kuopion–Oulun hiippakunnan historia 1850–1939*. Helsinki: Kirjapaja.
- Määttä, T. (2004). ”Sinne, missä hätä on suurin.” *Lakisääteinen diakoniatyö Kalajoen rovastikunnassa 1944–1982*. Helsinki: Suomen Kirkkohistoriallinen Seura.
- Paaskoski, J. (2017). *Ihmisen arvo. Helsingin Diakonissalaitos 150 vuotta*. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos.
- Penttinen, L. (2018). *Vaivaishoidosta yhdistysmuotoiseen seurakuntadiakoniaan. Diakoniatyö Kuopion kaupunki- ja maaseurakunnassa sekä siitä eronneissa seurakunnissa 1850–1944*. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.
- Piispainkokouksen pöytäkirja (2016). Piispainkokouksen pöytäkirja 24.5.2016. Suositus diakonian virkaan vihkimisestä.
- Pirinen, K. (1977). Kirkon oikeudellisen aseman ja järjestysmuodon kehitys. Teoksessa M. Heikkilä & E. Murtorinne (toim.), *Kirkko suomalaisessa yhteiskunnassa 1900-luvulla* (s. 107–122). Helsinki: Kirjapaja.
- Pyykkö, R. (2004). Valtion ja kirkon välissä: ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.), *Hyvinvointityön ammatit* (s. 110–143). Helsinki: Gaudeamus.
- Rinne, H. (2006). *Ihanteena vapaaehtoisuus. Diakoniatyö Porvoon hiippakunnan seurakunnissa, erityisesti Iitin ja Tampereen rovastikunnissa vuosina 1897–1923*. Helsinki: Suomen Kirkkohistoriallinen Seura.
- Ripatti, J. (2014). Diakonian neljäs käänne? *Diakonian tutkimus* 2/2014. S. 55–57.
- Ryökäs, E. (2000). *Oppiiko diakonian? Vuosina 1986 ja 1987 hyväksytyjen diakonian koulutusohjelmien onnistuneisuus*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Ryökäs, E. (2019). *Aikaan sidottu diakonia-käsite. Tiedekriittinen yritys ymmärtää suomalaista diakonia-keskustelua*. Helsinki: Suomalainen Teologinen Kirjallisuusseura.
- Rättyä, L. (2009) *Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa*. Kuopio: Kuopion yliopisto (Väitöskirja, Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1309-7>
- Salmesvuori, P. (2008). *Sisarliitosta Diakoniatyöntekijöiden Liitoksi – 50 vuotta liiton historiaa. – Rakkauden virassa, diakonian ammattilaisten viisi vuosikymmentä* (s. 11–78). Helsinki: Minerva.
- Wirilander, M. (2011). *Hiippakunta diakoniatyön tekijänä ja tukijana. Diakoniatyön kehitys Mikkelin hiippakunnassa 1945–1991*. Helsinki: Hakapaino.

Helena Kotisalo

2 DIAKONISSAKOULUTUKSEN VAIHEITA

Tässä artikkelissa kuvaan suomenkielisen diakonissakoulutuksen eri vaiheita diakonissalaitoksissa, diakoniaopistoissa ja Diakonia-ammattikorkeakoulussa (Diak). Historia osoittaa, miten diakonissan ammattikuva on yhteydessä koulutukseen ja yhteiskunnan muutoksiin. Myllylän (2004) mukaan diakoninen hoitotyö on professio, joka opitaan koulutuksessa. Tutkintonimike on nykyisin sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö, mutta työelämässä käytetään ammattinimikettä sairaanhoitaja (AMK) -diakonissa.

Sisarkasvatus diakonissalaitoksilla

Ensimmäisen diakonissalaitoksen perusti Saksassa Kaiserswerthiin luterilainen pastori Theodor Fliedner vuonna 1836 protestanttisten naisten opettamista varten. Siellä alkoi sairaanhoidollisen koulutuksen kehittäminen ja sinne sijoittuu myös diakonissan ammatin synty. Diakonissan koulutusaika kesti neljästä kuuteen vuotta sisältäen oppilas- ja koesisaraikoja sekä harjoittelujaksoja. Laitos tarjosi diakonissoille samanaikaisesti kodin, koulun ja sairaalan, jossa harjoittelut toteutuivat. Diakonissojen hengellinen kutsu-
mus ja koulutukseen perustuva osaaminen herättivät laajaa mielenkiintoa. Tämä johti Fliednerin mallin mukaisten diakonissalaitosten perustamiseen eri puolille Eurooppaa. (Henttonen 2002, 363; Malkavaara 2007, 87; Pyykkö 2011, 14.)

Suomessa yksityiset diakoniasta innostuneet maallikot ja papit tutustuivat 1860-luvulla Kaiserswerthin lisäksi Tukholman ja Pietarin Diakonissalaitoksiin. Tämä johti Helsingin Diakonissalaitoksen (1867) perustamiseen ja samalla suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen aloittamiseen. Pian tämän jälkeen perustettiin diakonissalaitos myös Viipuriin (1869), joka sai vaikutteita erityisesti Dresdenin laitoksesta Saksasta. Sisarkasvatus Viipurissa oli alussa saksankielistä. Helsingin ja Viipurin Diakonissalaitoksissa noudatettiin fliedneriläistä sisarkotijärjestelmää, joka oli laitos- ja sairaanhoitokeskeistä sekä yhdistyspohjaista. Diakonissalaitosten perustamista edistivät

pietistiset vaikutteet Saksasta, lahjoittajien hyväntekeväisyys sekä erityisesti vaikeat nälkävuodet, kulkutaudit ja monenlainen hätä. Diakonissojen tehtäväksi tuli hoitaa sairaita sairaaloissa ja kodeissa, huolehtia köyhistä ja turvattomista lapsista. Sisarop-pilailta vaadittiin vuodesta neljään vuoteen kestävä diakonissakasvatus ennen kuin heidät vihittiin diakonissoiksi. Ensimmäinen diakonissa vihittiin Viipurissa vuonna 1872 ja Helsingissä vuonna 1873. (Pakarinen 1975, 2; Möttönen 1994, 10; Henriks-son 1998, 95; Henttonen 2002, 364; Pyykkö 2011, 115.)

Helsingin Diakonissalaitoksen johtajattaren Lina Snellmanin tavoite oli 1880-luvulla sairaanhoidon tason kohottaminen ja sisarkasvatuksen kehittäminen. Diakonissalaitoksen opettajina toimivat johtajattaren lisäksi lääkärit ja papit. Oppitunteja oli raamattutiedosta, diakoniasta ja sairaanhoidosta. Kurssimuotoista koulutusta järjestettiin suomen ja ruotsin kielellä, ja sen pituus vakiintui vuonna 1889 kolmeen vuoteen sisältäen kaksivuotisen sairaanhoitajakoulutuksen. Dia- konissoiksi vihityt sijoittuivat ensisijaisesti oman laitoksen palvelukseen eivätkä he saaneet palkkaa. Ensimmäinen diakonissa aloitti työnsä laitoksen ulkopuolella seurakuntasisarena vuonna 1879 Raumalla. (Ewalds ym. 1992; Möttönen 1994, 11; Henttonen 2002, 364.)

Sortavalan Evankelinen Seura perusti vuonna 1894 Diakonitarkodin (myö- hemmin Sortavalan Diakonissakoti), ja näin se vastasi osaltaan Itä-Suomen ja Karjalan seurakuntien työntekijätarpeeseen. Sortavalassa sisarkasvatus siirtyi jo vuonna 1906 osaksi Suomen Kirkon Sisälähetysseuran laitoksen toimintaa. Vas- taavasti Pohjois-Suomen seurakuntien tarpeita varten perustettiin Ouluun vuon- na 1896 kirkollinen Diakonitarkoti (myöhemmin Oulun Diakonissakoti). Oulun Diakonitarkodin perustamiseen osallistunut opettaja Mimmi Bergh puolusti nais- ten oikeutta palkkatyöhön ja ammattiin. Hänen mukaansa: ”*Naisia ei tule kasvat- taa vain avioliittoa varten, vaan elämää ja jotakin ”tarkoitusta” varten. Esimerkiksi diakonissan ammatti oli tällainen tarkoitus*”. (Ewalds ym. 1992; Henriksson 1998, 87–88, 95–96; Mustakallio 2001, 64–65; Huhta & Malkavaara 2005, 24, 30.)

Sortavalan ja Oulun seurakuntakeskeiseen sisarkasvatukseen haettiin mallia erityisesti Oslon Diakonissalaitoksesta, seurakuntasisarten linjalta. Koulutus sis- sälsi teoreettista opetusta uskonnosta, diakoniasta ja sairaanhoidosta, jota harjoit- teltiin laitoksen sairaalassa ja kodeissa. Sisarkasvatukseen haettiin kansakoulun suorittaneita, 20–40 vuoden ikäisiä naisia, jotka olivat evankelis-luterilaisen kir- kon jäseniä. Sisarten koulutus Sortavalassa ja Oulussa kesti aluksi 1–2 vuotta. Diakonissojen hengellisenä kutsumuksena oli rakkaudenpalvelu, ja tehtävänä oli sairaiden hädän lievittäminen ja kirkollisen köyhäinhoidon järjestäminen. Myö- hemmin vuonna 1934 Sortavalassa alkoi huoltosisarkoulutus, jossa yhdistettiin

sairaanhoidon ja sosiaalityö. Sen takana oli toisaalta se, että lääkintähallitus ei ollut hyväksynyt Sortavalan diakonissakoulutusta sairaanhoidon koulutukseksi sellaisenaan, toisaalta Sisälähetysseuran ja Sortavalan laitosten johtajan Otto Aarnisaloon näkemys, että seurakuntasisarten koulutuksessa tuli tähdätä enemmän sielunhoitoon ja sosiaalisiin tehtäviin. Myös Helsingin diakonissalaitoksessa kehitettiin lyhyen aikaa huoltosisaren koulutusohjelmaa. Hakijoiden vähyys takia linja lopetettiin pian. (Kansanaho 1960, 307; Kansanaho 1964, 290–295; Pyykkö 2004, 120–121; Malkavaara 2007, 97; Paaskoski 2017, 183–190.)

Oulussa ja Sortavalassa arvosteltiin Helsingin ja Viipurin Diakonissalaitosten sisarkotijärjestelmää. Sortavalan Diakonitarkodin johtajatar Ingmanin mukaan ”järjestelmä ei soveltunut maaseudun yksinkertaisiin ja köyhiin oloihin”. Diakonissakoulutus neljässä eri laitoksessa eriytyi toisistaan 1890-luvulla sen mukaan, painotettiin koulutuksessa sairaanhoitotyötä vai seurakunnallista huoltotyötä. Koulutusammatin nimeksi vakiintui 1910-luvulla ”diakonissa” kouluttavasta laitoksesta riippumatta. Seurakunnissa toimivaa diakonissaa kutsuttiin joko seurakuntasisareksi tai seurakuntadiakonissaksi. (Henriksson 1998, 95–97; Mustakallio 2001, 64–65; Henttonen 2002, 367.)

Diakonissakoulutuksen kehittämistä ja diakonissan työnkuvan muotoutumista edisti vuonna 1911 Lääkintöhallituksen tiedote, jonka mukaan diakonissaksi vihitty voi olla myös kiertävän sairaanhoitajattaren tehtävissä. Aloite valtiopäiville oli tullut Oulun Diakonissakodin lääkäriltä Konrad Relanderilta, joka puolusti kansanterveysaatetta ja diakonissojen palkkaamista maalaiskuntiin ja seurakuntiin. Diakonissojen palkkaamista edisti osaltaan myös kirkkolaki (1913), joka edellytti kirkkoherroilta ”toimia tarvittavien diakonien tai diakonissojen... ottamiseksi seurakunnan palvelukseen”. (Henriksson 1998, 96; Malkavaara 2007, 101.)

Ensimmäinen laki (L 340/1929) sairaanhoitajattarien koulutuksesta nosti koulutustasoa, tasoitti alueellisia eroja ja varmistti yhdenmukaisen diakonissakoulutuksen sisällön sairaanhoidon osalta. Lääkintöhallitus valvoi koulutusta vahvistamalla tietopuolisen ja käytännöllisen opetuksen ohjelmat ja oppikirjat. Sairanhoitajattarien koulutuksen pituus oli nyt kolme vuotta. Tässä yhteydessä diakonissalaitokset sopeuttivat sisarkasvatuksensa vastaamaan uudistettua sairaanhoitajakoulutusta. Seurakunnat saivat edelleen valtionapua diakonissojen palkkaukseen. Sairaanhoidossa seurakuntasisarten toiminta-alue oli jaettu kunnallisten sairaanhoitajien ja terveysisarten kanssa. Näin diakonissat olivat osa julkista terveydenhuoltoa. (Henriksson 1998, 181; Mustakallio 2001, 64–65; Pyykkö 2011, 121.)

Toisen maailmansodan jälkeen 1940-luvun loppupuolella Sisälähetysseuran diakonissakoulutus siirtyi Pieksämäelle. Vastaavasti Viipurin diakonissakoulutus

jatkoj toimintaansa nyt Lahdessa. Länsi-Suomen seurakuntien tarpeita varten perustettiin vuonna 1949 vielä Diakonissalaitos Poriin (myöhemmin Länsi-Suomen Diakonialaitos). Vuoden 1944 kirkkolaki oli diakonian koulutuksen, pätevyuden ja viran kannalta merkittävä. Laki määritteli diakonian ”*kristillisestä rakkaudesta johtuvaksi hengellisen, ruumiillisen ja aineellisen avun antamiseksi*”. Kirkkolain mukaan jokaisessa seurakunnassa tuli olla diakonian virka. Laissa korostettiin koulutuksen yhteiskunnallisia ja seurakunnallisia tavoitteita, jotka osaltaan vahvistivat diakonisojen kaksoiskelpoisuuden merkitystä. Seurakuntadiakonissan ohjesäännön mukaan tehtävänä oli yhteiskunnallisen työn täydentäminen. Diakonisojen työ seurakunnissa suuntautui vuoden 1944 uudistuksen jälkeen kotisairaanhoidon. Muutos vähensi osin diakonisojen laitossidonnaisuutta ja edisti seurakuntien palkkaamien diakonisojen määrän kasvua. (Kansanaho 1960, 307; Henttonen 2002, 367; Malkavaara 2007, 106; Pyykkö 2011, 123.)

Piispainkokous hyväksyi vuonna 1944 yhdenmukaisen ”diakonissakasvatuksen ohjelman”, joka määritteli diakonissalaitoksille koulutusohjelman pituuden, jaksotuksen ja opetussisällöt. Pääpaino opetuksessa oli nyt tiedon jakamisessa – ei enää niinkään luonteen kasvattamisessa. Pohjakoulutuksena oli edelleen kansakoulu, mutta sen lisäksi edellytettiin kansanopiston, talouskoulun tai muun vastaavan opinahjon suorittamista. Tuomiokapitulien tehtävänä oli hyväksyä alueellaan olevien diakonissalaitosten koulutusohjelmat. Lääkintöhallitus puolestaan valvoi sairaanhoitajakoulutusta ja opetusohjelmien yhtenäistämistä. (Henttonen 2002, 368; Huhta & Malkavaara 2005, 94.)

Sairaanhoidajien, terveyssisarten ja diakonisojen ammatteja pidettiin sota-ajan jälkeen ensisijaisesti kutsumusammatteina, vaikka hengellisen kutsumustyön rinnalla keskustelu ammatillistumisesta, naimattomuuden vaatimuksista, työehdoista ja yhteiskunnallisesta vastuusta lisääntyi. Helsingin Diakonissalaitos luopui 1950-luvulla sisarkotijärjestelmästä ja diakonissat siirtyivät yhä enemmän palkkatyöhön seurakuntiin. Diakonisoja oli seurakuntien palveluksessa vuonna 1946 yhteensä 396 ja vuonna 1959 yhteensä 536. (Möttönen 1994, 12; Henriksson 1998, 99; Malkavaara 2007, 107).

Vuonna 1958 perustettu Suomen Kirkon Sisarliitto ry (vuodesta 1990 Diakoniatyöntekijöiden Liitto ry) vahvisti osaltaan diakonisojen ammatti-identiteettiä. Liiton tehtäväksi tuli ”*yhdistää maan seurakuntasisaret, diakonissat, tukea heitä heidän hengellisessä elämässään ja heidän palveluskutsumuksessaan, kehittää heidän ammattitaitoaan, valvoa heidän yhteisiä etujaan ja edistää rakkaudenpalvelutoimintaa maassamme*”. (Pakarinen 1975; Pyykkö 2011, 128.)

Sairaanhoitajan ja diakonian virkatutkinto diakoniaopistoissa

Sairaanhoitajakoulutuksen pituus lyhennettiin vuonna 1957 asetuksella kolmesta vuodesta kahteen ja puoleen vuoteen, minkä jälkeen sairaanhoitajilla oli mahdollisuus suorittaa erikoistumiskoulutus. Aiemmat kasvatusohjelmat muuttuivat opetusohjelmiksi ja myöhemmin 1970-luvulla koulutusohjelmiksi. Diakonissojen työ seurakunnissa alkoi 1960-luvulla eriytyä sairaanhoitajien ja terveysisarten työstä. Tätä muutosta edisti osaltaan kansanterveyslaki (1972), joka määritteli terveydenhuollon kuntien tehtäväksi. Näin diakonissat jäivät terveydenhuollon työnjaon ulkopuolelle, vaikka myöhemmin paikallinen yhteistyö ja diakonissojen terveyden edistämisen osaaminen on tunnustettu tarpeelliseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1985; Möttönen 1994; 13; Tervonen-Goncalves 2006,7; Kirkkohallitus 2009; Rättyä & Kotisalo 2015.)

Diakonialaitosten liitto suositteli 1970-luvun alussa diakonissalaitoksia käyttämään nimeä diakoniaopisto sekä mahdollisuutta ottaa miehiä diakonissakoulutukseen. Diakoniaopistoissa järjestettiin sairaanhoitajakoulutuksen lisäksi erikoistumiskoulutukselle rinnasteinen seurakuntasisarkoulutus. Se sisälsi 10–14 viikon diakonian perusteiden jakson ja sairaanhoitajan tutkinnon suorittamisen jälkeen vuoden pituisen diakonian virkatutkinnon (40 opintoviikkoa). (Ewalds ym. 1992; Möttönen 1994.)

Tämä niin kutsuttu ”hattumalli” kesti yhteensä lähes neljä lukuvuotta. Diakonian virkatutkinnon pääaine oli seurakuntasisarthyö, jonka tavoitteena oli antaa sellaiset tiedot, taidot ja valmiudet, että seurakuntasisar pystyy toimimaan diakonian tehtävissä. Diakoniaopistojen koulutusohjelmien hyväksyminen siirtyi vuonna 1977 kirkkolain muutoksen vuoksi tuomiokapituleilta piispainkokoukselle. Tämä johti viimein Helsingin, Oulun, Pieksämäen, Lahden ja Porin diakoniaopistoissa diakonian virkatutkintojen yhdenmukaistamiseen. Molemmat tutkinnot suorittaneella oli oikeus anoa hiippakunnan piispalta diakonian virkaan vihkimystä, jolloin naiset vihittiin diakonissoiksi ja miehet diakoneiksi. Möttösen (1994, 18) mukaan sairaanhoitajan opetus suunnitelman keskeisenä sisältönä oli tuolloin sairaus ja sairauden lääketieteellinen hoito.

Piispainkokous esitti vuonna 1980 diakonissakoulutusta koskevana kannanottonaan, että diakonissoille oli annettava vastaisuudessa riittävä sairaanhoidollinen koulutus. Näin diakonissakoulutus liitettiin terveydenhuollon keskiasteen ammatillisen koulutuksen uudistukseen, jonka lähtökohtina olivat laajapohjaisuus ja vahva tietoperusta. Tällä varmistettiin diakonissoille kaksoiskelpoisuus

kirkon ja yhteiskunnan tehtäviin. Kirkkolain muutos vuonna 1982 johti siihen, ettei kirkossa ollut enää erikseen diakonissan tai diakonin virkaa vaan diakonian virka, johon koulutetut diakonit ja diakonissat saivat kelpoisuuden. (Ewalds ym. 1992; Pyykkö 2011.)

Uusi diakonissan koulutusammatin opetussuunnitelma sisälsi sairaanhoitaja- tai terveydenhoitajakoulutuksen lisäksi seurakuntatyön koulutuksen (Piispainkokous 1986). Koulutusammatin tavoitteet ilmaistiin esittelemällä diakonissan ammattikuva, koulutuksen keskeiset tavoitteet ja opintojen kulku. Ammattikasvatushallitus vahvisti vuosina 1987–1988 diakoniaopistoille sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan uudet opetussuunnitelmat. Pieksämäen ja Helsingin diakoniaopistoissa erikoistuttiin psykiatriseen hoitoon, Oulun ja Porin diakoniaopistoissa sisätautien ja kirurgiseen hoitoon sekä Lahden diakoniaopistossa terveydenhoitotyöhön (terveydenhoitaja). Näin sairaanhoitajan peruskoulutus ja erikoiskoulutus yhdistettiin ja koulutus laajeni. (Ewalds ym. 1992, 28, 31; Möttönen 1994, 14; Pyykkö 2011.)

Syksyllä 1987 alkanut neljä ja puoli vuotta kestävä diakonissakoulutus sisälsi nyt ylioppilaspohjaisen erikoissairaanhoitajan tutkinnon ja diakonian virkatutkinnon. Tässä opetussuunnitelmassa kuvataan ensimmäisen kerran diakonissan asiantuntijuutta: ”*Diakonissa on seurakunnassa diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön asiantuntija*”. Opetussuunnitelma korosti terveyskeskeisyyttä ja lähestymistapa hoitamiseen oli nyt terveyttä korostavaa. Opetussuunnitelman ytimenä oli hoitotieteellinen tieto. Suomessa hoitotieteellinen tutkimus edisti hoitotyön käytäntöjen ja hoitotyön koulutuksen kehittämistä. Diakonissakoulutuksessa diakoninen hoitotyö oli sijoitettu diakonisen hoito-opin perusteisiin ja diakonisen hoito-opin syventäviin opintoihin, joiden tuntimääriä oli laajennettu edelliseen opetussuunnitelmaan verrattuna. (Jantunen 1987; Ryökäs 1991; Ewalds ym. 1992, 28.; Möttönen 1994, 18; Kotisalo 2005, 6.)

Diakoninen hoitotyö määriteltiin ensimmäisen kerran tässä opetussuunnitelmassa (Piispainkokous 1986): ”*Diakoninen hoitotyö on ennaltaehkäisevää, korjaavaa ja kuntouttavaa ja se toteutuu välittömänä ja välillisenä toimintana vuorovaikutuksessa yksilöiden, perheiden ja ryhmien kanssa*”. Edelliseen opistoasteen sairaanhoitajan opetussuunnitelmaan verrattuna diakoninen hoitotyö integroitiin nyt osin sairaanhoitajakoulutuksen sisään. Diakonisen hoitotyön käsitteen ymmärtämistä lisäsi se, että Suomen Kirkon Sisarliitto järjesti diakonissoille 1980-luvulla koulutusta diakonisesta hoitotyöstä. (Diakoniatyöntekijöiden liitto, 2020.) Tunnnettavuutta edisti myös Helsingin diakoniaopiston opettaja Eila Jantusen (1987) kirjoitus Diakonia-lehdessä: ”*Kysymyksestä ”tekeekö diakonissa sairaanhoi-*

toa” voitaneen luopua. Diakonissan työ on kokonaisuudessaan hoitotyötä, diakonista hoitotyötä. Tämän hetken ajankohtainen kysymys on: Mitä on diakoninen hoitotyö?”

Sirja Möttösen (1994) mukaan diakonissakoulutukseen kuului kaksi erillistä ammatinkuvaa. Sairaanhoidajan ammatinkuva ohjasi terveydenhuollon koulutusta ja diakonissan ammatinkuva diakoniaopetuksen osuutta koulutuksessa. Ammatinkuvassa diakonissalta edellytetään henkilökohtaista sitoutumista luterilaisen kirkon uskontulkintaan ja valmiutta persoonalliseen hengelliseen kasvuun. Toisen erityispiirteen muodosti diakonissan asiantuntijuus diakonian ja diakonisen hoitotyön alueella. Diakonissan asiantuntijuutta ei kuitenkaan tässä opetussuunnitelmassa (Piispainkokous 1986) tarkemmin määritelty.

Esko Ryökäs (1991, 2000) on selvittänyt opistoasteelta valmistuneiden diakonissojen kaksoiskelpoisuutta ja kirkollista identiteettiä. Diakonissoista suurin osa (85 %) piti koulutukseensa sisältyvää kaksoiskelpoisuutta diakoniatyöhön sopivana. Valmistuvista kaksi kolmesta katsoi voivansa hakea työtä sekä yhteiskunnan puolelta hoitotyöstä että yhtä hyvin kirkon diakoniatyöstä. Ryökäs arvioi, että diakonissoja koulutettiin enemmän diakoniseen ajatteluun kuin kirkon diakoniatyöhön, ja että opiskelijoilla oli pikemminkin kristillinen kuin kirkollinen identiteetti.

TAULUKKO 1. Diakonissakoulutuksen vaiheita Suomessa

Aika	Diakonissakoulutuksen toteuttajat ja muutokset koulutuksessa	Sairaanhoitaja-diakonissan opetussuunnitelmat ja tutkinnot	Laajuus
1860-luku	Helsingin Diakonissalaitos (1867) Viipurin Diakonissalaitos (1869)	Fliedneriläinen sisarkotijärjestelmä ja sisarkasvatusohjelma: diakonissa	3 vuotta
1890-1900-luvut	Sortavalan Evankelisen Seuran Diakonitarkoti (1894) osaksi Sisälähetykseuran laitosta (1906), Oulun Diakonitarkoti (1896)	Seurakuntakeskeinen sisarkasvatusohjelma: seurakuntasisar/ seurakuntadiakonissa	1-2 vuotta
1940-luku	Sisälähetykseuran diakonissakoulutus Pieksämäelle (1947), Porin Diakonissalaitos (1949), Viipurin diakonissakoulutus Lahteen (1950)	Suomessa yhtenäinen sairaanhoitajakoulutus (1929), diakonissalaitoksilla diakonissakasvatuksen ohjelmat (1944): diakonissa	3-4 vuotta
1950-1970-luvut	Sairaanhoitajakoulutus lyheni (1957), mahdollisuus erikoistumiskoulutukseen, diakonissalaitoksiin diakoniaopistoja (Helsinki, Lahti, Oulu, Pieksämäki ja Pori 1972 alkaen)	Sairaanhoitajan tutkinto ja diakonian virkatutkinto, diakoniaopistoissa yhtenäiset koulutusohjelmat (1977)	2½ vuotta + 1 vuosi
1980-luku	Keskiasteen ammatillisen koulutuksen uudistus (1986); erikoissairaanhoitaja (Helsingin, Porin, Oulun ja Pieksämäen diakoniaopistot) ja terveydenhoitaja (Lahden diakoniaopisto), diakonissakoulutus laajeni	Opistoasteen opetussuunnitelmat: Erikoissairaanhoitaja tai terveydenhoitaja (1987) ja diakonissan koulutusammatin opetussuunnitelma (1986)	3½ vuotta + 1 vuosi
1990-luku	Suomenkielinen diakonissakoulutus koottiin Diakonia-ammattikorkeakouluun (kokeilulupa 1996, vakinaistettiin 2000), diakonian virkaan kelpoistavat opinnot, 60 ov määriteltiin (1996)	Diakissa diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma (2000): Sairaanhoitaja (AMK) ja kelpoisuus kirkon diakonian virkaan	3½ vuotta, 140 ov
2000-luku	EU-direktiivit ja terveydenhuollon osaamistasokuvaukset uudistuivat (2001), Diak sai diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon (2003), diakonian virkaan kelpoistavat opinnot, 90 op tarkistettiin (2005), koulutus laajeni	Diakissa hoitotyön koulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto (2004): Sairaanhoitaja (AMK) ja kelpoisuus kirkon diakonian virkaan	4 vuotta, 160 ov / 240 op
2010-luku	Diakonian viranhaltijan ydiosaamiskuvaus (2010) ja sairaanhoitajan osaamisvaatimukset (2013) uudistettiin, Diakissa opetussuunnitelmauudistus (2014), diakonian viran kelpoisuusvaatimukset tarkentuivat (2017)	Opetussuunnitelma (OPS2010): Sairaanhoitaja (AMK) ja kelpoisuus kirkon diakonian virkaan, Opetussuunnitelmat (OPS2015 ja OPS2017): Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö	4 vuotta, 240 op
2020-luku	Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset (2020) ja diakonian viranhaltijan ydiosaamiskuvaus (2020) uudistuivat. Diakonian viran kelpoisuusehdot (2020) uudistettiin: kirkollinen kelpoisuus on mahdollista saavuttaa myös täydentämällä aiempi sairaanhoitaja (AMK) -tutkinto avoimessa amk:ssa suoritettavina täydentävinä opintoina.	Opetussuunnitelma (OPS2020): Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö	4 vuotta, 240 op

Sairaanhoitaja (AMK) -diakonissakoulutus Diakissa

Suomessa käynnistyi 1980-luvulla ammatillisen korkeakoulujärjestelmän uudistus. Ammattikorkeakoulujen tavoitteena oli koulutustason kohottaminen, tiedonkäsityksen uudistaminen ja työelämälähtöisten ammattitaitovaatimusten huomioon ottaminen. (Salminen 1999.) Oulun ja Lahden diakoniaopistot liittyivät ensin alueellisesti perustettuihin ammattikorkeakouluihin. Valtakunnallinen Diakonia-ammattikorkeakoulu (Diak) sai kokeiluluvan vuonna 1996, jonka jälkeen diakoniaopistojen diakoniatutkinto liitettiin asteittain Diakiin, joka vakinaistettiin vuonna 2000. Diakin kristillisen arvopohjan mukaan diakonia ymmärrettiin laaja-alaiseksi lähimmäisenrakkaudesta nousevaksi palvelu- ja kasvatustehtäväksi. (Henttonen 2002, 375; Rask, Kainulainen & Pasanen 2003, 12–13; Huhta & Malkavaara 2005, 320–322.)

Ammattikorkeakoulun yhdeksi tehtäväksi tuli asetuksen (A 256/1995) mukaan kouluttaa asiantuntijoita, joiden osaaminen oli laaja-alaista. Ammattikorkeakoulussa laaja-alaisuudella tarkoitettiin monipuolista, syvää ja kattavaa osaamista, jota kuvattiin kvalifikaatioina eli ammattitaitovaatimuksina. Myöhemmin ammattikorkeakoulun koulutustehtävä tarkentui laissa (L 932/2014) muotoon: *”Ammattikorkeakoulun tehtävänä on antaa työelämän ja sen kehittämisen vaatimuksiin sekä tutkimukseen, taiteellisiin ja sivistyksellisiin lähtökohtiin perustuvaa korkeakouluopetusta ammatillisiin asiantuntijatehtäviin ja tukea opiskelijan ammatillista kasvua.”* Opintojen mitoituksen peruste oli ensin opintoviikko (ov), jossa opiskelijan työpanos viikossa oli keskimäärin 40 tuntia.

Opetusministeriö vahvisti 1.1.2000 Diakin ensimmäiseksi koulutusohjelmaksi diakonisen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelman (140 ov). Tutkinnon suorittaneilla oli oikeus käyttää tutkintonimikettä sairaanhoitaja (AMK) tai terveydenhoitaja (AMK) tai sosionomi (AMK). Sairaanhoitajaopiskelijalla oli mahdollisuus valita, haluaako hän opiskella lisäksi myös diakonian virkaan kelpoistavat opinnot. Nämä opinnot olivat pääosin integroitu sairaanhoitajien yhteisiin opintokokonaisuuksiin kuten ”Ammattiin oppimisen perusteet”, ”Terveys ja sairaus”, ”Monikulttuurinen ammatillisuus” ja ”Työ, työyhteisöt ja johtaminen”. Lisäksi diakonissaopiskelijat suorittivat kirkon alan opinnoista opintokokonaisuuden ”Kristillinen usko”, laativat opinnäytetyön sekä suorittivat harjoittelun seurakunnan diakoniatyössä. (Diak 1999; Kotila ym. 2002.)

Piispainkokouksen (1996) päätöksen mukaan sairaanhoitaja (AMK) sai kelpoisuuden diakonian virkaan, mikäli tutkinto sisälsi yhteensä 60 opintoviikkoa teologisia perusopintoja ja kirkollisen työn ammattiopintoja. Sosiaali- ja terveys-

ministeriö (2000) oli puolestaan koonnut sairaanhoitajan (AMK) ammatilliset osaamisvaatimukset viiteen alueeseen: hoitotyön asiakkuusosaamiseen, terveyden edistämisen osaamiseen, kliiniseen osaamiseen, päätöksenteko-osaamiseen sekä opetus- ja ohjausosaamiseen (Gothóni & Jantunen 2010, 66). Nämä sisällölliset osaamisvaatimukset ohjasivat sairaanhoitaja-diakonissakoulutuksen toteutusta.

Diakin ensimmäinen sairaanhoitaja-diakonissakoulutus (140 ov) oli opistoasteen tutkintoon verrattuna vuotta lyhyempi. Koulutusohjelman tavoitteiden ja kaksoiskelpoisuuden vaatimusten integroiminen sairaanhoitajan (AMK) -tutkintoon osoittautui käytännössä hankalaksi. Saman aikaan ilmeni, että sairaanhoitajaopiskelijoista yhä harvempi valitsi diakonian virkaan kelpoistavat opinnot. Uusiksi haasteiksi muodostuivat tarkentuneet sairaanhoitajien EU-direktiivit sekä kansallisten osaamistasokuvausten laajeneminen (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2001).

Säilyttääkseen uskottavan diakonissakoulutuksen Diak esitti opetusministeriölle vuonna 2003 sairaanhoitaja-diakonissakoulutuksen laajentamista 20 opintoviikolla. Diak sai esityksensä mukaisesti hoitotyön koulutusohjelmaan diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon (160 ov). Se sisälsi sairaanhoitaja (AMK) -tutkinnon ja diakonian virkaan kelpoistavat opinnot. Tämä tarkoitti sitä, että opiskelijaksi hakevan tuli valita kaksoiskelpoisuuden sisältämä tutkinto jo hakuvaiheessa. Diak sai samalla itse päättää diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehdolle varattavat aloituspaikat. (Opetusministeriö 2003; Kotisalo 2003.)

Opintoviikot muuttuivat vuonna 2005 opintopisteiksi (op). Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto oli laajuudeltaan nyt 240 op, josta harjoittelun osuus oli 90 op. Opintopiste tarkoitti 26,7 tuntia opiskelijan työtä. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006.) Myös diakonian virkaan kelpoisuuden antavat opinnot (90 op) määriteltiin uudelleen (Piispainkokous 2005). Teologisia opintoja tuli olla vähintään 20 op ja diakonian ammattiopintoja sekä seurakunnan ja kirkon työhön liittyviä opintoja vähintään 70 op sisältäen myös seurakuntaharjoittelun ja opinnäytetyön.

Uuteen diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehtoon tuli erikseen diakoniatyön ammattiopinnot (30 op) ja diakonisen hoitotyön asiantuntijuus (22 op) -opinnot (Diak 2004). Diakoniatyön ammattiopinnot (myöhemmin diakoniatyön asiantuntijuus) painottivat seurakunnan diakoniatyössä tarvittavaa ammatillista osaamista. Harjoittelu (12 op) suoritettiin evankelis-luterilaisen seurakunnan diakoniatyössä. Harjoittelun tavoitteissa kuvattiin diakonissan asiantuntijuutta esimerkiksi: ”*Opiskelija syventää valmiuksiaan toimia diakoni-*

sen hoitotyön ja diakoniatyön asiantuntijana” ja ”opiskelija syventää valmiuksiaan edistää asiakkaan, perheen ja yhteisön terveyttä ja hyvinvointia”. Diakonisen hoitotyön osaaminen tunnustettiin nyt osaksi sairaanhoitaja-diakonissan valmiuksia diakoniatyössä.

Diakonisen hoitotyön asiantuntijuusopinnoissa hyödynnettiin nyt selkeästi näyttöön perustuvaa hoitotieteellistä ja teologista tietoa. Sisällöissä painottuivat kokonaisvaltainen ihmis- ja terveystietäminen, diakonisen hoitotyön auttamismenetelmät, sielunhoito, terveyden edistäminen, hoitotyön kehittäminen ja diakonissan ammatillinen kasvu. Diakonisen hoitotyön harjoittelun (12 op) tavoitteissa korostuivat diakonissan asiantuntijuus moniammatillisissa työyhteisöissä ja spiritualiteetti persoonallisessa työskentelyssä. Harjoittelu suoritettiin perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Tämä edisti diakonissojen lisäarvoa terveydenhuollossa. Diakonissoista tuli terveyden ja kohtaamisen asiantuntijoita. (Kotisalo 2005; Gothóni & Jantunen 2010; Kotisalo & Rättyä 2014.)

Kirkkohallitus julkaisi vuonna 2007 diakonian viranhaltijan ydinosaamiskuvauksen, jossa määriteltiin neljä osaamisaluetta: hengellisen työn osaaminen, diakonisen asiakastyön osaaminen, organisaatio- ja kehittämisosaaminen sekä yhteisöllinen ja yhteiskunnallinen osaaminen. (Gothóni & Jantunen 2010; Kirkkohallitus 2010.) Pian tämän jälkeen Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus-hankkeessa määriteltiin sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset uudistuneen ammattipätevyysdirektiivin mukaan. (Directive 2013; Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015.)

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostui nyt yhdeksästä alueesta: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystieteiden laatu ja turvallisuus. (Eriksson ym. 2015.) Nämä osaamisen vähimmäisvaatimukset johtivat Diakissa laajaan opetussuunnitelmauudistukseen. Hoitotyön opetussuunnitelmissa painotettiin erityisesti asiakaslähtöisyyden, eettisyyden, näyttöön perustuvan hoitotyön ja terveyden edistämisen osaamista.

Vuodesta 2015 alkaen Diakissa on voinut suorittaa asetuksen (A 1129/2014) mukaisen sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinnon. Tutkintonimike on sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö (240 op). Tällä tutkintonimikkeellä korostetaan diakonissan ammatillista osaamista diakonisessa hoitotyössä. Suuntautumisvaihtoehdon käsite on jäänyt historiaan. Diak käyttää markkinoinnissaan kaksoiskelpoisuudesta kertovaa ammattinimikettä sairaanhoitaja (AMK)

-diakonissa. Työelämässä ammattinimikkeeksi on vakiintunut muoto ”sairaanhoitaja-diakonissa”. (Rättyä & Kotisalo 2015; Diak 2015.)

Kirkkohallitus (2017) on varmistanut kaksoiskelpoisuuden sairaanhoitaja (AMK) -diakonissoille. Päätöksen (Kirkon säädöskokoelma nro 124) mukaan diakonian viran haltijalta sekä diakoniatyötä pääasiallisena tehtävänäan tekevältä vaaditaan vähintään 240 opintopisteen laajuinen sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, sairaanhoitaja (AMK). Tutkinto edellyttää vähintään 90 op:n laajuisia teologisia opintoja sekä seurakunnan ja kirkon työhön liittyviä ammattiopintoja. Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia ja harjoittelujen pituuksia on kansallisella tasolla jälleen tarkistettu sekä diakonian viranhaltijan ydinosamiskuvauksia on myös päivitetty. Uudet osaamisvaatimukset (YleSHarviointi 2020) ja ydinosamiskuvaukset (Kirkkohallitus 2020) on erikseen kuvattu tämän kirjan toisessa artikkelissa (ks. Kajander-Unkuri & Valtonen). Nämä vaatimukset on huomioitu vuoden 2020 opetussuunnitelmassa.

Sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö (240 op) -koulutuksen tavoitteissa on kuvattu vaadittava ammatillinen osaaminen ja opintojaksojen sisällöt aiempaan opetussuunnitelmaan verrattuna tarkemmin (Diak 2020). Myös harjoittelun määrää on lisätty kansallisten vaatimusten mukaisesti. Koulutuksen viimeisillä lukukausilla toteutuvat diakonisen hoitotyön asiantuntijuus- ja diakoniatyön asiantuntijuusopinnot. Niiden aikana diakonissaopiskelijan ammatillista kasvua tuetaan ja syvennetään kohti asiantuntijuuden ja kaksoiskelpoisuuden ymmärtämistä. Opettaja voi huomata opiskelijoiden oppimistehtävistä ja opinnäytetöistä, kuinka he pohtivat ammatillista osaamistaan ja kehittymistarpeitaan samanaikaisesti sekä hoitotyön että diakoniatyön näkökulmista.

Kaksoiskelpoisuuden lisäarvo

Diakonissakoulutus on Suomessa kehittynyt 150 vuoden aikana diakonissan kutsumuksesta ammatillista osaamista kuvaavaksi sairaanhoitaja (AMK), diakoninen hoitotyö -tutkinnoksi. Diakonissakoulutusta ovat järjestäneet 1860-luvulta alkaen ensin diakonissalaitokset ja 1970–1990-luvuilla diakoniaopistot sekä vuodesta 1996 lähtien Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pyykön (2011, 136) mukaan valtion rooli koulutuksessa on ollut merkittävä, aluksi tukijana ja nykyisin ammattikorkeakoulutuksen rahoittajana.

Tulevaisuuden haasteena on opiskelijoiden saatavuus ikäluokkien pienentyessä. Diakille on tärkeää, että se onnistuu rekrytoimaan motivoituneita sairaanhoitaja-diakonissaopiskelijoita eri puolilta Suomea. Diakoniatyön ja diakonisen hoito-

työn harjoittelupaikkoja tulee olla niin kattavasti, että sairaanhoitaja-diakonissat valmistuttuaan sijoittuisivat laajasti eri puolille maamme seurakuntia sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Sairaanhoitaja (AMK) -diakonissan koulutuksen suorittanut voi anoa Valviralta oikeutta toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä (L 1200/2007). Sairaanhoitajan ammattieettisenä velvollisuutena on lain (L 559/1994) mukaan ”terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen”. Hän on myös ”velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.” Diak tarjoaa esimerkiksi erikoistumisopintoja ja ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja. Evankelis-luterilainen kirkko järjestää työntekijöilleen henkilöstökoulutusta (ks. koulutuskalenteri.evl.fi).

Sairaanhoitaja-diakonissan ammatillista toimintaa tukevat myös diakonia-työntekijöiden eettiset ohjeet. Niiden mukaan kristilliset arvot ilmenevät arjessa lähimmäisenrakkautena, ihmisen arvon kunnioittamisena, oikeudenmukaisuutena ja vastuullisuutena. Diakonia on Jumalan rakkauden vastaanottamista ja jakamista hyvän kierrättämiseksi. (Diakoniatyöntekijöiden liitto ja Diak 2016.) Diakonissalla on koulutuksensa perusteella laaja-alaista ammatillista osaamista. Hän käyttää sekä hoitotyön että diakoniatyön auttamismenetelmiä. Hän edistää ihmisen terveyttä kokonaisvaltaisesti, hän vahvistaa voimavaroja, ylläpitää toivoa sekä tukee selviytymistä, osallisuutta ja yhteisöllisyyttä. Diakonissat osaavat toimia myös monialaisissa verkostoissa ja yhteistyössä sosiaali-, terveys- ja kirkon aloilla.

Koulutuksen järjestäjät ja evankelis-luterilainen kirkko ovat varmistaneet sairaanhoitaja-diakonissoille kaksoiskelpoisuuden, jolla tarkoitetaan kelpoisuutta toimia sekä kirkon diakonian virassa että sairaanhoitajan tehtävissä yhteiskunnassa. Sairaanhoitaja-diakonissoille kaksoiskelpoisuus on avannut mahdollisuuksia siirtyä työtehtävästä toiseen, esimerkiksi kirkon diakoniatyöstä sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja järjestöihin sekä päinvastoin. Näin he ovat voineet kehittyä ja tarjota laaja-alaista ammatillista osaamistaan ja asiantuntijuuttaan asiakkaiden, potilaiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen hyväksi. Diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön osaaminen on lisäarvo myös sairaanhoitaja-diakonissoille itselleen.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- A 256/1995. Asetus ammattikorkeakouluopinnoista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1995/19950256>.
- A 1129/2014. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141129#Pidp445166288>.
- Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon (2001). Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriö 7.9.2001.
- Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon (2006). Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Saatavilla 14.3.2020 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf>.
- Diak (1999). Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinto-opas 1999–2000. Helsinki: Diak. Moniste.
- Diak (2002). Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinto-opas 2002–2003. Helsinki: Diak.
- Diak (2004). Hoitotyön koulutusohjelma. Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinto-opas 2004. Helsinki: Diak: Moniste.
- Diak (2015). Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja (AMK) -diakonissa. Opetussuunnitelma 2015. Diak: Moniste.
- Diak (2017). Sairaanhoidaja (AMK), diakoninen hoitotyö. Opetussuunnitelma 2015, sisältää 2017 muutokset. Saatavilla 15.3.2020 https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2018/08/Diak_OPS_2018_Sairaanhoidaja_diakoninen_hoitoty%C3%B6.pdf.
- Diak (2020). Sairaanhoidaja (AMK) -diakonissa. Opetussuunnitelma 2020. Saatavilla 15.3.2020 https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2020/01/Diak_OPS_2019_Sairaanhoidaja_diakoninen_hoitoty_2020_web.pdf.
- Diakoniatyöntekijöiden liitto ja Diak (2016). Diakoniatyöntekijöiden eettiset ohjeet. Saatavilla 15.3.2020 https://www.dtl.fi/media/dtl_eettisetohjeet_2016.pdf.
- Diakoniatyöntekijöiden liitto (2020). Palasia Diakoniatyöntekijöiden liiton historiasta. Saatavilla 4.1.2020 <https://www.dtl.fi/liitto/liiton-historiaa.html>.
- Direktiivi 2013/55/EU. Ammattipätevyyden tunnustaminen. Saatavilla 15.3.2020 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0055>.
- Ewalds, H., Jansson-Laurén, K., Jantunen, E., Järveläinen, M., Hiedanpää, R., Lappalainen, K., Pakarinen, M. & Toiviainen, P. (1992). *Diakonissan ammattikuva*. Helsinki: Diakoniatyöntekijöiden Liitto.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E.-L. (2015). *Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke*. Helsinki: Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto. Saatavilla 15.3.2020 <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>.
- Gothóni, R. & Jantunen, E. (2010). *Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 15.3.2020 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140757/A_25_ISBN_9789524930895.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
- Henriksson, L. (1998). *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka*. Helsinki: Stakes.
- Henttonen, K. (2002). Diakoniaan kouluttaminen. Teoksessa R. Helosvuori, E. Koskenvesa, P. Niemelä & J. Veikkola (toim.), *Diakonian käsikirja*. Helsinki: Kirjapaja.
- Huhta, I. & Malkavaara, M. (2005). *Suomen Kirkon Sisälähetysseuran historia. Vuodet 1940–2004*. Helsinki: Kirkkopalvelut.
- Jantunen, E. (1987). Diakonissan ammatin tietoperusta. *Diakonia-lehti* 2/1987.
- Kansanaho, E. (1960). *Sisälähetys ja diakonia*. Pieksämäki: Suomen Kirkon Sisälähetysseura.

- Kansanaho, E. (1964). *Suomen Kirkon Sisälähetysseuran historia. Sortavalan aika 1905–1944*. Helsinki: Suomen Kirkon Sisälähetysseura.
- Kirkkohallitus (2009). Työryhmän raportti terveyden edistämisestä diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus. Moniste.
- Kirkkohallitus (2010). Diakonian viranhaltijan ydinosaaminen. Helsinki: Kirkkohallitus. Saatavilla 15.3.2020 <https://evl.fi/documents/1327140/43561565/Diakonian+viranhaltijan+ydinosaaminen/cde09bd1-5b17-f155-dd68-23320fc0251f>.
- Kirkkohallitus (2017). Kirkkohallituksen päätös diakonian virkaan vaadittavista tutkinnoista. Kirkon säädöskokoelma nro 124. Saatavilla 6.8.2020 <https://evl.fi/plus/paatoksenteko/lainsaadanto/kirkon-saadokokoelma/saadoksia-1/nro-124-kirkkohallituksen-paatos-tietuilla-hengellisen-tyon-viranhaltijoilta-vaadittavista-tutkinnoista>
- Kirkkohallitus (2020). Diakonian viranhaltijan ydinosaamiskuvaus. Saatavilla 6.8.2020 <https://evl.fi/plus/koulutus-ja-tyoelama/kirkon-ammattit/kirkon-tyontekijan-ydinosaaminen/ydinosaamiskuvaukset-pdf-muodossa>
- Kotisalo, H. (2003). Diakille omat kirkolliset suuntautumisvaihtoehdot. *Crux* 5/2003.
- Kotisalo, H. (2005). Diakonisen hoitotyön toteutuminen. *Diakonian tutkimus* 1/2005.
- Kotisalo, H. & Rättyä, L. (2014). *Diakonissat terveyden edistäjinä*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 15.3.2020 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140457/B_58_9789524932196.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- L 340/1929. Laki sairaanhoitajattarien koulutuksesta. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1929/19290340>.
- L 932/2014. Ammattikorkeakoululaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20140932>.
- L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- L 1200/2007. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071200>.
- Malkavaara, M. (2007). Suomalaisen diakoniatyön taustat ja nykytilanne. Teoksessa K. Latvus & A. Elenius (toim.). *Auttamisen teologia*. Helsinki: Kirjapaja.
- Mustakallio, H. (2001). *Palvelun poluilla Pohjois-Suomessa. Oulun Diakonissakoti 1896–1916*. Oulu: Oulun diakonissalaitoksen säätiö.
- Myllylä, M. (2004) Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulu: Oulu University Press (Väitöskirja, Oulun yliopisto). Saatavilla <http://urn.fi/urn:isbn:9514273567>
- Möttönen, S. (1994). *Diakoninen hoitotyö diakonissakoulutuksessa*. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Opetusministeriö (2003). Päätös ammattikorkeakoulun koulutusohjelmista. 25.6.2003. Dnro 40/401/2003. Helsinki. Moniste.
- Paaskoski, J. (2017). *Ihmisen arvo. Helsingin Diakonissalaitos 150 vuotta*. Helsinki: Edita.
- Pakarinen, M. (1975). *Seurakuntasisaren ammattikuva*. Lahti: Suomen Kirkon Sisarliitto. Moniste.
- Piispainkokous (1986). Diakonissan koulutusammattin opetussuunnitelma. Seurakuntatyön koulutus. Hyväksytty Piispainkokouksessa 23.9.1986. Moniste.
- Piispainkokous (1996). Ammattikorkeakoulututkinnon hyväksymisperusteet. Piispainkokouksen istunto 13.–14.2.1996. Moniste.
- Piispainkokous (2005). Piispainkokouksen päätös diakonian viran kelpoisuusvaatimukseksi hyväksyttävästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Saatavilla 15.3.2020 <https://evl.fi/plus/paatoksenteko/lainsaadanto/kirkon-saadokokoelma/saadoksia-1/nro-101-piispainkokouksen-paatos-diakonian-viran-kelpoisuusvaatimukseksi-hyvaksttavasta-ammattikorkeakoulututkinnosta>
- Pyykkö, R. (2004). Valtion ja kirkon välissä: ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.), *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus.

- Pyykkö, R. (2011). *Hengellisen ja maallisen rajalla*. Kamppailu seurakuntien diakoniatyöntekijöiden sosiaalisesta ja kulttuurisesta toimialueesta. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Rask, K., Kainulainen, S. & Pasanen, S. (2005). *Koulutuksen antamat valmiudet seurakuntatyöhön*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Rättyä, L. & Kotisalo, H. (2015). Diakonissat terveyden edistäjinä. *Diakonian tutkimus* 2/2015.
- Ryökäs, E. (1991). *Miksi jatkaisin? Tutkimus uusimuotoisesta diakonissakoulutuksesta valmistuvassa olevien sairaanhoitajien näkemänä*. Helsinki: Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön keskus. Monisteita.
- Ryökäs, E. (2000). *Oppiiko diakonian? Vuosina 1986 ja 1987 hyväksytyjen diakonian koulutusohjelmien onnistuneisuus*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Salminen, H. (1999) Ammattikorkeakoulu-uudistuksen ja keskiasteen tutkintouudistuksen yhteneväisyyksiä ja eroja. *Kasvatus. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja* 5 (30).
- Sosiaali- ja terveydenhuollon ja kirkon diakoniatyön yhteistyön edistäminen. (1985). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1985:10. Moniste.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2000). Monisteita 2000: 15.
- Tervonen-Goncalves, L. (2006): Kirkollista terveyden edistämisen diskursssia etsimässä. *Diakonian tutkimus* 1/2006.
- YleSHarviointi (2020). Osaamisvaatimusten muutokset kommenttien perusteella. Blogi. Saatavilla 15.3.2020 <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/07/osaamisvaatimusten-muutokset-kommenttien-perusteella/>

Minna Valtonen ja Satu Kajander-Unkuri

3 DIAKONISSAN KOULUTUS 2020-LUVULLA

Diakonissan kelpoisuus saavutetaan suorittamalla ammattikorkeakoulussa Sairaanhoidaja (AMK), diakoninen hoitotyö -tutkinto. Koulutus on 240 opintopisteen laajuinen kaksoiskelpoisuuden tuottava tutkinto, jonka sisältöä ja tavoitteita säätelevät sekä sairaanhoidajan tutkintovaatimukset että diakonian viranhaltijan kelpoisuusehdot. Opintojen aikana hoitotyön asiantuntijuus ja diakoniatyön asiantuntijuus rakentuvat lomittain.

Diakonissan asiantuntijuus rakentuu monialaisena ja monivaiheisena prosessina

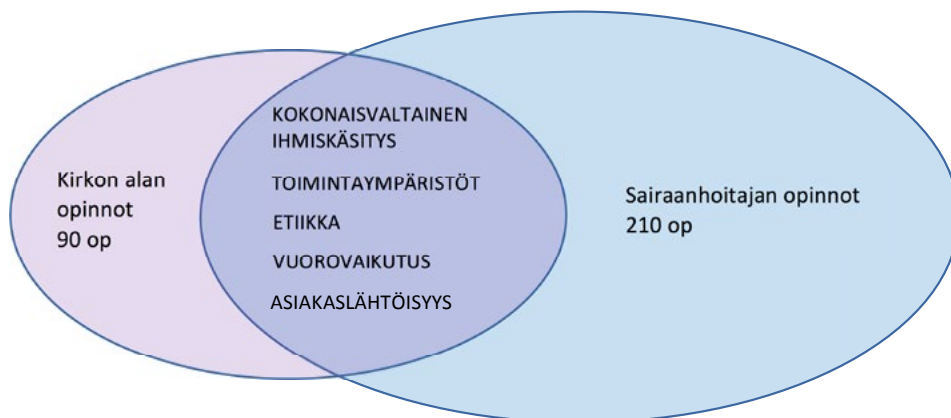
Diakonissalla on kelpoisuus toimia sekä sairaanhoidajana että seurakunnan diakoniatyöntekijänä. Diakonissaksi voi opiskella Diakonia-ammattikorkeakoulussa suorittamalla sairaanhoidaja (AMK) – diakoninen hoitotyö -tutkinnon. Koulutuksen laajuus on 240 opintopistettä eli sen ajallinen kesto on noin neljä vuotta. Diakonissakoulutukseen voi hakea kuka tahansa hakukelpoisuusvaatimukset täyttävä henkilö. Vaikka koulutus tuottaa kelpoisuuden Suomen evankelis-luterilaisen kirkon virkaan, opintoihin hakeutuvalta ei edellytetä kirkon jäsenyyttä. Kirkon jäsenyys on kuitenkin edellytyksenä, jos tutkinnon suoritettuaan haluaa tehdä työtä evankelis-luterilaisessa kirkossa diakonian viranhaltijana ja saada diakonian vihkimyksen.

Sairaanhoidaja-diakonissan koulutusta säätelevät terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskevat lait (L 559/1994 ja L 1200/2007) ja asetus (A 5647/1994), EU-direktiivit (Euroopan komissio 2005 ja 2013) ja kansallisesti sovitut sairaanhoidajakoulutuksen osaamisvaatimukset (yleSHarvointi 2020) sekä kirkon diakonian virkaa koskevat kelpoisuusehdot (Kirkkohallitus 2017).

Diakonissakoulutuksen opetussuunnitelma on laadittu siten, että diakonissan asiantuntijuus rakentuu koko opintojen ajan kestäväksi sairaanhoidajan osaamisen ja kirkollisen, diakonia-alaan liittyvän osaamisen välisenä vuoropuheluna. Osa opinnoista toteutuu integroituina, monialaisina opintojaksoina, osa eriytyvinä,

diakonissan erityisosaamista tuottavina sisältöinä. Sairaanhoidajan identiteetti ja diakonissan identiteetti kehittyvät koulutuksessa rinnakkain jo ensimmäisestä lukukaudesta lähtien.

Kuvio 1 kuvaa opintojen ja keskeisten sisältöjen integroitumisen kokonaisuutta.



KUVIO 1. Sairaanhoidaja-diakonissakoulutus (240 op) rakentuu sairaanhoidajan opinnoista ja kirkon alan opinnoista

Diakonissakoulutuksen opetussuunnitelmaa laadittaessa yhtenä keskeisenä tavoitteena oli luoda mahdollisuuksia opintojen aikana toteutuvaan monialaiseen yhteistyöhön ja kehittää opiskelijoiden valmiuksia asiakaslähtöiseen työskentelyyn sosiaali-, terveys- ja kirkon alan yhdyspinnoilla ja erilaisissa toimintaympäristöissä. Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys ja asiakaslähtöisyys ovat lähtökohtana hoitotyön, sosiaalialan sisältöjen ja kirkon alan teemojen opiskelussa.

Opetussuunnitelmassa on pyritty myös ennakoimaan yhteistyötä edellyttäviä tulevaisuuden tarpeita, jotka liittyvät muun muassa yhteiskunnan palvelujärjestelmän muutokseen, moninaisten ja monikulttuuristen asiakkaiden huomioimiseen, yhdenvertaisuuden edistämiseen sekä digitalisaatioon. Eettinen osaaminen ja arvo-osaaminen sekä vuorovaikutusosaamisen kehittyminen läpäisevät sekä terveysalan että kirkon alan opinnot. Diakin strategian mukaisesti pyrkimyksenä on myös kaikkein heikoimmassa asemassa olevien huomioiminen ja tukeminen.

Koulutuksen tuottamalle laaja-alaiselle osaamiselle ja diakonisen hoitotyön osaamiselle on kysyntää sekä terveys- ja sosiaalialalla että seurakunnissa ja valmistuvat diakonissat työllistyvät hyvin. Vuonna 2019 valmistuneille opiskelijoille tehdyssä AVOP-kyselyssä kysyttiin heidän tilannettaan valmistumisen aikana.

Kyselyyn vastanneista 31 diakonissasta 27 oli töissä ja yksi työttömänä, neljällä oli meneillään muuta, esimerkiksi uusi opiskelu tai perhevapaa. Neljä työllistyi kirkon palvelukseen. Terveys- ja sosiaalipalveluissa arvostetaan erityisesti diakonisojen vuorovaikutusosaamista, katsomustietoisuutta sekä saattohoidon osaamista. (Ammatillisen koulutuksen raportti 2018.) Näyttää siltä, että suuri osa valmistuvista työllistyy ensin terveysalalle ja siirtyy vasta myöhemmin seurakunnan diakoniatyöhön.

Tässä artikkelissa tarkastelemme diakonissakoulutusta ja siinä rakentuvaa asiantuntijuutta edellä todettujen osaamisvaatimusten ja kelpoisuusehtojen näkökulmasta. Tarkastelun painopiste on vuoden 2020 opetussuunnitelmassa. Helena Kotisalo kuvaa diakonissakoulutuksen aiempia vaiheita ja koulutuksen kehittymistä toisaalla tässä julkaisussa.

Sairaanhoitajan ydinosaamisen osaamisvaatimukset osana diakonissakoulutusta

Euroopan unionin (EU) sairaanhoitajakoulutusta sääntelevää direktiiviä, 2005/36/EY, uudistettiin vuonna 2013. Uudistetussa direktiivissä (2013/55/EU) määriteltiin ensimmäistä kertaa yleissairaanhoitajan kahdeksan osaamisvaatimusta. Kaikkien EU:n jäsenvaltioiden piti saattaa nämä osaamisvaatimukset osaksi sairaanhoitajakoulutusta siten, että vuoden 2016 jälkeen valmistuneet täyttävät valmistuessaan nämä osaamisvaatimukset. (Kajander-Unkuri 2015.)

Vuonna 2018 alkoi opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama kärkihanke, jonka tarkoituksena on tuottaa Suomeen yhtenäiset osaamisen arviointimenetelmät sairaanhoitajakoulutukseen, jotta osaamisen tasalaatuisuus pystytään varmistamaan. Hankkeen alussa päivitettiin sairaanhoitajan osaamisvaatimukset vuosille 2020–2030. Päivityksessä hyödynnettiin laajaa asiantuntijapaneelia, joka arvioi tuotettujen osaamisvaatimusten soveltuvuutta sairaanhoitajaopiskelijalle, joka on suorittanut tutkinnostaan yleissairaanhoitajan osuuden eli 180 opintopistettä. Päivitetyt osaamisvaatimukset julkaistiin tammikuussa 2019 ja niitä täydennettiin lokakuussa 2019.

Osaamisvaatimuksia on 113 ja ne jakautuvat 13 osaamiskategoriaan: 1) ammatillisuus ja eettisyys, 2) asiakaslähtöisyys, 3) kommunikointi ja moniammatillisuus, 4) terveyden edistäminen, 5) johtaminen ja työntekijyysosaaminen, 6) informaatioteknologia ja kirjaaminen, 7) ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen, 8) kliininen hoitotyö, 9) näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko, 10) yrittäjäyys ja kehittämi-

nen, 11) laadun varmistus, 12) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja 13) potilas- ja asiakasturvallisuus. (yleSHarvointi 2020.)

Nämä osaamisvaatimukset huomioitiin Diakissa vuoden 2020 opetussuunnitelman (OPS2020) päivityksessä. Tammikuusta 2020 lähtien diakonissa-opiskelijat ovat opiskelleet tämän opetussuunnitelman mukaisesti. Päivitetystä opetussuunnitelmassa klinisen harjoittelun määrää lisättiin aiempaan verrattuna (Diak 2020).

Diakonian virkaa koskevat kelpoisuusehdot sekä diakonian viranhaltijan ydinosaamiskuvaus

Kirkkohallituksen linjauksen mukaisesti diakonian viranhaltijan kelpoisuuden tuovat opinnot sisältävät vähintään 20 opintopistettä teologisia opintoja, 40 opintopistettä diakonia-alan ammattiopintoja, 15 opintopistettä diakonia-alan harjoittelua sekä 15 opintopisteen laajuisen opinnäytetyön. (Kirkkohallitus 2017.) Kirkollisten opintojen kokonaislaajuus on sama kuin Diakissa tarjolla olevissa sionomin tutkintoon liittyvissä kirkollisissa koulutuksissa eli diakonin, nuorisotyönohjaajan ja varhaiskasvatuksen ohjaajan koulutuksissa.

Diakonissakoulutuksen sisältöön ja toteutukseen vaikuttaa myös diakonian viranhaltijan ydinosaamiskuvaus, jonka uudistustyö oli loppuvaiheessa tämän artikkelin kirjoittamisen aikana. Kirkon koulutuskeskus käynnisti kaikkia kirkon hengellisen työn virkoja koskevien ydinosaamiskuvausten päivittämisen vuonna 2018. (Ammatillisen koulutuksen raportti 2018, 21.) Ydinosaamiskuvauksia on työstetty kirkkohallituksen nimeämässä kirkollisen koulutuksen seurantaryhmissä, joissa on edustajat seurakunnista ja keskeisistä järjestöistä sekä kouluttavista tahoista. Tämä prosessi saatiin päätökseen ja uudet ydinosaamiskuvaukset valmistuivat keväällä 2020, mutta tämän artikkelin kirjoittamisen aikaan ne olivat vasta menossa kirkkohallituksen täysistunnon hyväksyttäväksi. Koska Diakin edustajat ovat olleet mukana ydinosaamiskuvausten laatimisessa, prosessissa karttunutta tietoa on ollut mahdollista hyödyntää uusimman opetussuunnitelman tekemisessä.

Kirkon ammattien ydinosaamiskuvaukset ovat kaksiosaisia. Ne kuvaavat kirkon kaikkien hengellisen työn ammattien yhteistä ydinosaamista sekä kunkin ammattialan erityisosaamista. Kirkon ammattien yhteinen ydinosaaminen sisältää neljä osa-aluetta, jotka on otsikoitu seuraavasti: 1) Vuorovaikutusosaaminen, 2) Teologinen ja arvo-osaaminen, 3) Toimintaympäristö- ja yhteisöosaaminen sekä 4) Työelämä- ja kehittämisosaaminen. (Kirkkohallitus 2020b.)

Vuorovaikutusosaamisessa painotetaan työntekijän kykyä läsnäoloon ja kiinnostusta toisesta ihmisestä. Vuorovaikutusosaaminen merkitsee, että työntekijä osaa hyödyntää monipuolisesti dialogisuuden, viestinnän sekä ohjaamisen osaamistaan. Digitaalisen viestinnän osaamista painotetaan ydinosaamiskuvauksessa vielä erikseen. (Kirkkohallitus 2020b.)

Teologinen ja arvo-osaaminen tarkoittavat työntekijän tietoa kristillisestä ja luterilaisesta teologiasta sekä kykyä tulkita sitä ja tahtoa sitoutua kirkon arvoihin ja niiden mukaiseen toimintaan. Arvo-osaamisen lähtökohtana on kyky asettua toisen asemaan ja tunnistaa elämän monimuotoisuutta sekä jokaisen ihmisen arvo ja ainutlaatuisuus. Ydinosaamista on myös taito huomioida ihmisten erilaiset kulttuuriset taustat ja kohdata kunnioittavasti muiden uskontojen ja katsomusten edustajia. (Kirkkohallitus 2020b.)

Toimintaympäristö- ja yhteisöosaaminen sisältävät muun muassa kestävästä kehityksen, vaikuttamistoiminnan sekä verkosto-osaamisen teemat. Seurakunnissa tehtävä työ perustuu luottamukselle, kumppanuudelle ja yhteistyölle eri organisaatioiden, yhteisöjen ja verkostojen kanssa. Työelämä- ja kehittämisosaamisen kuvauksessa korostuu seurakuntien hallinnon ja päätöksentekojärjestelmän ymmärtäminen, muutostilanteissa toimiminen sekä prosesseihin liittyvä osaaminen. (Kirkkohallitus 2020b.)

Diakonian viranhaltijan asiantuntijuutta on erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten, perheiden ja yhteisöjen kohtaaminen ja tukeminen. Keskeistä työssä on hädässä olevien ja haavoittuvassa asemassa elävien ihmisten kokonaisvaltainen tukeminen ja auttaminen, luovuttamattoman ihmisarvon puolustaminen ja vaikuttaminen yksilöiden ja yhteisöjen elinolosuhteiden sekä terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi. (Kirkkohallitus 2020a.)

Diakonissakoulutuksen opetussuunnitelmassa on huomioitu sekä edellä todetut kelpoisuusehtojen sisältämät kriteerit että diakonian viranhaltijan ydinosaaminen.

Kirkollisten opintojen 90 opintopisteen laajuinen kokonaisuus toteutuu Diakissa osittain yhdessä kaikkien Diakin sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijaryhmien kanssa, osittain yhdessä muiden Diakin kirkollisten koulutusten kanssa, osittain integroituna yleissairaanhoidon opintoihin ja osittain täysin eriytyneinä. Kirkollisten opintojen kokonaisuus on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Sairaanhoidaja-diakonissakoulutuksen kirkolliset opinnot vuonna 2020 käynnistyneen opetussuunnitelman mukaisesti

Sairaanhoidaja-diakonissakoulutuksen kirkolliset opinnot 90 op		
Diakonia-alan ammattiopinnot (yht. vähintään 40 op)		
Opintojakso ja ydinsisällöt	Laajuus	Toteutustapa
Diakonian ja kristillisen kasvatuksen ammatilliset lähtökohdat	5 op	<ul style="list-style-type: none"> • 2 op integroituna sosiaali- ja terveysalan koulutuksiin sisältyvään Sosiaali-, terveys- ja kirkon alan etiikka ja ammatillisuus -jaksoon (4 op); • 2 op integroituna sairaanhoitajien Hoitosuhde, moninaiset ja monikulttuuriset asiakkaat -opintojaksoon (3 op); • 1 op integroituna sosiaali- ja terveysalan koulutuksiin sisältyvään Ihmisen kasvu ja kehitys -opintojaksoon (3 op)
Seurakunta toimintaympäristönä	5 op	Yhdessä Diakin muiden kirkollisten koulutusten kanssa
Vanhuus	2 op	Yhdessä Diakin sosiaali- ja terveysalan koulutusten kanssa
Palliativinen ja hengellinen hoitotyö	5 op	Yhdessä sairaanhoitajakoulutuksen kanssa
Mielenterveys ja päihteet	4 op	Yhdessä Diakin sosiaali- ja terveysalan koulutusten kanssa
Diakonissan asiantuntijuus hoitotyössä	4 op	Eriytyvä opintojakso
Diakoniatyön asiantuntijuus <ul style="list-style-type: none"> • Auttamisen teologia ja diakonisen yhteisön rakentaminen 5 op • Diakoniatyön menetelmät ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen 5 op 	10 op	Toteutuu yhdessä Diakin sosionomi-diakoniaopiskelijaryhmän kanssa
Seurakuntatyön kehittäminen	5 op	Toteutuu yhdessä Diakin muiden kirkollisten koulutusten kanssa
Teologiset opinnot (yht. 20 op)		
Diakonian ja kasvatuksen teologiset lähtökohdat I	5 op	Toteutuu yhdessä Diakin muiden kirkollisten koulutusten kanssa
Diakonian ja kasvatuksen teologiset lähtökohdat II	5 op	Toteutuu yhdessä Diakin muiden kirkollisten koulutusten kanssa
Kirkon monikulttuurisuustyö ja kansainvälinen vastuu	5 op	Toteutuu yhdessä Diakin muiden kirkollisten koulutusten kanssa
Ajankohtaisia kristinuskon tulkintoja	5 op	Toteutuu yhdessä Diakin muiden kirkollisten koulutusten kanssa
Diakonia-alan päätoiminen harjoittelu (yht. 15 op, josta 12 op Suomen ev.lut. kirkon paikallisseurakunnassa)		
Seurakunnan diakoniatyöhön tutustuminen	2 op	Harjoittelu toteutuu Suomen ev.lut. kirkon paikallisseurakunnassa.
Diakonisen hoitotyön asiantuntijuus -harjoittelu	15 op / 3 op	Harjoittelu toteutetaan sairaalaympäristössä. Siitä 3 op lasketaan kirkollisen kelpoisuuden tuovaksi harjoitteluksi.
Diakoniatyön harjoittelu	10 op	Harjoittelu toteutuu Suomen ev.lut. kirkon paikallisseurakunnassa. Harjoittelusta 6 op luetaan yleissairaanhoidon harjoitteluksi.

Diakonian alan opinnäytetyö (15 op)		
Kehittämis- ja innovaatiotoiminta I	3 op	Yhdessä Diakin sosiaali- ja terveysalan koulutusten kanssa
Kehittämis- ja innovaatiotoiminta II	2 op	Yhdessä Diakin sosiaali- ja terveysalan koulutusten kanssa
Kehittämis- ja innovaatiotoiminta III	5 op	Yhdessä Diakin sosiaali- ja terveysalan koulutusten kanssa
Kehittämis- ja innovaatiotoiminta IV	5 op	Yhdessä Diakin sosiaali- ja terveysalan koulutusten kanssa

Teologiset opinnot ja kirkon alan yhteiset ammattiopinnot

Kaikki teologiset opinnot sekä suurin osa diakonissakoulutuksen kirkollisista ammatillisista opinnoista opiskellaan Diakissa monialaisessa kirkon alan opiskelijaryhmässä. Jos monialaisessa ryhmässä ovat edustettuina kaikki Diakin kirkolliset koulutukset, paikalla ovat diakonissojen lisäksi diakonit, nuorisotyönohjaajat ja varhaiskasvatuksen ohjaajat. Näiden kirkon alan yhteisten teologisten opintojen ja ammattiopintojen sisällöt painottavat ydinosaamiskuvausten kaikille kirkon ammateille yhteisiä teemoja.

Teologiset opinnot käynnistyvät Diakonian ja kristillisen kasvatuksen teologiset lähtökohdat -opinnoilla, jotka toteutuvat kahdessa jaksossa. Ensimmäisessä opintojaksossa opiskelijat tutustuvat Raamatun kirjakokoelman syntyvaiheisiin, varhaisen kirkon historiaan ja teologiaan sekä Uuden testamentin sisältöön. Lisäksi pohditaan uskon ja tieteellisen tiedon välistä suhdetta, hengellisyyttä ja hartauselämää. Parhaimmillaan syntyy diakoniaan ja diakoniseen hoitotyöhön liittyviä oivalluksia, esimerkiksi että diakonisen hoitotyön eetos juontuu jo varhaisten kristittyjen tavasta kohdata heikoimmassa asemassa olevia ja huolehtia heistä. (Diak 2020, 18.) Toisessa opintojaksossa opiskellaan Vanhan testamentin syntyä ja sisältöä, reformaation historiaa ja teologiaa sekä jumalanpalveluksen teologiaa ja toteuttamista. Ideana näissäkin on diakoniatyön ja kirkon kasvatustyön juurien tarkastelu. (Diak 2020, 30.)

Opintojen loppupuolelle sijoittuva Kirkon monikulttuurisuusustyö ja kansainvälinen vastuu -opintojakso avaa näköaloja kirkon kansainväliseen diakoniaan, lähettykseen ja ekumeeniseen yhteistyöhön ja rakentaa valmiuksia uskontoteologiaan ja uskontodialogiin. Opintojaksossa käsitellään myös uuden ajan kirkkohistoriaa sekä kontekstuaalista raamatuntulkintaa. Sisällöt ja toteutustavat antavat valmiuksia erilaisten katsomusten kohtaamiseen ja rakentavaan keskusteluun. (Diak 2020, 36.)

Ajankohtaisia kristinuskon tulkintoja -opintojakso on yleensä diakonissakoulutuksen viimeisiä opintojaksoja. Siinä luodaan silmäys Suomen kirkon lähihistoriaan sekä perehdytään kirkkoa koskevaan ajankohtaiseen keskusteluun sekä uskonnollisuuden muutokseen. Tähän jaksoon sisältyy myös kutsumuksen ja kirkon työntekijänä toimimisen reflektointi, jossa on mahdollisuus koota yhteen opintojen aikana muodostunutta käsitystä kirkon työstä ja omasta diakonissan identiteetistä. (Diak 2020, 40.)

Teologiset opinnot sisältävät sellaisia teologisen ja arvo-osaamisen teemoja, jotka ydinosaamiskuvauksessa kuuluvat kirkon ammattien yhteiseen osaamiseen. Tämän vuoksi on tärkeää, että kirkon alan opiskelijat opiskelevat niitä yhdessä. Jotta opiskelijoilla olisi mahdollisuus vielä syventää vielä omaan ammattialaansa liittyvää teologista ajattelua, on myös kirkon alan ammatillisiin opintoihin sisällytetty teologiaa. Diakonissaopiskelijoilla tämä on sisällytetty jaksoihin Diakonia-työn asiantuntijuus ja Diakonissan asiantuntijuus hoitotyössä, joissa opiskelijat muodostavat omaa auttamisen teologiaansa. (Diak 2020, 32–33.)

Kirkon alan yhteiset *amatilliset opinnot* alkavat jo ensimmäisen lukukauden aikana. Diakonissakoulutuksen ensimmäiset ammatilliset opinnot (Diakonian ja kristillisen kasvatuksen ammatilliset lähtökohdat) toteutuvat integroituina muihin sote-alan opintojaksoihin. (Diak 2020, 4–5.) Ideana on, että ymmärrys diakonissan ammatista muodostuu suhteessa muihin sote-alan ammatteihin koskevaan tietoon. Opiskelija saa käsityksen diakonia-työn sekä kristillisen kasvatuksen ammatillisista lähtökohdista, kuten ammattien historiasta, tiedeperustasta ja etiikasta.

Seurakunta toimintaympäristönä -opintojaksossa kirkon alan opiskelijat rakentavat yhdessä käsitystään paikallisseurakunnan kokonaisuudesta ja seurakunnan työssä tarvittavasta osaamisesta. Toteutuksissa opiskelijat usein tutustuvat oman alueensa seurakuntaan ja käyvät esimerkiksi havainnoimassa erilaisia tapahtumia. Opintojakso antaa alkusysäyksen sielunhoidon, rippikoulutyön osaamiselle, perhelähtöisen työtteen kehittymiselle sekä saavutettavuutta ja yhdenvertaisuutta tukevalle osaamiselle. (Diak 2020, 7.)

Myöhemmin yhteiset ammatilliset opinnot jatkuvat jaksolla Seurakuntatyön kehittäminen, jossa perehdytään seurakunnan organisaatioon ja hallintoon ja niitä ohjaaviin lakeihin ja linjauksiin. Opintojaksossa pohditaan myös johtamista ja työyhteisötaitoja sekä seurakunnan viestintää. (Diak 2020, 38.)

Diakonissan opetussuunnitelmassa kirkollisen kelpoisuuden tuottavina ammattiopintoihin luetaan myös opintojaksot Vanhuus sekä Mielen terveys- ja päihdetyö. Nämä jaksot sisältyvät myös sairaanhoitajakoulutuksen ja sosionomi-

koulutuksen opintoihin ja toteutuvat moniammatillisissa ryhmissä. (Diak 2020, 18, 24.) Diakoniatyön näkökulmasta on erityisen tärkeää tietää, millaisia mahdollisuuksia vanhusten sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien parissa työskentelevillä ammattilaisilla on verkostoitua ja tehdä yhteistyötä.

Diakonissan erityisosaamista tuottavat teoriaopinnot

Kirkollisiin ammattiopintoihin luetaan myös opintojakso Palliatiivinen ja hengellinen hoitotyö, joka on yhteinen kaikille sairaanhoitajakoulutuksessa opiskeleville. Opintojakson sisällöissä on huomioitu Palliatiivisen hoidon koulutuksen kehittämishankkeessa (EduPal) laaditut perusopetuksen sisältöjä ja tavoitteita koskevat suositukset. (Hökkä 2020.) Sairaanhoitajan osaamista on valmius parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä kohtaamiseen, surun ja kuoleman kohtaamiseen sekä eksistentiaalisten ja hengellisten kysymysten käsittelemiseen. (Diak 2020, 22.) Näiden teemojen käsittely syvenee myöhemmin diakonisen hoitotyön ja diakoniatyön teoriaopinnoissa sekä niihin liittyvissä harjoitteluissa.

Diakonissan erityisosaaminen rakentuu vähitellen koko opintojen aikana, mutta diakonisen hoitotyön ja diakoniatyön erityisosaaminen laajenevat ja vahvistuvat niille varatuissa opintojaksoissa. Diakonissan asiantuntijuus hoitotyössä -opintojakson sisällöissä kiteytyvät aiemmin opinnoissa käsitellyt teemat kuten huono-osaisuus ja erityistä tukea aiheuttavat elämäntilanteet, moniammatillinen yhteistyö, oma hengellisyys ja kutsumus, terveyden edistäminen ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen, ammattietiikka sekä diakonisen hoitotyön menetelmät sairaalaympäristössä. (Diak 2020, 32–33.)

Opintojaksossa Diakoniatyön asiantuntijuus keskitytään seurakunnan diakoniatyön sisältöihin ja se jakautuu kahteen kokonaisuuteen: Auttamisen teologia ja diakonisen yhteisön rakentaminen sekä Diakoniatyön menetelmät ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Jo aiemmin kuvatun teologisen pohdinnan lisäksi tässä opintojaksossa muodostetaan kokonaiskuva diakoniatyön tavoitteista, organisoitumisesta ja työmuodoista. Opiskelijat saavat tuntumaa diakoniakasvatukseen, rippikoulutyöhön sekä diakoniavastuun toteuttamiseen seurakunnassa. He saavat valmiuksia yhteisöllisyyden, osallisuuden ja vapaaehtoistoiminnan kehittämiseen. Jumalanpalveluksen ja hartauselämän opiskeleminen sisältyy myös tähän opintojaksoon. (Diak 2020, 36–37.)

Diakoniatyön menetelmien opiskelussa keskeisiä ovat asiakaslähtöiset, voimavaraistavat ja osallisuutta tukevat menetelmät. Opiskelijat perehtyvät yksilöiden,

perheiden ja ryhmien toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia edistävään ohjaukseen. Surun ja kuoleman kohtaaminen sekä sielunhoidon menetelmät kuuluvat myös tämän jakson sisältöihin. (Diak 2020, 36–37.)

Yhteiskunnallisen vaikuttamisen teemoja käsitellään tässä jaksossa diakonian näkökulmasta. Opiskelijat analysoivat diakoniatyön roolia yhteiskunnan palvelujärjestelmässä ja diakoniatyöntekijän roolia moniammatillisissa verkostoissa. Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen kysymykset ja niiden esillä pitäminen ja vaikuttamistoiminta ovat jakson keskeistä sisältöä. (Diak 2020, 36–37.)

Diakonissakoulutuksessa valmistuvan *opinnäytetyön* tulee osoittaa sekä hoitotyön että diakonia-alan osaamista ja asiantuntijuutta. Opinnäytetyön laajuus on 15 opintopistettä ja sitä tehdään yleensä usean lukukauden aikana Kehittämisen ja innovaatiotoiminnan opintojaksoissa. (Diak 2020, 26, 31, 34, 40.) Opinnäytetyön tekemistä tukeva opetus ja seminaarityöskentelyt ovat monialaisia ja opinnäytetyöt tehdään useimmiten pari- tai tiimityönä.

Diakista valmistuvat opinnäytetyöt voivat olla tutkimuksia, produktioita tai kehittämishankkeita ja ne toteutuvat yhteistyössä työelämäkumppaneiden kanssa. Diakonia-alan opinnäytetöiden työelämäkumppaneita voivat olla seurakunnat, kristilliset järjestöt sekä sosiaali- ja terveysalan toimijat. Thitz (2018) kartoitti vuoden 2017 aikana tehtyjä diakonia-alan opinnäytetöitä, joista 18 oli valmistunut diakonissakoulutuksessa. Diakonissaopiskelijoiden opinnäytetöiden aiheet liittyivät monikulttuurisuuteen (3), diakoniatyön erityisryhmiin (3), ikääntyneisiin (3), terveyden edistämiseen (3), lapsiin, nuoriin ja perheisiin (2), diakoniatyön vapaaehtoiisiin tai yhteistyökysymyksiin (1), diakoniatyön taloudelliseen auttamiseen (1), sekä diakonissaopiskelijoiden ammatilliseen identiteettiin ja sen kehittymiseen kansainvälisen vaihdon aikana (2). (Thitz 2018, 79–81.)

Diakonissan ydinosaamista rakentavat harjoittelut

Sairaanhoitaja-diakonissaopiskelijat harjoittelevat opintojensa aikana sekä sairaanhoitajatutkinnon (90 op) että kirkollisen kelpoisuuden (12 op) vaativat harjoittelumäärät. Osa harjoitteluista on integroitu siten, että opiskelija suorittaa harjoitteluaan seurakunnassa, mutta harjoittelee myös sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen kuuluvia hoitotyön taitoja. Ohjaajana toimii integroiduissa harjoitteluissa sairaanhoitaja-diakonissa, joka on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. (Diak 2020, 37–38.)

Opiskelija harjoittelee yleissairaanhoidon tehtäviä diakoniatyön vastaanotoilla, kotikäynneillä asiakkaiden luona sekä erilaisessa ryhmätoiminnassa. Hän hoi-

taa tehtäviä sairaanhoitaja-diakonissan ohjauksessa sekä yhteistyössä seurakunnan muiden diakoniatyöntekijöiden kanssa osana moniammatillista työryhmää. Osana harjoitteluaan hän toimii aktiivisesti erilaisissa terveysalan ja moniammatillisissa yhteistyöverkostoissa paikallisten sote-alan toimijoiden kanssa (esim. mielenterveys- ja päihdetyön toimijat, kotihoito, saattohoito, sairaalat, palvelutalot). Kotikäynneillä opiskelijat tapaavat ihmisiä erityisen haastavissa elämäntilanteissa. He voivat tehdä hoidon tarpeen arviointia ja ohjata asiakasta muiden terveyspalveluiden piiriin. Käynnteihin voi liittyä myös lääkehoidon tukemista ja arviointia sekä omahoidon ohjausta ja hoitoon sitoutumisen tukemista sekä erilaisia hoidollisia toimenpiteitä, esimerkiksi verenpaineen mittausta. (Diak 2020, 37–38.)

Seurakunnan diakoniatyön keskeistä asiakaskuntaa ovat mielenterveyskuntoutajat ja päihderiippuvuuksista kärsivät henkilöt, vanhukset (joilla on usein hyvin monenlaisia terveyteen liittyviä ongelmia), työttömät, perheet, omaishoitajat, vammaiset, asunnottomat, maahanmuuttajat tai muulla tavoin yhteiskunnassa heikoimmassa asemassa olevat henkilöt. Heistä monet ovat pudonneet yhteiskunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden aukkokohtiin ja hakevat apua seurakunnan diakoniatyöntekijöiltä. Diakoniatyön vuositilastojen mukaan valtaosa asiakastapaamisista liittyy terveyden ja sairauden kysymyksiin. Seurakunta on monelle matalan kynnyksen paikka saada apua terveysongelmiin. Sairaanhoitaja-diakonissat ja harjoittelijat heidän ohjauksessaan toimivat itsehoidon sekä palvelujärjestelmän tarjoaman hoidon täydentäjinä. Sairaanhoitaja-diakonissa kykenee tunnistamaan terveysriskejä ja edistämään terveyttä. Kuten monessa mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelupaikassa, seurakunnassa korostuvat vuorovaikutus- ja ohjaustaidot, motivoiva haastattelu, voimavarakeskeinen työskentelyote sekä erilaiset henkisen tuen menetelmät keskeisinä hoitamisen välineinä. (Diak 2020, 37–38.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa kasvaa koko ajan moniammatillisen yhteistyön merkitys. Seurakunnan diakoniatyöntekijät toimivat sekä sosiaali- että terveysalan ammattilaisten kanssa tiiviissä yhteistyössä. Sairaanhoitaja-diakonissat tuovat toimintaan terveysalan näkökulman ja osaamisen. He pystyvät arvioimaan kokonaisvaltaisesti asiakkaiden tilannetta ottaen huomioon terveyteen liittyvät asiat ja tarvittaessa antamaan kliinistä apua sekä palveluohjausta. Yhteistyötä tehdään tiiviisti kunnan ja alueen sote-alan toimijoiden kanssa. Harjoittelu antaa hyvät valmiudet toimia terveysalan asiantuntijana esimerkiksi sote-keskuksissa.

Diakoniatyöntekijät toimivat myös henkisen huollon (HeHu) ryhmissä osana paikallista kriisipäivystystä. Opiskelijat voivat osallistua tähän osana harjoitteluaan.

Sairaanhoidaja-diakonissat saavat koulutuksessaan vahvan kliinisen osaamisen lisäksi erinomaiset valmiudet potilaiden kohtaamiseen myös erityisen haastavissa tilanteissa ja kriittisesti sairaiden ja kuolevien potilaiden kanssa.

Diakonissakoulutuksen tulevaisuuden kysymyksiä

Diakonissakoulutuksen tarpeellisuudesta ja diakonissojen työllistymisestä on ollut aika ajoin keskustelua, jota on sävyttänyt epäily siitä, tarvitaanko diakonissojen osaamista jatkossa, koska valmistumisen jälkeen vain pieni osa heistä työllistyy kirkkoon.

Yhteiskunnassa meneillään olevat muutokset sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä, väestön ikääntymisestä seuraava terveystalouden työvoimatarpeen kasvaminen, palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen tarpeen kasvaminen sekä monikulttuurisuuteen ja moninaisuuteen ja katsomusosaamiseen liittyvän osaamisen tarve tekevät kuitenkin epäilyt turhiksi. Ihmisarvoa kunnioittavan, eettisen osaamisen ja arvostavan, kokonaisvaltaisen kohtaamisen osaaminen on diakonissojen ammattitaitoa, joka erityisesti digitalisaation edetessä on yhä merkityksellisempää. Diakonian tehtävänä on myös toimia niiden ihmisten puolestapuhujana, jotka palveluiden digitalisoituessa uhkaavat syrjäytyä.

Kirkon diakoniatyössä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulma näyttää nousevan yhä tärkeämmäksi. Diakonian vuositilastoissa terveyden ja sairauden kysymykset ovat olleet tavallisimpia kohtaamisen aiheita useiden vuosien ajan. (Gävert 2016, 25–26.) Diakonissojen hoitotyön asiantuntijuutta voisi hyödyntää entistä monipuolisemmin esimerkiksi niissä paikallisissa sosiaali- ja terveystalouden yhteistyöhankkeissa, joissa seurakunnat ovat mukana. Lea Rättyä ja Helena Kotisalo käsittelevät omassa artikkelissaan syvällisemmin terveyden edistämistä diakoniatyössä.

Jatkossa onkin pohdittava, kuinka paljon ja missä diakonissoja koulutetaan. On tärkeää, että diakonissoja voitaisiin kouluttaa siellä, missä heidän osaamiselleen on tarvetta. Aiemmin pistemäisiä koulutustoteutuksia on ollut muun muassa Lapualla vuosina 2014–2015 ja Ivalossa 2015–2018. Lapualla oli kysymys sairaanhoitajien muuntokoulutuksesta, jossa hakijoilta edellytettiin opistotasoinen sairaanhoitajan tutkinto. Koulutus toteutui Diakin ja Lapuan hiippakunnan sekä Lapuan kristillisen opiston välisenä yhteistyönä. Ivalossa toteutettiin koko diakonissan tutkintoon johtava koulutus. Se suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä Saamelaisalueen koulutuskeskuksen kanssa ja sen tukena oli ESR-rahoitteinen hanke Sairaanhoidaja-diakonissakoulutus saamelaisalueella. (Ervelius, Mertanemi & Näkkäläjärvi 2018, 14–15.)

Myös jatko-opintojen polkua tulisi sujuvoittaa siten, että diakonissaksi valmistuneella olisi mahdollisuus jatkaa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon lisäksi joustavammin suoraan myös yliopistojen maisteriohjelmiin. Monialainen diakonissakoulutus luo hyvän pohjan jatko-opinnoille, mutta koulutuksen tuottaman osaamisen tunnistamisessa ja tunnustamisessa on vielä tehtävää.

Vuoteen 2020 saakka diakonissaksi on valmistunut vain tutkintoon johtavan koulutuksen kautta. Kesällä 2020 meneillään oli kuitenkin muutosvaihe: Kirkkohallituksen täysistunnon syyskuun kokouksen päätettäväksi lähti esitys, jonka mukaan diakonissaksi voi päteväytyä myös täydentämällä aiempi sairaanhoitajan tutkinto avoimessa ammattikorkeakoulussa suoritettavilla kirkkollisilla opinnoilla. Uudistus tulee helpottamaan diakonissaksi päteväytymistä niiden sairaanhoitajiksi valmistuneiden osalta, jotka kiinnostuvat diakonissan työstä ja urasta vasta sairaanhoitajaksi valmistumisen jälkeen.

Tämän artikkelin kirjoittamisen aikaan ilmeni, että Opetus- ja kulttuuriministeriössä (OKM) on virinnyt huoli koulutuksen uskottavuudesta, sillä yleissairaanhoidajaopintoihin integroitu kirkollinen sisältö on suhteellisen laaja (30 op). Neuvotteluja diakonissakoulutuksen toteutuksesta käytiinkin OKM:n ja Diakin kesken kesästä 2019 lähtien ja myöhemmin mukaan liittyivät myös Kirkkohallituksen asiantuntijat. OKM toivoi, että kirkolliseen kelpoisuuteen vaadittavaa opintopistemäärää vähennettäisiin. Kirkkohallituksessa valmisteltiinkin syyskuun täysistuntoon esitys, jonka mukaan diakonissan kelpoisuuteen vaadittava kirkollisten opintojen määrä vähenee yhdeksästäkymmenestä opintopisteestä kuuteenkymmeneen.

Vähennykset kohdistuvat ammatillisiin opintoihin ja opinnäytetyöhön. Jatkossa esimerkiksi Palliatiivinen ja hengellinen hoitotyö -opintojaksoa ei lasketa kirkollista kelpoisuutta tuottavaksi. Sen sijaan diakonian asiantuntijuusopinnot, seurakuntaharjoittelu ja teologiset opinnot säilyivät aiempien kelpoisuusehtojen mukaisina.

Kaiken kaikkiaan muutos vahvistanee diakonissakoulutuksen asemaa. Jatkossa koulutuksessa on selkeämmin erotettavissa yleissairaanhoidajan osaamisen tuovat 180 opintopisteen laajuiset sisällöt ja kirkolliseen asiantuntijuuteen liittyvä 60 opintopisteen osuus. Diakin tavoitteena on kuitenkin edelleen varmistaa, että diakonisen hoitotyön asiantuntijuus on jatkossakin esillä opinnäytetyön tekemisessä sekä tietyissä kaikille terveysalan opiskelijoille suunnatuissa opintojaksoissa.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- A 564/1994. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>
- Ammatillisen koulutuksen raportti. (2018). Helsinki: Kirkkohallitus. Saatavilla <https://evl.fi/plus/koulutus-ja-tyoelama/koulutuksen-seuranta/koulutuksen-tyoryhmat>
- Diak (2020). Sairaanhoidtaja (AMK) -diakonissa. Opetussuunnitelma 2020. Saatavilla: https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2020/01/Diak_OPS_2019_Sairaanhoidtaja_diakoninen_hoito-tyo_2020_web.pdf
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E.-L. 2015. *Sairaanhoidtajan ammatillinen osaaminen – sairaanhoidtajakoulutuksen tulevaisuus -hanke*. Helsinki: Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidtajaliitto.
- Ervelius, T., Mertaniemi, E. & Näkkäläjärvi, T.-M. (2018). Malli saamelaiskulttuurisensitiivisen hoito- ja diakoniatyön opetuksesta. Teoksessa T. Ervelius (toim.), *Sairaanhoidtaja-diakonissakoulutus saamelaisalueella*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Euroopan Komissio (2005). *Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY ammattipätevyys-tunnuistamisesta*. Saatavilla: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=BG>
- Euroopan Komissio (2013). *Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU ammattipätevyys-tunnuistamisesta annetun direktiivin 2005/36/EY ja ballinnollisesta yhteistyöstä sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmässä annetun asetuksen (EU) N:o 1024/2012 (IMI-asetus) muuttamisesta*. Saatavilla: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=fi>
- Hökkä M. (2020). *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen sairaanhoidtajan tutkinnossa: suositus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetussuunnitelmasta*. (Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja b. raportteja ja selvityksiä). Kajaani: Kajaanin Ammattikorkeakoulu Oy.
- Kirkkohallitus (2010). *Diakonian viranhaltijan ydinosaaminen*. Saatavilla: <https://evl.fi/documents/1327140/43561565/Diakonian+viranhaltijan+ydinosaaminen/cde09bd1-5b17-f155-dd68-23320fc0251f>
- Kirkkohallitus (2017). *Kirkkohallituksen päätös tietyiltä hengellisen työn viranhaltijoilta vaadittavista tutkinnoista. Kirkon säädöskokoelma nro 124*. Saatavilla 6.8.2020 <https://evl.fi/plus/paatoskentekol/lainsaadanto/kirkon-saadoskokoelma/saadoksia-1/nro-124-kirkkohallituksen-paatos-tietyilta-hengellisen-tyon-viranhaltijoilta-vaadittavista-tutkinnoista>
- Kirkkohallitus (2020a) *Diakonian viranhaltijan ydinosaamiskuvaus*. Saatavilla 6.8.2020 <https://evl.fi/plus/koulutus-ja-tyoelama/kirkon-ammattit/kirkon-tyontekijan-ydinosaaminen/ydinosaamiskuvaukset-pdf-muodossa>
- Kirkkohallitus (2020b). *Kirkon ammattien yhteinen ydinosaamiskuvaus*. Saatavilla 6.8.2020 <https://evl.fi/plus/koulutus-ja-tyoelama/kirkon-ammattit/kirkon-tyontekijan-ydinosaaminen/ydinosaamiskuvaukset-pdf-muodossa>
- Kajander-Unkuri, S. (2015). *Nurse competence of graduating nursing students*. (Väitöskirja). Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/103403/AnnalesD1158Kajander-Unkuri.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- L 1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- L 1200/2007. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071200>
- Thitz, P. (2018). Opinnäytetyöt diakonian tutkimuksen ja kehittämisen välineenä. *Diakonian tutkimus 2/2018*, s. 76–89. Saatavilla <http://dts.fi/aikakauskirja/>
- YleSHarvointi 2020. Osaamisvaatimusten muutokset kommenttien perusteella. Blogi. Saatavissa: <https://blogi.savonia.fi/ylesharvointi/2020/01/07/osaamisvaatimusten-muutokset-kommenttien-perusteella/>

II
DIAKONISEN HOITOTYÖN
MÄÄRITTELYÄ

Lea Rättyä

4 DIAKONISEN HOITOTYÖN PERIAATTEET JA SISÄLTÖ

Diakonisen hoitotyön käsitettä käytetään yleisimmin koulutuksen yhteydessä kuvattaessa hoitotyön suuntautumisvaihtoehtoa ja sairaanhoitaja-diakonissakoulutuksen opetussuunnitelmaa. Diakonisen hoitotyön teoriaperusta pohjautuu hoitotieteeseen ja teologiaan, mutta se hyödyntää myös yhteiskunta- ja kasvatustieteitä. Diakoninen hoitotyö perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen. Se on lähimmäiseskeistä, kokonaisvaltaista kohtaamista ja auttamista, jota tekevät siihen koulutetut sairaanhoitaja-diakonissat seurakuntien diakoniatyössä tai erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä. Suoraa kansainvälistä vastinetta diakonisen hoitotyön (Diaconal Nursing) käsitteelle ei ole, mutta Parish Nursing tai Faith Community Nursing ovat lähinnä samankaltaisia.

Diakonisen hoitotyön käsite

Diakonisen hoitotyön käsite nousi esiin 1980-luvulla keskiasteen koulu-uudistuksen yhteydessä. Käsite on alusta alkaen liittynyt diakonisoiden koulutukseen (Möttönen 1994), ja yleisimmin käsite esiintyy diakonissakoulutuksen kontekstissa. Käsitteenä diakonista hoitotyötä on tutkittu vähän, ja useimmat tutkimukset sekä opinnäytetyöt ovat keskittyneet ensisijaisesti diakonisen hoitotyön sisällön kuvaamiseen (Rättyä 2009b). Marjatta Myllylä (2004) määrittelee väitöskirjassaan diakonisen hoitotyön käsitettä, ja hän rakentaa tutkimuksessaan diakonisen hoitotyön mallin. Diakoninen hoitotyö rakentuu hoitotieteen ja teologian teoreettiselle perustalle, mutta se hyödyntää myös muita tieteenaloja kuten yhteiskuntatieteitä ja kasvatustieteitä (Myllylä 2004, 43, 66–67).

Diakonisen hoitotyön mallissa hoitotieteellisen ja teologisen tietoperustan nähdään liittyvän toisiinsa sekä täydentävän toisiaan uskonnon kulttuurisen tason kontekstissa. Uskontoon sisältyvät tässä tutkimuksessa tunteen, tiedon, toiminnan ja kulttuurin tasot, johon viimeksi mainittuun myös diakoniselle hoitotyölle

merkitykselliset ihmiskäsitykset kuuluvat individuaalisen uskon ohella. Kristillisen ihmiskäsityksen mukaan hoitaja ja hoidettava kohtaavat hoitotilanteessa tasavertaisina lähimmäisinä. Kohtaamisessa on kahden ihmisen lisäksi läsnä myös ihmistä korkeampi voima. Malli korostaa toivon merkitystä, avun tarpeessa olevien ihmisten ja hoidon tasavertaisuutta sekä diakonisen hoitotyön merkitystä yhteiskunnallisena ja kirkollisena vaikuttajana. Diakonista hoitotyötä toteuttavat siihen koulutuksen saaneet sairaanhoitajadiakonissat sairaaloissa, hoitolaitoksissa ja seurakunnissa. (Myllylä 2004, 68–70.)

Eila Jantusen ja Helena Kotisalonen (2004, 68) mukaan Myllylän esittämän mallin heikkoutena on sen liiallinen yksilökeskeisyys, uskonnon merkityksen korostaminen teologian ja hoitotieteen rinnalla sekä avun tarvitsijan näkeminen ensi sijassa passiivisena vastaanottajana. Diakoniseen hoitotyöhön sisältyvät sekä yksilölliset että yhteisölliset työmuodot ja auttamismenetelmät (Rättyä 2009a; Ahola & Pulkkinen 2011). Diakoninen hoitotyö on aina sidoksissa aikaansa. Se uudistuu, muuttuu ja ennakoii yhteiskunnallista kehitystä. (Vuoti 2005; Rättyä 2009a; Helosvuori 2012; Lehmuspää 2012.)

Diakoninen hoitotyö on käsitteenä laaja-alaisempi kuin *hengellinen hoitotyö* tai *hengellinen hoito*, sillä hengellisyys on vain yksi diakonisen hoitotyön osa-alue. Hengellisen hoidon välineitä voivat olla reflektointi, lukeminen, laulu, musiikki, virret, hiljentyminen, hartaus, rukous, uskonnolliset esineet sekä symbolit ja siunaaminen. Sielunhoidollinen keskustelu voi olla osa hengellistä hoitoa, mutta yhtä lailla sitä on hiljaa oleminen, sanaton vuorovaikutus, kuunteleminen ja läsnä oleminen. (Louheranta, Lähteenvuo & Kangasniemi 2016.) Uskonnollisten yhteisön jäsenten vierailut, sururyhmätoiminta tai hiljaisuuden retriitit voivat myös olla osa hengellistä hoitoa (Flinck 2012). Kokonaisvaltaisessa hengellisessä hoidossa huomioidaan ihmisen koko elämäntilanne kunnioittavasti, hienotunteisesti, hyväksyvästi, kuunnellen ja läsnä ollen (Muurinen 2015). Kyse on asettumisesta palvelemaan toista ihmistä, ei tyrkyttämällä tai vaatien vaan rinnalla kulkien (Flinck 2012).

Diakonisen hoitotyön näkökulmasta hengellisen tuen antajana on sairaanhoitaja-diakonissakoulutuksen saanut henkilö, jolla on koulutuksen antamia valmiuksia potilaan hengellisten tarpeiden huomioimiseen ja avun antamiseen. Diakonisessa hoitotyössä tai diakoniatyössä käytetään usein myös hengellisen tukemisen ja sielunhoidon käsitteitä. Hengellisen tuen välineet voivat olla hyvin pitkälti samat kuin mitä kuvataan hengellisessä hoidossa käytettävän, mutta erityisesti seurakuntatyössä toimiva sairaanhoitajadiakonissa voi lisäksi pitää hartauksia, avustaa ehtoollisella ja palvella seurakuntaa muissa jumalanpalvelukseen

liittyvissä tehtävissä. Hengellisyys ja usko ovat seurakuntatyössä läsnä usein erilaisin muodoin, ja hengellinen hoitaminen on arvostettu osa ammattiosaamista. (Rättyä 2009a, 91, 2016, 54–58; Gothóni & Jantunen 2011, 115–116; Ks. myös Gävert ym. 2018, 158–159.)

Raili Gothónin ja Eila Jantusen (2011, 108–110) mukaan diakonisen hoitotyön ominaispiirteitä ovat kristillinen ihmiskäsitys ja arvoperusta, kokonaisvaltainen kohtaaminen, hengellisyys ja hengellinen tuki, asiakaskeskeisyys, kumppanuussuhde, yksilöllisyys, kunnioittaminen, läsnäolo, kuunteleminen ja toivon välittäminen. *Diakonisen sosiaalityön* ominaispiirteet ovat neljän ensimmäisen ominaispiirteen osalta samat kuin diakonisessa hoitotyössä, mutta palveluohjaaminen ja tuki, oikeudenmukaisuus, yhteisöllisyys, vaikuttaminen ja voimaantuminen kuvaavat tässä tutkimuksessa erityisesti diakonisen sosiaalityön ominaispiirteitä. (Gothóni & Jantunen 2011, 110–111.)

Diakonisen sosiaalityön (Diaconal socialwork) käsitettä käytettiin aiemmin kuvaamaan Diakonia-ammattikorkeakoulun sosionomikoulutuksen suuntautumisvaihtoehtoa (Gothóni & Jantunen 2011, 107–108), mutta nykyisin käyttöön on vakiintunut ilmaisu Sosionomi (AMK), diakoniatyö. Koulutuksessa painottuvat ihmisen aineellisiin ja yhteiskunnallisiin tarpeisiin sekä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyvät kysymykset, ja koulutus antaa kelpoisuuden Suomen evankelisluterilaisen kirkon diakonian virkoihin. (Diak, sosionomi (AMK), diakoniatyö.)

Diakoniatyötä (Diaconal work) voidaan kuvata liturgisen, karitatiivisen tai yhteiskunnallisen työn näkökulmista. Liturgiseen työhön sisältyy lähimmäisten palveleminen jumalanpalveluksessa ja hengellisen elämän hoitaminen. Karitatiiviseen työhön voi kuulua yksilö- ja ryhmätoimintaa, mielenterveystyötä, vammaistyötä, vanhustyötä, taloudellista avustamista, hoidollista auttamista, ruokapankkitoimintaa sekä kriminaali- ja päihdetyötä. Yhteiskunnallinen diakonia pyrkii selvittämään ja poistamaan hädän syyt. (Suomen evankelisluterilainen kirkko, diakonia.) Diakoniatyössä autetaan erityisesti niitä ihmisiä, jotka ovat kaikkein haavoittuvimmassa asemassa, ja jotka ovat jostain syystä jääneet muun palveluverkoston antaman avun ulkopuolelle.

Diakoniatyölle yhteisiä ominaispiirteitä sekä diakonisen hoitotyön että diakonisen sosiaalityön näkökulmista ovat kristillinen ihmiskäsitys, kokonaisvaltainen kohtaaminen ja hengellisyys. (Rättyä 2010, 47, 52–56; Gothóni & Jantunen 2011, 114). Työtä ohjaavissa eettisissä periaatteissa korostuu ihmisen vakaumuksen ja kulttuurin kunnioittaminen, vuoropuhelu muiden kirkkokuntien ja uskonnollisten yhteisöjen kanssa sekä pyyteettömyys. Auttamisella ei tavoitella etuuksia tai vastapalveluksia. (Diakoniatyöntekijöiden Liitto & Diak, 2016.)

Diakoniatyö paikkaa ja täydentää yhteiskunnan palvelujärjestelmän aukko-kohtia, mikä on yksityisen ihmisen kannalta tärkeää, mutta välittömän avun antamisen lisäksi tulisi pyrkiä laajemmin vaikuttamaan yhteiskunnan rakenteellisiin epäkohtiin (Rättyä 2009, 68–79; Jokela 2011, 187). Diakoniatyöntekijät kokevat yhteiskunnallisen ja laajemman vaikuttamisen usein haasteelliseksi, ja he tarvitsevat siihen lisävalmiuksia (Rättyä 2009, 79–85).

Kansallisesti diakonisen hoitotyön lähikäsitteinä voidaan pitää diakonisen sosiaalityön, diakoniatyön ja hengellisen hoitotyön käsitteitä. Kansainvälisiin lähikäsitteisiin paneudutaan artikkelissa myöhemmin.

Diakonisen hoitotyön sisältö

Diakoninen hoitotyö perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen (Myllylä 2004; Gothóni & Jantunen 2010, 33; Rättyä 2012, 82), tasa-arvoiseen lähimmäisyyteen (Rättyä 1998; Myllylä 2004; Jauhonen 2006), kristilliseen rakkauteen, kristilliseen uskoon ja kristillisiin arvoihin (Gothoni & Jantunen 2010, 32–33). Kristillisen ihmiskäsityksen lisäksi kokonaisvaltainen kohtaaminen ja auttaminen on keskeinen periaate ja tavoite diakonisessa hoitotyössä (Myllylä 2000, 2004; Kotisalo 2005; Kinnunen 2009; Rättyä 2010; Ahola & Pulkkinen 2011). Gothónin ja Jantusen (2010, 32–33) mukaan kokonaisvaltaisuus liittyy diakonisessa hoitotyössä perusasenteeseen kohdata ihminen hänen erilaisten puoliensa, tarpeidensa, elämäntilanteidensa ja elämänalueidensa muodostamana kokonaisuutena. (Ks. myös Kotisalo & Rättyä 2014; Gävert, Malkavaara & Porkka 2018, 164). (Ks. kuvio 1).

Diakonisen hoitotyön tavoitteena on elämänlaadun parantaminen, elämäntilanteeseen sopeutumisen ja selviytymisen tukeminen, voimavarojen vahvistaminen, eheytyminen ja yhteisöön integroitumisen tukeminen, toivon mahdollistaminen sekä yksinäisyyden lievittäminen (Kotisalo 2002, 42, 2005, 12–16; Vuoti 2005, 85–86; Gothóni & Jantunen 2010, 28–29; Kotisalo & Rättyä 2014, 93, 99–100). Diakonisessa hoitotyössä kohtaaminen merkitsee välittävää läsnäoloa (Kotisalo & Rättyä 2014, 92–94), keskittymistä apua tarvitsevaan ihmiseen ja hänen tilanteeseensa sekä asettumista apua tarvitsevan palvelukseen.

Kohtaamisessa ja vuorovaikutustilanteessa keskeistä on luottamus, empaattisuus, rehellisyys, herkkyyys, aitous, kunnioittaminen, erilaisten mahdollisuuksien näkeminen, sekä asiakkaan omien mielipiteiden ja vakaumuksen arvostaminen. Vuorovaikutukselle on leimallista välittäminen ja huolenpito, kuunteleminen, puhuminen ja koskettaminen. (Rättyä 1998, 27–28; Heikkilä 2002; Gothóni & Jantunen 2010, 33, 35; Rättyä 2010, 47–55; Kotisalo & Rättyä 2014, 93; Cone 2015.)

Diakonisojen saama hoidollinen koulutus sekä työkokemus madaltavat koskettamisen kynnyistä ja tekevät sen helpommaksi (Hautamäki 2012, 74–78; ks. myös Vuoti 2005, 90). Kosketuksella voi vahvistaa sanallista viestintää, ja sen avulla voi välittää Jumalan siunausta, rakkautta, huolenpitoa, hyväksyntää, armoa ja toivoa (Hautamäki 2012, 74–78). Diakonisoilla on koulutuksensa ansiosta valmiudet ja erityisosaamista terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä rohkeutta puuttua havaitsemiinsa terveyttä uhkaaviin tekijöihin (Vuoti 2005, 90; Kinnunen 2009, 124).

Diakonisojen hoitotyön ja terveyden edistämisen osaamista tarvitaan seurakuntien diakoniatyössä ja paikallisissa yhteistyöverkostoissa. Siksi on tärkeää, että diakonissat tunnistavat terveyden edistämisen osaamisensa ja rohkenevat hyödyntää hoitotyön osaamistaan työssään laaja-alaisemmin ja monipuolisemmin (Rättyä 2009a, 2009b; Kinnunen 2009; Rättyä 2012; Kotisalo & Rättyä 2014), jotta yhteistyö olisi satunnaisuuden sijaan pitkäkestoisempaa ja tavoitteellisempaa (Ahola & Pulkkinen 2011, 79–80). Yhteistyön esteet voivat liittyä organisaatioiden erilaisuuteen, salassapitokäytäntöihin, ajan puutteeseen tai tietämättömyyteen diakonisojen osaamisesta ja työn sisällöstä (Ahola & Pulkkinen 2011, 62–63; Seppä 2012, 75; Kotisalo & Rättyä 2014, 80, 94–95).

Diakonisen hoitotyön keskeisiä sisältöjä ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (Rättyä 2012, 97–103; Rättyä & Kotisalo 2015, 134–139) sekä hengellinen tukeminen (Vuoti 2005; Rättyä 2009a; Gothóni & Jantunen 2010; Ahola & Pulkkinen 2011; Seppä 2012; Rättyä & Kotisalo 2015), mutta nämä jäävät tässä yhteydessä vain maininnan tasolle, koska molemmista teemoista on tässä teoksessa myöhemmin erilliset artikkelit, ja niihin viitataan myös useissa muissa artikkeleissa.

Diakonissa kohtaa työssään yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä (Rättyä 2009a, 2012; Kotisalo & Rättyä 2014). Aholan ja Pulkkinen (2011) mukaan diakonissan vahvaa osaamisaluetta on yksilön kohtaamisen syvälinen asiantuntijuus. Yksilötyö koetaan vaativuudestaan huolimatta työssä usein keskeisimmäksi ja läheisemmäksi työn osa-alueeksi (Rättyä 2009, 90–92). Yksilön kohtaamiseen sisältyy kuitenkin myös kutsu yhteisölliseen kohtaamiseen ja yhteyteen (Vuoti 2005, 85–86; Rättyä 2009a, 107–113).

Diakonissan ammatti-identiteetti rakentuu sitoutumisesta työhön, positiivisesta asenteesta ja kriittisyydestä työssä tapahtuviin muutoksiin, hengellisen elämän todeksi elämisestä, oman työn arvostamisesta sekä työssä jaksamisesta (Vuoti 2005, 86). Työssä jaksamista tukevat motivaatio hengelliseen työhön, työn ominaispiirteet, työn mielekkyys ja palkitsevuus sekä seurakunnasta saatu tuki ja oma ammattitaito (Rättyä 2010, 70–81).

Kuvio 1 ilmaisee kootusti keskeiset diakonisen hoitotyön periaatteet ja sisällöt. Diakonisen hoitotyön toimintaympäristö voi olla seurakunta, järjestö ja yksityinen tai julkinen terveydenhuollon sektori.



KUVIO 1. Diakonisen hoitotyön periaatteet ja sisältö

Diakonisen hoitotyön kansainväliset lähikäsitteet

Diakoninen hoitotyö esiintyy käsitteenä suomalaisessa koulutuksessa, kirjallisuudessa ja kulttuurissa (Myllylä 2004, 64, 67; Rättyä 2009), eikä käsitettä juurikaan löydy kansainvälisistä tutkimuksista (Myllylä 2004, 42; Rättyä 2009b). Sisällöltään ja työn lähtökohdiltaan diakonisella hoitotyöllä on paljon yhtäläisyyksiä Parish Nursing- ja Faith Community Nursing -toimintaan (Rättyä 2009a, 48–50, 2009b 162–163). Silloin, kun hoitotyö halutaan yhdistää kristillisessä seurakun-

nassa tapahtuvaan toimintaan, voidaan käyttää myös käsitettä Christian Parish Nursing (Van Dower & Bacon Pfeiffer 2007). Kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja hoitamisen tekee kristityille sairaanhoitajille mahdolliseksi kutsumustietoisuus ja heidän oma uskonsa sekä kristillinen arvomaailmansa, jonka mukaan jokainen ihminen on yhtä arvokas. (Cone 2015, Rieg, Newbanks & Sprunger 2018.) Kansainvälisessä tutkimuksessa voidaan käyttää lisäksi Pastoral Care Nursing käsitettä, mutta kaksi ensin mainittua ovat tunnetumpia ja yleisimmin käytettyjä.

Parish Nursing -toiminnan uranuurtajana voidaan pitää yhdysvaltalaista luterilaista pastoria, professori Granger Westbergia (1913–1999), joka oli kiinnostunut uskonnon ja lääketieteen keskinäisen suhteen hyödyntämisestä kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Hän loi Parish Nursing -ohjelman, joka käynnistyi vuonna 1986 luterilaisessa yleissairaalassa (Lutheran General Hospital) Illinoisissa lahjoituksen turvin. Ohjelmassa työskenteli neljän vuoden ajan kuusi rekisteröityä ja palkattua sairaanhoitajaa useissa eri seurakunnissa (Westberg 1999, 35–41; O’Brien 2003, 35–37, Wordworth 2016). Heidän tehtävänsä painottuivat terveystieteiden, yksilölliseen terveysneuvontaan, asianajajuuteen, vapaaehtoistyön koordinoimiseen, yhteisön ja seurakunnan resurssien yhteyshenkilönä ja yhdistäjänä toimimiseen, tukiryhmätoiminnan kehittämiseen sekä uskon ja terveyden integroimisessa auttamiseen (Westberg 1999, 38–39; Holstrom 1999, 69–73, Ziebart 2014).

Kokemukset Parish Nursing -toiminnasta johtivat myöhemmin Parish Nurse Resource Center -keskuksen perustamiseen vuonna 1986. Keskuksen tarkoituksena oli Parish Nursing -ohjelman ja koulutuksen kehittäminen sekä erilaisten organisaatiomallien ja toimintojen tutkiminen. Keskus toteutti ensimmäisen Parish Nursing -koulutuksensa syyskuussa 1987. (O’Brien 2003, 44–45.)

Kuitenkin jo ennen Westbergin käynnistämää toimintaa hoitaja Anna Lee Summings julkaisi kirjoituksen työstään seurakunnan terveysneuvonantajana (Parish Health Counselor). Hän yhdisti työssään sosiaalipalvelujen, hoitotyön, virkistystoiminnan ja hengellisyyden sisältöjä pyrkiessään parantamaan kotihoidossa olevien sairaiden hoitoa, kehittämään yksilöllisempää terveysneuvontaa ja tukeakseen potilaiden pärjäämistä sairaalajaksojen jälkeen. Työhön sisältyi myös vapaaehtoisten kouluttamista ja varojen keräämistä apuvälineiden hankkimiseksi potilaille. (O’Brien 2003, 35–37.)

Parish Nursing -käsite kuvaa uskonnollisissa yhteisöissä tapahtuvaa koulutettua ja kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen erikoistuneen sairaanhoitajan suorittamaa hoitamista erityisesti juutalaiskristillisissä yhteisöissä ja seurakunnissa (Hickman 2006, 3). Amerikan sairaanhoitajien järjestö (American Nurses Association, ANA) tunnusti Parish Nursing -hoitotyön vuonna 1998 (Preston 2018, 8).

Parish Nursing -koulutus on levinnyt suhteellisen lyhyessä ajassa eri puolille maailmaa, ja erityisesti Amerikassa, se on kasvava hoitotyön erikoisala (Solari-Twadell & McDermot 1999, Miller 2000, Hickman 2006). Terveyskysymyksissä on luontevaa kääntyä seurakunnassa tai omassa uskonnollisessa yhteisössä toimivan sairaanhoitajan puoleen (Weaver ym., 1998; Swinney ym., 2001, Macmath 2017).

Parish Nursing merkitsee holistista, kokonaisvaltaista lähestymistapaa asiakkaan ja potilaan hoitamiseen ja terveyden edistämiseen (Miller 2000; Swinney ym., 2001; Tuck ym., 2001; Weis ym., 2002, Mosack, Medvene & Wescott 2006). Seurakunnassa toimiva sairaanhoitaja (Parish Nurse) edistää yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen terveyttä antamalla ohjausta terveellisistä elämäntavoista, pitämällä erilaisia itsehoito- ja tukiryhmiä, tekemällä erilaisia terveydentilaan liittyviä seurantatutkimuksia, suorittamalla kotisairaanhoitoon liittyviä tehtäviä ja vieraillemalla sairaiden luona (Miller 2000). Hengellisen tuen ja sielunhoidon avulla voidaan auttaa ihmistä Jumalan yhteyteen ja ”tuoda Jumala lähelle ihmistä” silloin, kun elämässä on terveyttä ja hyvinvointia uhkaavia tekijöitä (Van Dover & Bacon Pfeiffer 2007, 218). Seurakunnassa toimiva sairaanhoitaja auttaa ja tukee potilaan selviytymistä akuuteissa, lyhyt- ja pitkäaikaisissa sairauksissa ja elämän loppuvaiheen aikana erityisesti silloin, kun palliatiivisen hoitotyön asiantuntijoita ei ole käytettävissä. (Parish nursing ministries UK. What is Parish Nursing?).

Psykososiaalisen ja hengellisen tuen antamisen ohella seurakunnassa toimivalla sairaanhoitajalla on hyvät mahdollisuudet puolustaa terveyttä tukevia ratkaisuja yhteisössä, tehdä terveyden edistämistyötä ja ennaltaehkäisevää hoitotyötä. Hän toimii linkkinä yhteisön ja sen jäsenten tarpeiden ja virallisen terveydenhoitojärjestelmän välillä. (Weis ym. 2002, 112; Ziebarth & Campbell 2019.) Swinney ym. korostavat (2001) yhteisöllisyyden merkitystä seurakunnassa tapahtuvassa hoitotyössä, jolloin keskeistä on yhteisön terveysriskien, ongelmien ja terveyden edistämiseen liittyvien tarpeiden kartoittaminen.

Koulutuksen ja toiminnan levittyä laajemmin erilaisiin uskonnollisiin yhteisöihin Parish Nursing käsitteen on paikoin korvannut *Faith Community Nursing* -käsite, joka on yleismaailmallisesti hyväksytty käsite erilaisissa uskonnollisissa traditioissa. (Hickman 2006, 3; Wordsworth 2016.) Wordsworthin (2016) mukaan toimintaa on kristillisissä kirkoissa ja organisaatioissa nykyisin 28 maassa eri puolilla maailmaa. Toimintamalli otettiin USA:n jälkeen ensiksi käyttöön Kanadassa, sen jälkeen Australiassa, Uudessa-Seelannissa, Etelä-Afrikassa ja Iossa-Britanniassa. Myöhemmin toiminta käynnistyi myös mm. Etelä-Aasiassa, Saharan eteläpuolisessa Afrikassa ja Lähi-Idässä. Faith Community Nursing

käsite vakiintui myös Amerikan sairaanhoitajien järjestön (American Nurses Association, ANA) käyttöön vuodesta 2005 alkaen (Preston 2018, 8). Silti Parish Nurse- ja Faith Community Nurse -titteleitä käytetään usein vielä rinnakkain tai synonyymeinä toisilleen (Hickman 2006, 3).

Faith Community Nursing -toiminta on vahvasti sidoksissa koko hoitotyön profession muodostumiseen ja sen alkutaipaleeseen. Uskonnollisissa yhteisöissä toteutuva hoitotyö perustuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen, huolenpitoon sekä terveyteen ja toipumisen edistämiseen. Kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaisesti ihminen nähdään mielen, ruumiin ja sielun muodostamana kokonaisuutena. Huolenpito (caring) merkitsee valmiutta pitää huolta toisesta ihmisestä ja valppautta kohdata toisen ihmisen tarpeet. Terveys nähdään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen muodostamana kokonaisuutena ja kokemuksena eheydestä, jakamattomuudesta, pelastumisesta, hyvinvoinnista ja rauhasta sekä harmoniasta suhteessa ihmiseen itseensä, toisiin ihmisiin, ympäristöön ja Jumalaan. Toipuminen on prosessi, jossa ihminen saavuttaa kokemuksen eheydestä, terveydestä ja hyvinvoinnista siitä huolimatta, että sairaus ei parane. (Hickman 2006, 3.)

Ziebarthin (2014) mukaan uskonnollisissa yhteisöissä toteutuvassa hoitotyössä on keskeistä hengellisyyden ja uskon integroiminen, terveyden edistäminen, sairauksien hoitaminen, koordinoiminen, voimaannuttaminen ja pääsy terveyspalveluihin. Sairaanhoitajat voivat tehdä sairaaloiden kanssa yhteistyötä erityisesti potilaiden kotiutumisen edistämiseksi ja potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon toteutumiseksi. He voivat antaa potilaille ja heidän omaisilleen hengellistä ja emotionaalista tukea sekä auttaa kotiutetun potilaan omahoidon toteuttamisessa (Ziebarth & Campbell 2019).

Pastoral Care Nursing on käsite, jota käytetään mm. Australian luterilaisessa kirkossa kuvaamaan rekisteröidyn sairaanhoitajan suorittamaa kokonaisvaltaista hoitotyötä seurakunnassa, uskonnollisessa yhteisössä ja kirkollisissa kouluissa tai hoitokodeissa. Hänen tehtäviinsä voi kuulua terveyteen liittyvien toimintojen käynnistäminen ja johtaminen, yksilö- ja ryhmätoimintaa, terveyden ja uskon yhdistäminen työssään, kotikäynnit koteihin ja hoitolaitoksiin, palvelujen piirin ohjaaminen, yhteisön resurssien koordinoiminen erityisesti paljon palveluja tarvitseville yhteisön jäsenille sekä yhteistyö muiden seurakunnan tai uskonnollisen yhteisön työntekijöiden kanssa. Työssä korostuvat kuunteleminen, keskustelu ja rukous. Oleellista on rohkaista ihmisiä voimaantumaa ja ottamaan aktiivisemmin vastuuta terveydestään. (Lutheran Church of Australia, Pastoral care Nursing.)

Diakoninen hoitotyö ja kansainvälinen uskonnollisissa yhteisöissä toteutuva sairaanhoito

Diakonisessa hoitotyössä ja seurakunnassa tai uskonnollisissa yhteisöissä tapahtuvassa sairaanhoidossa (Parish Nursing, Faith Community Nursing, Pastoral Care Nursing) on runsaasti samankaltaisia piirteitä työn perusteissa ja työn sisällöissä. Sekä diakoninen hoitotyö että seurakunnassa tai uskonnollisissa yhteisöissä tapahtuva sairaanhoito on laaja-alaista, kokonaisvaltaista yksilöä, perhettä ja yhteisöä auttavaa ja heidän terveyttään edistävää toimintaa. Auttaminen perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen ja lähimmäisenrakkauteen. (Rättyä 2009b.) Erottavia tekijöitä pohdittaessa nousevat esiin ensisijaisesti koulutukseen, palkkaukseen, työaikaan, työntekijöiden työuriin sekä työn organisoimiseen liittyvät kysymykset. Suomen tilanne on poikkeuksellinen esimerkiksi koulutuksen, palkkauksen ja työn kokoaikaisuuden osalta.

Suomalaisella diakonissakoulutuksella on pitkät perinteet verrattaessa toimintaa mihin muuhun maahan tahansa. Suomessa diakoniatyö on vahvasti ammatillista, ja jokaisessa seurakunnassa on vähintään yksi diakonian virka. Viran hoitaja voi olla koulutukseltaan diakonissa tai diakoni. USA:ssa alan koulutus käynnistyi pilotista 1980-luvulla, ja koulutusta antavat siellä nykyisin useat eri tahot (esim. Concordian yliopisto, Westberg Instituutti). Yhdistyneessä Kuningaskunnassa (UK) koulutus käynnistyi vuonna 2005 keskittyen kokonaisvaltaisen ja hengellisen hoitamisen, tiimityön, etiikan ja juridiikan sekä yhteistyön sisältöihin. (Wordsworth 2016.)

Suomessa diakonissakoulutusta antaa ainoastaan Diakonia-ammattikorkeakoulu. Koulutuksen laajuus on Suomessa 240 opintopistettä, koska siihen sisältyy myös sairaanhoitajakoulutus toisin kuin muissa maissa. Parish Nursing/Faith Community Nursing -koulutukseen hakeutuvilla on jo suoritettuna sairaanhoitajan koulutus ja he ovat rekisteröityjä sairaanhoitajia. Useilla on myös takanaan monipuolinen ja pitkä hoitotyön ura terveydenhuollon eri sektoreilla. Tästä syystä koulutukseen hakeutuvien ja seurakunnissa tai uskonnollisissa yhteisöissä toimivien sairaanhoitajien keski-ikä on usein myös suhteellisen korkea. Koulutuksen sisällössä painottuvat ensisijaisesti hengellisyyteen ja seurakunnan toimintaan liittyvät teemat.

Diakonissakoulutus sisältää kirkollisia opintoja 90 opintopistettä, kun mm. Australiassa, Englannissa ja USA:ssa teologisten sisältöjen laajuus koulutuksessa on huomattavasti vähäisempi, koska koulutus on kokonaisuudessaan usein vain muutaman päivän tai viikon mittainen kurssi. Esimerkiksi Yhdistyneessä

kuningaskunnassa koulutus kestää 35 tuntia. Opetuksesta vain osa toteutetaan perinteisenä kontaktiopetuksena pienryhmissä (Worsdworth 2016). Koulutuksen suorittaminen kokonaisuudessaan etäopintoina on myös mahdollista monissa maissa. Todistuksen suorituksesta antaa koulutuksen järjestäjä kuten Suomessakin.

Suomalaisiin diakonisoihin verrattuna Parish Nurse- tai Faith community Nurse -nimikkeellä työskentelevillä sairaanhoitajilla ovat työhön liittyvät taloudelliset edut vähäisiä. Heistä useimmat tekevät seurakunnissaan tai uskonnollisissa yhteisöissään osa-aikatyötä tai toimivat vapaaehtoisina. Osa tekee työtä sekä sairaalassa että seurakunnassa. Koulutukseen ja työhön hakeutumisen motiivina on halu yhdistää hengellisyys selkeämmin omaan hoitotyön osaamiseen. Suomessa diakonian virat ovat pääsääntöisesti kokoaikaisia, mutta seurakunnissa on myös osa-aikaisia ja erilaisia yhdistelmävirkoja, jolloin diakonia on osa tehtävän sisältöä.

Amerikkalaisessa yhteiskunnassa kirkot ja synagogat ovat viime aikoina tulleet entistä tietoisemmaksi omasta roolistaan kansalaisten terveyden edistämässä ja ylläpitämisessä. Useat sairaudet kehittyvät hitaasti, jolloin niiden puhkeamiseen voidaan vaikuttaa, jos riskikäyttäytymiseen, elämäntapoihin ja ennakoiviin oireisiin kiinnitetään ajoissa riittävästi huomiota. Sairastuminen ja haavoittuvuus ovat usein yhteydessä elämäntapoihin, elämäntilanteisiin, elämää ohjaaviin arvoihin ja asenteisiin sekä käsitykseen elämästä, minkä takia uskonnollisten yhteisöjen integroituminen terveyden huoltoon on perusteltua. (Westberg 2006, 7.) Suomalaisessa yhteiskunnassa kirkon ja uskonnollisten yhteisöjen rooli terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä on nostettu esiin strategioissa, mutta paikallistasolla tilanteet vaihtelevat. Terveyden edistämisen näkökulma ja painotus ei suomalaisten seurakuntien diakoniatyössä ole yhtä tiedostettu ja selkeä osa työn sisältöä kuin muualla.

Kansainvälinen yhteistyö

Diakoniseen hoitotyöhön liittyvä kansainvälinen yhteistyö on erittäin vilkasta. Yhteistyössä on mukana maita Aasiasta, Euroopasta, Afrikasta, Australiasta sekä Etelä- ja Pohjois-Amerikasta. (Westberg Institute. International Parish/Faith Community Nursing. History.) Erityisesti Westbergin vuosittain toteuttamat symposiumit kokoavat yhteiseen tapaamiseen kollegoita eri puolilta maailmaa. Symposiumin ohjelman painotukset vaihtuvat vuosittain, mutta teemoina voivat olla esimerkiksi uskonnolliset traditiot, erilaisissa kulttuureissa toteutuva hengellinen hoitotyö ja syrjäseutujen erityiskysymykset. (Westberg Institute for

Faith Community Nursing.2020 Westberg Symposium.) Westberg Institute for Faith Community Nursing toimitti aiemmin myös sekä verkkolehtenä että julkaisuna ilmestyvää Perspectives lehteä, mutta nykyisin lehden toimittamisesta vastaa Spiritual Care Association. Lehden sisällössä painottuvat koulutus- ja tutkimusartikkelit sekä käytännönläheiset hoitotyön kuvaukset erilaisissa kulttuurisissa konteksteissa. (Spiritual Care Association. Perspectives A newsletter for Faith Community Nurses.)

Westberg instituutti on ylläpitänyt vuodesta 2016 alkaen yhteistä keskustelualustaa eri puolilla maailmaa seurakunnissa tai uskonnollisissa yhteisöissä toimiville sairaanhoitajille. Alusta mahdollistaa hoitajien sekä alan kouluttajien ja tutkijoiden monipuolisen yhteistyön ja verkostoitumisen eri puolilla maailmaa toimivien kollegojen kanssa. Alustalla on omat ryhmänsä mm. kouluttajille, koordinaattoreille sekä tutkimuksesta kiinnostuneille. Ryhmä voidaan muodostaa myös alueellisin perustein (esim. Alaskan ja Euroopan ryhmät). (Westberg Institute for Faith Community Nursing. FCN Knowledge Sharing Platform.)

Westberg Instituutti mahdollistaa globaalia yhteistyötä World Forumin avulla. Toiminnan ja yhteistyön sujuvoittamiseksi foorumi on jaettu Aasian, Afrikan, Australian, Etelä-Amerikan ja Euroopan alueellisiin verkostoihin (Wordsworth 2016). Eurooppalaisessa Parish Nursing/Faith Community Nursing -verkostossa ovat mukana mm. Englanti, Saksa, Suomi, Unkari, Ukraina, Hollanti ja Skotlanti. Verkoston kokoontumisia on säännöllisesti Euroopan eri maissa. Eurooppalaisen Parish Nursing -verkoston toiminnassa keskeinen henkilö on englantilainen baptistiseurakunnan pappi ja tohtori Helen Wordsworth, jonka ansiosta Parish Nursing -toiminta käynnistyi Yhdistyneessä Kuningaskunnassa vuonna 2006. Englannin, Skotlannin ja Walesin eri kirkoissa ja uskonnollisissa organisaatioissa työskentelee hiukan yli 100 Parish Nurse -koulutuksen saanutta sairaanhoitajaa. (Parish Nursing Ministries UK. History.) Seurakunnissa toimivat sairaanhoitajat antavat monipuolista terveyteen ja sairauden hoitoon liittyvää kokonaisvaltaista ohjausta, neuvontaa ja tukea, mutta he eivät anna esimerkiksi injektioita tai määrää lääkkeitä. (Macmath 2017.)

Amerikan lisäksi myös Australia on ollut aktiivinen kansainvälisen yhteistyön rakentaja. Australiassa käytetään paikoin Parish Nursing -käsitteen rinnalla Pastoral Care Nursing -käsitettä. Australian luterilaisten sairaanhoitajien yhdistyksen (Lutheran Nurses Association of Australia, LNAA) toiminta vaikutti keskeisesti siihen, että vuonna 1991 Parish Nursing -toiminta ja sen merkitys tunnistettiin Australiassa. Vuonna 1996 ensimmäiset seurakunnissa toimivat sairaanhoitajat (Parish Nurses) aloittivat toimintansa. (Lutheran Church of Australia. Pastoral

Care Nursing. About us.) Kansainväliseen yhteistyöhön liittyvät myös erilaiset sähköiset uutiskirjeet, jotka ovat tehokkaita viestinnän välineitä. Niiden avulla saa käsityksen ajankohtaisista asioista ja keskeisistä työn sisällöistä eri puolilla maailmaa. Esimerkkinä voi mainita Australian luterilaisen kirkon julkaisemat lehdet LCA Parish Nurse News ja In Touch Newsletter. (Lutheran Church of Australia, LCA Parish Nurse News, In Touch Newsletter.)

Lutheran Parish Nurses International -verkostoon kuuluu luterilaisissa seurakunnissa toimivia sairaanhoitajia mm. Palestiinasta, USA:sta, Kanadasta, Saksasta, Suomesta, Englannista, Singaporesta, Ghanasta, Intiasta, Brasilista, Papua-Uusi-Guineasta, Uudesta-Seelannista ja Australiasta. Verkoston toiminnassa korostuvat koulutus- ja tutkimustiedon, osaamisen ja kokemusten jakaminen sekä seminaaritapaamiset ja tutustumisvierailut eri maiden toimintaan. (Lutheran Parish Nurses International.)

Saksassa, josta diakonissakoulutuksen voidaan katsoa alkaneen, oli 1960-luvulle saakka Kaiserswerthin mallin mukainen sisarkotijärjestelmä (Motherhouse) hallitseva hoitotyön organisointimalli, ja toimintaa oli erällä läntisen Saksan alueilla vielä 1980- ja 1990-luvuilla. (Kreutzer 2010.) Sittemmin tilanne on muuttunut, mutta muutamia iäkkäitä sisaria työskentelee edelleen sisarkotijärjestelmiin kuuluvissa laitoksissa (Diakonissenmutterhaus Lachen – Speyerdorf near Mannheim/Germany). Kansainvälisessä Parish Nursing -toiminnassa aktiivinen saksalainen yhteistyökumppani on muun muassa kristillinen palveluorganisaatio ”Vis a Vis.” (kasvokkain) jonka toiminta keskittyy Speyerin ja Hagenin alueille. (Vis-a-Vis Christlicher Dienst an Kranken und Gesunden; Wordsworth 2014.)

Suomalaisen sairaanhoitaja-diakonissakoulutuksen pitkä historia, koulutuksen sisältö ja työmahdollisuudet herättävät runsaasti kiinnostusta maissa, joissa Parish Nursing/Faith Community Nursing -koulutus ja toiminta on vielä varsin uusi hoitotyön erikoisala. Diakonissa-nimike ja diakonia liitetään muualla ensisijaisesti laitosdiakoniaan ja esimerkiksi hoivaorganisaatioiden toteuttamaan vanhusten hoitotyöhön. (Wordsworth 2016.) Suomalainen seurakuntadiakonia on tässäkin mielessä ainutlaatuista koko maailmassa. Suomalaisella diakonissakoulutuksella on paljon annettavaa sekä kansallisesti että kansainvälisesti erityisesti haavoittuvimmassa asemassa olevien terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä, vakavasti sairaiden, saattohoitopotilaiden, pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluja käyttävien auttamisessa ja ohjaamisessa sekä ennaltaehkäisevässä yksilöllisessä ja yhteisöllisessä terveyden edistämässä, moniammatillisissa verkostoissa ja yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Ahola E. & Pulkkinen, P. (2011). *Moniosaaja diakonissa – Vanhustyön johtajien käsityksiä diakonissan osaamisesta moniammatillisessa yhteistyössä*. Pro gradu -tutkielma, Lapin yliopisto, hallintotieteiden tiedekunta.
- Cone, P. M. H. (2015). A Developing Theology of Poverty and Health Applied to Nursing Education. *Christian Higher Education* 14(3).
- Diak. Sosionomi AMK. Diakoniatyö. Saatavilla 13.1.2020. (https://www.diak.fi/hakeminen/koulutukset/amk/sosionomi-diakoni_tyo/)
- Diakoniatyöntekijöiden Liitto & Diak (2016). Diakoniatyöntekijän eettiset ohjeet. Saatavilla 5.5.2020. https://www.dtl.fi/media/dtl_eettisetohjeet_2016.pdf
- Gothi, R. & Jantunen, E. (2010). *Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Gothi, R. & Jantunen, E. (2011). Diakoniatyön käsitteitä. *Diakonian tutkimus* 2/2011.
- Gävert, T., Isomäki, P., Lehmusmies, J., Malkavaara, M., Porkka, J., Salojärvi, P. ja Wallenius, V. (2018). Tulosten tiivistelmä. Teoksessa P. Isomäki, J. Lehmusmies, P. Salojärvi & V. Wallenius, *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvot*. Helsinki: Kirkon tutkimuskeskus. Saatavilla 14.2.2020. https://evl.fi/documents/1327140/51077424/KKH_Diakoniabarometri_2018_verkko_18_08_14.pdf/8144eb3b-2473-859e-deb1-0d82415351cc.
- Gävert, T., Malkavaara, M. & Porkka, J. (2018). Pohdintoja diakoniabarometri 2018:n tuloksista. Teoksessa P. Isomäki, J. Lehmusmies, P. Salojärvi & V. Wallenius, *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvot*. Helsinki: Kirkon tutkimuskeskus. Saatavilla 14.2.2020. https://evl.fi/documents/1327140/51077424/KKH_Diakoniabarometri_2018_verkko_18_08_14.pdf/8144eb3b-2473-859e-deb1-0d82415351cc
- Flinck, A. (2012). Hengellisyys hoitotyössä. *Viesti* 1/2012.
- Hautamäki, M.-L. (2012). *Fyysinen kosketus diakoniatyössä. Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia kosketuksen merkityksestä ja käytöstä vuorovaikutustilanteissa*. Pro gradu -tutkielma. Yleinen käytännöllinen teologia. Helsingin yliopisto.
- Heikkilä, M. (2002). *Vanhusten hengellisen tuen tarpeet ja tuen saanti sekä odotukset diakoniselle hoitotyölle*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus, Oulun yliopisto.
- Helosvuori, R. (2012). Vaikuttava diakonia. Teoksessa R. Gothi, R. Helosvuori, K. Kuusimäki & K. Puuska (toim.), *Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö*. Helsinki: Kirjapaja.
- Hickman, J. S. (2006). *Faith Community Nursing*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Holstrom, S. (1999). Perspectives on a Suburban Parish Nursing Practice. Teoksessa P. A. Solari-Twadell & M. A. McDermot (edited), *Parish Nursing. Promoting whole person health within faith communities*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Jantunen, E. & Kotisalo, H. (2004). Väitös diakonisesta hoitotyöstä. Myllylä Marjatta: Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. *Diakonian tutkimus* 1/2004.
- Jauhonen, A. (2006). *Diakonisen hoitotyön ytimessä. Diakonissat tarkastelevat psykoemotionaalista hoitamistaan*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus, Oulun yliopisto, Oulu.
- Jokela, U. (2011). *Diakoniatyön paikka ihmisten arjessa*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Juntunen, E. & Saarela, T. (2009). Seurakuntadiakonian perusteet ja terveyden kysymykset. Teoksessa K. Kinnunen (toim.), *Sairas köyhyys, tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä*. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kinnunen, K. (2009). Terveysteen ja sairauteen liittyvän auttamisen muodot diakoniatyössä. Teoksessa K. Kinnunen (toim.), *Sairas köyhyys, tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä*. Helsinki: Kirkkohallitus.

- Kotisalo, H. (2002). *Diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön toteutuminen Kuopion hiippakunnan diakonisojen arvioimana*, Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Kotisalo, H. (2005). Diakonisen hoitotyön toteutuminen. *Diakonian tutkimus* 1/2005.
- Kotisalo, H. & Rättyä, L. (2014). *Diakonissat terveyden edistäjinä*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kreutzer, S. (2010). Nursing Body and Soul in the Parish: Lutheran Deaconess Motherhouses in Germany and the United States. *Nursing History Review* 18 (2010).
- Lachen Diakonissen-Mutterhaus. Saatavilla 12.2.2020 <https://www.lachen-diakonissen.de/>.
- Lehmuspää, L. (2012). *Kaksikymmentäneljä tuntia. Novelleja diakonissan työstä 1960-luvulla*. Oulu: Kustannus VES-LINE.
- Louheranta, O, Lähteenvuori, M. & Kangasniemi, M. (2016). Henkinen ja hengellinen tuki terveydenhuollossa – kenen vastuulla? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2016: 53.
- Lutheran Church of Australia. LCA Parish Nurse News. Teoksessa *Touch Newsletter*. Saatavilla 16.1.2020. <https://www.lca.org.au/departments/ministry-support/church-worker-support/lay-ministry/parish-nursing/>.
- Lutheran Parish Nurses International. Saatavilla 16.1.2020. <http://www.lpni.org/>
- Macmath, T.H. (2017). Interview: Helen Wordsworth, founder director of Parish Nursing Ministries UK. *Church Times* 5/2017. Saatavilla 13.3.2020. <https://www.churchtimes.co.uk/articles/2017/5-may/features/interviews/interview-helen-wordsworth-founder-director-of-parish-nursing-ministries-uk>.
- McDermott, M. A., Solari-Twadell, P. A. & Matheus, R. (1999). Educational Preparation. Teoksessa P. A. Solari-Twadell & M. A. McDermott (edited), *Parish Nursing. Promoting whole person health within faith communities*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Miller, L. W. (2000). Continuing Professional Education: A Spiritually Based Program. *New Direction for Adult and Continuing Education* 2000 (6) 85.
- Mosack, V., Medvene, L. J. & Wescott, J. V. (2006). Differences Between Parish Nurses and Parish Nurse Associates: Results of a Statewide Survey of an Ecumenical Network. *Public Health Nursing* Vol. 23 (4).
- Muurinen, S. (2015). Henkisen paluu. *Kirkonkello*. Saatavilla 14.10.2019. <https://www.kirkonkello.fi/henkisen-paluu/>.
- Myllylä, M. (2000). *Näkökulmia diakoniasta ja hoitotyöstä, kohti diakoninen hoitotyö -käsitettä*. Lisensiaattityö. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Myllylä, M. (2002). *Kohti diakonisen hoitotyön käsitettä*. Teoksessa M. Lahtinen & T. Toikkanen (toim.), Anno Domini 2002. Diakoniatieteen vuosikirja. Lahti: Lahden Diakoniasäätiö.
- Myllylä, M. (2004) Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulu: Oulu University Press (Väitöskirja, Oulun yliopisto). Saatavilla <http://urn.fi/urn:isbn:9514273567>
- Möttönen, S. (1994). *Diakoninen hoitotyö diakonissakoulutuksessa*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- O'Brien, M. E. (2003). *Parish Nursing: Healthcare Ministry within the Church*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers.
- Parish nursing ministries UK. What is Parish Nursing? Saatavilla 17.10.2019. <https://parishnursing.org.uk/what-is-parish-nursing/>.
- Parish Nursing Ministries UK. History. Saatavilla 16.10.2019. <https://parishnursing.org.uk/about-us/history/>.
- Preston, P. (2018). Faith Community Nursing in Community/Public Health Education: A Positive Student Nursing Experience. *International Journal of Faith Community Nursing*. Volume 4 Issue 2.
- Reporter. Official Newspaper of the Lutheran Church – Missouri synod. Lutheran Church Missouri Synod. *Parish Nurse Newsletter*. Fall 2018. Spiritual Care. Saatavilla 23.10.2019. <https://files.lcms.org/wl/?id=D4LzzBJdiefUmBXjeBcl51Yag01Freb1>

- Rieg, L. S., Newbanks, S. & Sprunger, S. (2018). Caring from a Christian. *Journal of Christian Nursing*. Volume 6 Number 3.
- Rättyä, L. (1998). *Diakoniatöimistöjen asiakkaiden kokemukset avun ja tuen saamisesta*. (Pro gradu -tutkielma, Hoitotieteen laitos, Oulun yliopisto).
- Rättyä, L. (2009a) *Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa*. Kuopio: Kuopion yliopisto (Väitöskirja, Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1309-7>
- Rättyä, L. (2009b) Katsaus diakonisen hoitotyön tutkimukseen. *Diakonian tutkimus* 2/2009.
- Rättyä, L. (2010) *Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan*. Lisensiaatintutkimus. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Rättyä, L. (2012). Diakoniatyö yksilöiden ja perheiden parissa. Teoksessa R. Gothoni, R. Helosvuori, K. Kuusimäki & K. Puuska (toim.), *Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö*. Helsinki: Kirjapaja.
- Rättyä, L. (2016). *Diakonisen spiritualiteetin tiellä. Diakoniatyöntekijöiden ja pappien käsitykset spiritualiteetin muotoutumisesta, sisällöstä ja yhteydestä diakoniaan Oulun hiippakunnassa*. Pro gradu -tutkielma. Käytännöllinen teologia. Helsingin yliopisto.
- Rättyä, L. & Kotisalo, H. (2015). Diakonissat terveyden edistäjinä diakoniatyössä. *Diakonian tutkimus* 2/2015.
- Seppä, E. (2012). *Diakoniatyön erityispiirteitä saamelaiskulttuurissa*. Pro gradu -tutkielma. Yleinen käytännöllinen teologia. Helsingin yliopisto.
- Solari-Twadell, P. A. & McDermott, M. A. (eds.) (1999). *Parish nursing: Promoting whole persons health within faith communities*. London: Sage Publications.
- Spiritual Care Association. Perspectives. *A newsletter for Faith Community Nurses*. Saatavilla 16.10.2019. <https://www.spiritualcareassociation.org/nursing/perspectives.html>.
- Swinney, J., Anson-Wonkka C., Maki, E. & Corneau, J. (2001). Community sssessment: A Church Community and the Parish Nurse. *Public Health Nursing* 18:1.
- Suomen evankelisuterilainen kirkko, diakonia. Saatavilla 16.1.2020. <https://evl.fi/sanasto/-/glossary/word/Diakonia#1e50add2>.
- Tuck, I., Pullen, L. & Wallace, D. (2001). A comparative study of the spiritual perspectives and interventions of mental health nursing and parish nurses. *Mental Health Nursing*, 22.
- Van Dover, L & Bacon Pfeiffer, J. (2007). Spiritual care in Christian parish nursing. *Journal of Advanced Nursing* 57(2).
- Vis-à-vis Christlicher Dienst an Kranken und Gesunden. Saatavilla 5.2.2020. http://visavis-gemeinde-diakonie.de/?page_id=460.
- Vuoti, M. (2005). *Sairaanhoidosta ehdyttävään kohtaamiseen. Elämäkertatutkimus diakonissan työn muotoutumisesta vuonna 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain jälkeen*. Pro gradu -tutkielma, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Weaver, A. J., Flannely, L. T., Flannely, K. J., Koenig, H. G. & Larson, D. B. (1998). An analysis of research on religious and spiritual variables in three major mental health nursing journals, 1991–1995. *Mental Health Nursing* 19.
- Weis, D., Schank, M. J., Coenen, A. & Matheus, R. (2002). Parish Nurse Practice with Client Aggregates. *Journal of Community Health Nursing*, 2002, 19(2).
- Westberg Institute. International Parish/Faith Community Nursing. History. Saatavilla 16.10.2019. <https://westberginstitute.org/international-faith-community-nursing/>.
- Westberg Institute for Faith Community Nursing.2020 Westberg Symposium. Saatavilla16.10.2019. <https://westberginstitute.org/symposium2020/>.
- Westberg Institute for Faith Community Nursing. FCN Knowledge Sharing Platform. Saatavilla 16.10.2019. <https://westberginstitute.org/fcn-knowledge-sharing-platform/>.

- Westberg, G. (1999) A Personal Historical Perspective of Whole Person Health and the Congregation. Teoksessa P. A. Solari-Twadell & M. A. McDermot (edited), *Parish Nursing. Promoting whole person health within faith communities*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Westberg G. (2006). A Personal Historical Perspective of Whole Person Health and the Congregation. Teoksessa P. A. Solari-Twadell & M. A. McDermott (edited), *Parish Nursing, Development Education and Administration*. St Louis, MO: Elsevier/Mosby.
- Wordsworth, H. A. (2014). Health ministry through local faith communities: a European perspective: *The Journal of the Health Visitors' Association*. Community Practitioner; London Vol. 87, Iss.1 (Jan 2014).
- Wordsworth, H. A. (2016). An educational model for preparing Christian nurses and church congregations to offer local whole-person health programs. *Christian Journal for Global Health*, Nov.2016, 3(2).
- Ziebarth, D. (2014). Evolutionary Conceptual Analysis: Faith Community Nursing. *Journal of Religion and Health* (2014) 53. Saatavilla 13.3.2020. https://www.researchgate.net/publication/264537912_Evolutionary_Conceptual_Analysis_Faith_Community_Nursing
- Ziebarth, D. J & Campbell, K. (2019). Describing Transitional Care Using the Nursing Intervention Classification: Faith Community Nursing. *International Journal of Faith Community Nursing*. Vol. 5 Issue 1.

Minna Valtonen

5 KOHTAAMISEN TEOLOGIAA – DIALOGIN SIUNAUS

Artikkelin lähtökohtana on näkemys, että sekä diakoniatyössä että hoitotyössä tapahtuva ammatillinen kohtaaminen perustuu lähimmäisenrakkaudelle – oli sitten kysymys diakonian taloudellisesta avustamisesta tai hoitotyön kliinisistä toimenpiteistä. Kohtaamisessa on aina kysymys dialogista, jonka tulisi rakentua toisen ihmisen ainutlaatuisuuden kunnioittamiselle. Parhaimmillaan dialoginen kohtaaminen vahvistaa voimavaroja ja luo toivoa. Se ilmentää Jumalan rakastavaa läsnäoloa maailmassa.

Johdanto

Kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat keskeinen osa hoitotyötä ja diakoniatyötä – voisi jopa sanoa, että hoitotyö ja diakonia ovat syvimmältä olemukseltaan kohtaamista ja vuorovaikutusta. Kohtaamisen tilanteet ja niihin liittyvät tavoitteet ja menetelmät vaihtelevat, mutta keskiössä on aina ihmisten välinen suhde ja siinä tapahtuva vuorovaikutus. Tässä artikkelissa yhtenä kohtaamisen tarkastelun lähtökohtana on ajatus lähimmäisenrakkaudesta sekä diakonian että hoitotyön ytimenä. Toista ihmistä arvostava, hoivaava ja auttava kohtaaminen perustuu aina lähimmäisenrakkaudelle.

Diakoniatyön lähtökohtana lähimmäisenrakkaus on ehkä helpommin tunnistettavissa ja selitettävissä kuin hoitotyön ytimenä, sillä lähimmäisen rakastaminen ja auttaminen ovat olleet keskeisessä osassa kristillisen kirkon elämää ja toimintaa koko sen historian ajan. Kirkossa kaikki kohtaamiset ja kaikki vuorovaikutus lähtevät lähimmäisenrakkaudesta. Sen toteuttaminen on yksi kirkon perustehtävistä. Suomen evankelis-luterilaisen kirkkolain mukaan ”... kirkko julistaa Jumalan sanaa ja jakaa sakramenteja sekä toimii muutenkin kristillisen sanoman levittämiseksi ja lähimmäisenrakkauden toteuttamiseksi” (L 1054/1993). Pari pykälää myöhemmin olevaan diakonian määritelmään liittyy niin ikään ajatus, että se on kristilliseen rakkauteen perustuvaa (L 1054/1993).

Uusin diakonian käsitteeseen liittyvä keskustelu kyseenalaistaa sen, että nyky-
muotoinen diakonian virka olisi perusteltavissa Uuden testamentin teksteillä tai
muilla varhaisen kirkon keskeisillä kirjoituksilla tai että diakonia raamatullisena
käsitteenä olisi varhaiskristillisenä tarkoittanut lähimmäisen auttamista niin kuin
sanaa myöhemmin aikoina on käytetty. (ks. esim. Latvus 2017; Koet & Murphy
& Ryökäs, 2018 sekä Ryökäs 2020.) Samalla on kuitenkin yhteinen näkemys sii-
tä, että lähimmäisenrakkaus, toisten auttaminen ja keskinäinen yhteys ovat alusta
alkaen olleet seurakunnan tunnusmerkkejä ja tehtäviä. Varhaisessa kirkossa kari-
tatiivinen auttamistehtävä koski koko kristillistä seurakuntaa.

Uudet tutkimuslöydöt koskevat lähinnä sitä, kenen vastuulla karitatiivinen
auttamistyö on seurakunnissa ollut ja millaisia määritelmiä diakonian virkaan
liitettiin. Näyttäisi siltä, että varhaiseen diakonin tehtävään on sisältynyt pi-
kemminkin välittäjän kuin karitatiivisen auttamistyön tehtävä. (Ryökäs, 2020.)
Piispan vastuulla oli koko seurakunta, myös sen köyhät ja sairaat jäsenet, mutta
ilmeisesti diakonit piispan avustajina huolehtivat siitä, että piispalla oli tieto niistä
seurakunnan jäsenistä, joilla sairauden tai muun syyn takia oli vaikeuksia osallis-
tua seurakunnan kokoontumisiin. Piispa huolehti, että näiden jäsenten puolesta
rukoiltiin jumalanpalveluksessa ja että heitä käytiin katsomassa ja että he saivat
osansa ehtoollispöydän antimista. (Nordstokke 2019, 30–31.)

Nykymuotoinen suomalainen käsitys diakonian virasta juontuu tulkinnoista,
jotka ovat peräisin pääosin sekä reformaation ajalta, lähinnä Jean Calvinin ajat-
telusta, että 1800-luvun diakonisesta heräämisestä. Calvin muodosti teksteissään
näkemys, jonka mukaan köyhäinhuolto oli osa diakonin toimenkuvaa. Hän
tulkitsi tiettyjä Paavalin kirjeitä (1. Tim. 5:3–10 ja Room. 16) siten, että niis-
sä mainitut lesket olivat hyviä esimerkkejä diakonissoista. (Latvus 2007, 74–75.)
1800-luvun diakoniaherätyksessä keskeinen rooli oli puolestaan Theodor Fliedne-
rillä, joka aloitti diakonisojen koulutuksen kotikaupungissaan Kaiserswerthissa.
Koulutusinnovaatio sai nopeasti vastakaikua muuallakin ja useita Kaiserswerthin
mallin mukaisia oppilaitoksia perustettiin eri puolille Eurooppaa. Helsingissä dia-
konissalaitos perustettiin vuonna 1867. (Latvus 2007, 76–77, Malkavaara 2007,
83–92.) Mikko Malkavaara tarkastelee toisaalla tässä artikkelissa diakonian his-
toriaa ja Helena Kotisalo kuvaa diakonissakoulutuksen vaiheita Suomessa.

Diakonian käsite on Suomessa vakiintunut vähitellen kuvaamaan kristilliseen
uskoon perustuvaa auttamistyötä ja vieläpä siten, että se liitetään ensisijaisesti dia-
koniatyöntekijän tekemäksi työkseksi. (Elenius & Latvus 2007, 272–275.) Diako-
nian monenlaisista tulkinnoista on edelleen tarpeen tehdä tutkimusta ja käydä
keskustelua, millä tavoin tutkimustulokset voisivat vahvistaa ja laajentaa amma-

tillista diakoniaa ja samalla diakoniaa koko seurakunnan yhteisenä tehtävänä. Edelleenkin diakoniassa on kysymys laajasti koko kirkkoa koskevasta sosiaalisesta vastuusta.

Vaikka diakonian viran tulkintaan liittyy monia kysymyksiä, on kuitenkin ilmeistä, että kautta aikojen keskeinen osana seurakunnan tehtävää on ollut ihmisten kuunteleminen ja kohtaaminen sekä inhimillisen hädän tunnistaminen ja osallisuuden vahvistaminen. (Malkavaara 2015, 5, 16.) Kuunteleminen ja kohtaaminen sekä hädänalaisten auttaminen ovat Jeesuksen esimerkin ja rakkauden kaksoiskäskyn mukaista toimintaa, kristillisen uskon ydintä. Yhteyden rakentaminen ja osallisuuden mahdollistaminen ovat merkkejä Pyhän Hengen työstä.

Elenius ja Latvus (2007, 275–282) ovat esittäneet, että diakonian teologiseen tarkasteluun liittyy ongelma, jos lähimmäisenrakkaus liitetään liian selvästi diakonian viranhaltijoiden työksi. Tämän vuoksi he puhuvat auttamisen teologiasista ja toteavat, että se on tulkittavissa myös sekulaarissa kontekstissa. Huomio ei ole niinkään auttajan sisäisessä motivaatiossa ja sen perusteissa vaan kohtaamisen tapahtumassa. ”Kahden ihmisen yhteen tuleminen tuo näkyväksi luomisen, lunastuksen ja pyhityksen. Ihmisen kohtaaminen tapahtuu aina Jumalan kasvojen edessä.” (Elenius & Latvus 2007, 275.)

Vaikka lähimmäisenrakkaus on kirkon elämän ydintä, se ei ole kristillisen kirkon eikä varsinkaan minkään tietyn viran yksinoikeutta. Monet hoitotieteen tutkimukset liittävät lähimmäisen rakastamisen myös hoitotyöhön ja sen ammatillisiin lähtökohtiin (ks. esim. Haho 2006, 137). Suomessa hoitotyön tutkija ja opettaja Katie Eriksson (1989, 26–44) määritteli lähimmäisenrakkauden hoitotyön ydinkäsitteisiin kuuluvaksi. Hänen mukaansa ”hoitaminen perustuu rakkauteen. Se on ihmisen, elämän ja ikuisuuden kunnioittamista”. (Eriksson 1989, 26.) Tätä hoitotyön ydinlähtökohtaa tai eetosta hän kuvasi Caritas-ideaksi (myöhemmin karitas-ajatus) eli ajatukseksi rakkaudesta ja laupeudesta (Eriksson 1989). Idean perustalle rakentui karitatiivisen hoitotyön teoria. (ks. esim. Haho 2006, 39–40.)

Erikssonin käsitys rakkaudesta perustui pitkälti kristilliseen ajatteluun (Eriksson 1989, 37–41, ks. myös Henttonen 1997, 307–312 ja Paldanius 2002, 13). Tarkastellessaan karitas-ajattelun lähtökohtia hän totesi muun muassa, että ”ajatus rakkaudesta on kristillisen opin kulmakivi, ja sitä kuvataan läpi Raamatun” (Eriksson 1989, 35.) Samalla hän kuitenkin myös erotti kristillisen uskon oppisisällön yksilön henkilökohtaisesta uskonkäsityksestä tai kokemuksesta sanoessaan, että rakkaus on kaikissa uskonnoissa keskeistä ja konkretisoituu ihmisen omassa jumalasuhteessa ”riippumatta siitä, miten yksittäinen ihminen määrit-

telee jumalansa tai uskontonsa.” (Eriksson 1989, 35, ks. myös Henttonen 1997, 330–331.)

Myös amerikkalainen hoitotieteen tutkija Jean Watson (1979, 2008) näkee rakkauden hoitotyön keskeiseksi käsitteeksi. Hän on luonut inhimillisen hoitoteorian, jossa hoitaminen liitetään laajempiin universaaleihin arvoihin, kuten ystävällisyyteen, välittämiseen sekä itsensä ja toisen rakastamiseen. Inhimillisen hoitotyön ytimessä on aina hoitajan ja potilaan kohtaaminen. (ks. myös Haho 2006, 133.)

Joidenkin tutkijoiden mukaan lähimmäisenrakkauden käsitettä on kuitenkin pitkään vähätelty erityisesti terveystieteiden tutkimuksessa. Vanhustyön etiikasta kirjoittaneet Harri Kankare ja Hanna Lintula (2004, 35) ehdottavat, että on välttämätöntä palauttaa rakkaus keskeiseksi osaksi tieteellistä keskustelua, sillä ”tämä antaa hoitotyön käytännölle sen eettisen perusarvon”. Tämä perusarvon mukaan määräytyy ihmisen kuuleminen. Annu Haho (2006) esittää hoitotyön olemusta tarkastelevan väitöskirjatutkimuksensa johtopäätöksissä, että rakkaus kuuluu hoitotyön moraaliseen ominaispiirteeseen: ”Rakkaus hoitamisessa on mahdollisuus, joka luo hoitajan ja potilaan kohtaamiseen inhimillistä arvokkuutta. Sen tavoitteena on toisen ihmisen hyvä.” (Haho 2006, 162.)

Tämän artikkelin lähtökohtana on ajatus siitä, että ammatillinen auttava kohtaaminen perustuu lähimmäisenrakkauteen. Kohtaamista ja vuorovaikutusta tarkastellaan ensisijaisesti teologian näkökulmasta. Pyrkimyksenä ei ole kohtaamisen ja vuorovaikutuksen menetelmien ja käytännön kuvaaminen, vaan niitä koskevan tausta-ajattelun teologinen jäsentäminen. Diakonisen hoitotyön periaatteisiin ja toteutumiseen liittyviä kuvauksia on luettavissa toisaalla tässä kirjassa. Esimerkiksi Lea Rättyä kuvaa diakonisen hoitotyön periaatteita, Eila Sainio käsittelee diakonisen hoitotyön osaamisen merkitystä seurakunnassa, Heikkilä-Tyni ja Viitala tarkastelevat diakonisojen työtä mielenterveyden edistäjinä.

Artikkelin tarkastelukulmassa on samankaltaisuutta edellä kuvatun Eleniuksen ja Latvuksen auttamisen teologian jäsenyyksen kanssa: Keskiössä on kohtaamisen tapahtuma, ei niinkään yksittäisten ihmisten motivaatioperusta. Artikkelin otsikon mukaisesti tarkastelun lähtökohtana tässä kuitenkin kohtaamisen teologia. Sanavalinnalla painotetaan tietynlaista neutraaliutta: Vaikka sekä diakonian että hoitotyön kohtaamisissa on usein kysymys siitä, että ammatillainen auttaa toista, lähtökohtana on kuitenkin tasavertainen kumppanuus, jossa ihminen kohtaa ihmisen.

Luominen – Rakkaus kutsuu dialogiin

Kristillisen uskon mukaan ihminen on Jumalan luoma olento ja sellaisena hänen kuvansa (lat. *Imago Dei*). Luomiskertomuksen mukaan ihmisen olemassaolo perustuu Jumalan tahtoon. Genesiksen ensimmäinen luku kertoo, miten Jumala luomistyön alussa ikään kuin neuvottelee itsensä kanssa ja tekee päätöksen ihmisen luomisesta: ”Tehkäämme ihminen kuvaksemme ja kaltaiseksemme.” (1. Moos. 1:26.) Luomiskertomus ei niinkään anna vastauksia luonnontieteellisiin kysymyksiin ihmisen alkuperästä ja kehitymisestä, vaan perustelee ihmisen ainutlaatuisuutta ja arvoa sekä paikkaa ja suhteita maailmassa.

Jumalan kuvan kaltaisuus koskee jokaista ihmistä ja sulkee sisäänsä koko inhimillisen olemuksen, niin sielun, ruumiin kuin hengenkin. (Pihkala, 2009, 134.) Tämä luo perustan sille, että ihmistä tulisi aina tarkastella kokonaisuutena. Luotuisuus asettaa myös kaikki ihmiset tasaveroiseen asemaan oli heidän sukupuolensa, kansallisuutensa, ikänsä, vakaumuksensa tai rotunsa mikä tahansa. Jumalan kuvana oleminen koskettaa koko ihmiskuntaa. Voidaan ajatella, että ihmiset yhdessä muodostavat Jumalan kuvan. Luomiskertomuksessa käytetty heprean kielen ihmistä merkitsevä sana ’Adam’ on sekä erisnimi että yksittäistä ihmistä tai koko ihmiskuntaa tarkoittava käsite.

Millaisen Jumalan kuva ihminen sitten on ja mitä Jumalan kuvana oleminen merkitsee? Kristinuskon klassisen tulkinnan mukaan Jumala on kolminainen, yksi olemus ja kolme persoonaa: Isä, Poika ja Pyhä Henki. Tämä oppi Jumalan kolminaisuudesta muotoutui ensimmäisten kristillisten vuosisatojen aikana ja se on nähtävissä varhaisissa kristillisissä uskontunnustuksissa, kuten Nikean uskontunnustuksessa (tarkemmin sanottuna Nikaian-Konstantinopolin uskontunnustuksessa) sekä Athanasioksen uskontunnustuksessa (Pihkala, 2009, 90–91, 110–111). Raamatussa sen sijaan selkeästi muotoiltua kolminaisuusoppia ei ole löydettävissä, mutta kylläkin useita viitteitä siitä. Tärkeä esimerkki on lähetyskäsky, jossa Jeesus kehottaa: ”Menkää siis ja tehkää kaikki kansat minun opetuslapsikseni: kastakaa heitä Isän ja Pojan ja Pyhän Hengen nimeen.” (Matt. 28:19.)

Jumalan kuvaaminen kolmeksi persoonaksi korostaa sitä, että hän olemukseensa liittyy keskeisellä tavalla suhteessa oleminen. Pyhän kolminaisuuden persoonat, Isä, Poika ja Pyhä Henki, ovat riippuvaisia toisistaan ja elävät keskinäisessä jakamisen suhteessa.

Persoonan käsitteen juuret ovat roomalaisessa teatterimaailmassa, jossa se tarkoitti alun perin näyttelijöiden käyttämää naamiota. Se viittasi siten rooliin tai osaan, jota joku näytteli. Jumalan olemuksen kuvaamisessa persoonan käsitteen

otti todennäköisesti ensimmäisenä käyttöön kirkkoisä Tertullianus. Alistér Mc-Grath (2012, 281–282) toteaa, että Tertullianus halusi ehkä tulkita idean Jumalan yhdestä olemuksesta ja kolmesta persoonasta siten, että Jumala esitti kolmea eri-laista, mutta samalla yhteenkuuluvaa roolia ihmiskunnan pelastuksessa.

Kolminaisuusoppi kuvaa Jumalan dynaamisuutta ja rakkautta. Jumala on olemukseltaan sellainen, että hän kutsuu ja kaipaa luotujaan vuorovaikutukseen ja yhteyteensä. Jumalan olemukseen sisältyvä vuorovaikutus on rakkauden täyttämää – tai pikemminkin se on kokonaan rakkautta (ks. esim. Joh. 3:16 ja 1. Joh. 4: 7–10) .

Jumalan kuvan kaltaisuus tarkoittaa, että ihminen on luotu elämään vuorovaikutussuhteissa. Luodessaan ihmisen Jumala loi olennon, jonka kanssa hän voi puhella ja joka kuuntelee häntä. Ihmistä ei siten ole kutsuttu elämään passiiviseen vastaanottajan rooliin vaan aktiiviseen dialogiin Luojansa kanssa. (Sainio 1989, 26–27.) Dialogisuus määrittää ihmisen suhdetta Jumalaan, mutta myös hänen suhdettaan toiseen ihmiseen ja luomakuntaan.

Samalla kun kristillinen käsitys ihmisestä painottaa ihmisen Jumalan kuvan kaltaisuutta, se näkee myös ihmisen syntisyyden. Synnin todellisuus on osa ihmisenä elämistä ja koskee jokaista. Syntiinlankeemukertomus (1. Moos. 3) kuvaa, miten ihminen rikkoo luottamussuhteen. Vaikka Jumala sen jälkeen edelleen kutsuu ihmistä luokseen, syntiinlankeemus on tuonut suhteeseen jotain sellaista, että ihminen haluaa piiloutua Jumalan katseelta.

Lankeemuksen seurauksena myös ihmisten välisissä suhteissa on säröjä. Martti Lutherin mukaan synty ei merkitse vain ihmisen pahoja tekoja vaan myös sellaista asennoitumista, joka tulee esille itsekkyytenä ja välinpitämättömyytenä lähimmäistä kohtaan. (Kopperi 2015, 83.)

Johanneksen evankeliumissa Jeesuksesta puhutaan Jumalan Sanana (kr. logos), jonka voimalla kaikki on syntynyt (Joh. 1:1–3) ja joka tulee lihaksi (Joh. 1:14). Jumala luo Sanansa välityksellä maailmankaikkeuden. Sanan välityksellä myös tapahtuu se Jumalan rakkauden teko, joka pelastaa ihmisen. Jumalan rakkaus ihmiskuntaa kohtaan kulminoituu Kristuksessa ja hänen elämässään ja kuolemasaan. Samalla Jeesus ihmiseksi syntyneenä ja ihmisen elämän eläneenä ilmentää täydellistä Jumalan kuvaa. Siinä, miten Jumalan rakkaus ilmenee Kristuksen syntymässä, elämässä ja ristinkuolemassa, on myös kysymys dialogista.

Kristillisen teologian mukaan ihminen kohtaa toisessa ihmisessä aina myös Kristuksen. Esimerkiksi Matteuksen evankeliumin 25 luku kertoo, miten ihminen lähimmäisiä auttaessaan tulee auttaneeksi Kristusta. Palvellessaan lähimmäistään ihminen palvelee Jumalaa. Kristuksen kohtaaminen lähimmäisessä on

yhtä todellista kuin hänen läsnäolonsa evankeliumissa tai ehtoollisen sakramentissa. (Huttunen 2009, 95.)

Dialogi on edellä tarkastellun perusteella teologinen käsite, joka syvällisellä tavalla ilmentää sekä Jumalan olemusta että ihmisen tehtävää ja paikkaa maailmassa. Samaan aikaan dialogin käsitettä käytetään monella tieteenalalla ja se voidaan määritellä myös hyvin käytännölliseksi työn tekemisen menetelmäksi.

Dialoginen suhde, valta ja vastuu

Viime vuosikymmenten aikana dialoginen lähestymistapa ja dialogi menetelmänä ovat olleet kiinnostuksen kohteena sosiaali- ja terveystieteillä sekä kasvatustieteissä. Kiinnostuksen moottorina on ollut tarve vahvistaa asiakkaiden ja potilaiden äänen kuulumista. Esimerkiksi *Avoim dialogi* on 1980–1990-luvuilla psykiatrisessa hoitotyössä kehitetty malli (Seikkula & Alakare 2004), jota sovelletaan myös sosiaalialan asiakastyössä. *Ennakointidialogin* mallia on puolestaan kehitetty erityisesti lapsiin, nuoriin ja perheisiin liittyvän moniammatillisen työn piirissä. (Seikkula & Arnkil, 2009, 19–32.) Kummankin mallin perusideana on, että asiakas ja hänen lähiverkostonsa nähdään aktiivisina toimijoina sen sijaan, että heitä kohdeltaisiin passiivisina avun vastaanottajina.

Kirkon diakoniatyössä dialogiset menetelmät ovat myös olleet käytössä (ks. esim. Aalto 2009). Dialoginen lähestymistapa on välttämätöntä myös silloin, kun kirkon työntekijät toimivat asiantuntijoina moniammatillisissa yhteistyöverkostoissa tai työskentelevät tilanteissa, jossa erilaiset vakaumukset ja uskonnot kohtaavat. (ks. esim. Kutsu dialogiin 2016, Kirkkohallitus 2018, 14, 25.)

Dialogin ja dialogisen lähestymistavan sekä dialogisten menetelmien taustalla on löydettävissä monia juuria ja juonteita. Dialogisen filosofian lähtökohdat ovat jo antiikin Kreikassa ja Sokrateen radikaalissa opetustyyliässä sekä Platonin dialogin muotoon kirjoittamissa teksteissä. (Alhanen 2017, 24–26.) Modernin ajan dialogista filosofiaa edustavat muun muassa itävaltalais-israelilainen Martin Buber, venäläinen Mikhal Bakhtin sekä liettulais-ranskalainen Emmanuel Levinas (ks. esim. Värri 2002 ja Mönkkönen 2007). Pedagogiikan ja kasvatuksen alalla brasilialaisen Paolo Freiren sorrettujen pedagogiikka perustuu myös dialogiseen lähestymistapaan. (Freire 2005.)

Martin Buber oli juutalainen teologi ja filosofi, joka analysoi dialogin ja persoonan käsitteitä erityisesti pääteoksessaan *Minä ja Sinä* (1999). Buberin mukaan ihmisten suhteet ovat kahtalaisia: Minä-Se-suhteisiin liittyy aina kategorisointia ja esineellistämistä sekä laskelmoivaa ja omistavaa asennoitumista. Minä-Sinä-

suhteet puolestaan edustavat autenttista kohtaamista, jossa toinen ihminen kohdataan sellaisena kuin hän on. (McGrath, 2012, 283–284; Nivala & Ryyänen, 2019, 112.) Ihmisten välisen kohtaamisen, myös ammatillisen kohtaamisen, tulisi aina olla Minä-Sinä-suhde.

Dialogisessa vuorovaikutuksessa keskeistä on ei-tietämisen asenne. Ihminen ei koskaan voi varmuudella tietää toisen ihmisen elämää ja asioita, mutta hän voi kysyä niistä ja yrittää ymmärtää. Ainoa keino tavoittaa jotain siitä, mitä toisen ihmisen maailmassa liikkuu, on olla läsnä, antaa tilaa ja kuunnella. Siitä huolimatta toinen ihminen jää aina lopulta mysteeriksi. Mysteerin idea tulee lähelle dialogisen filosofian toiseuden käsitettä. Esimerkiksi Levinas painottaa, että jokaisen tulisi toimia inhimillisessä vuorovaikutuksessa siten, että toinen ihminen, toinen persoona voi säilyttää toiseutensa. Jokaiseen inhimilliseen kohtaamiseen sisältyy siten eettinen vastuu toisesta ihmisestä. (Tuohimaa 2001.)

Sekä hoitotyössä että diakoniatyössä kohdataan usein ihmisiä, jotka ovat haavoittuvassa asemassa, kärsimyksen ja sairauden keskellä. Hoitotyössä on tilanteita, joissa joudutaan tekemään päätöksiä potilaan puolesta. Kriisitilanteissa ammatillisena on monesti vain tehtävä ratkaisuja saatavilla olevan tiedon ja oman tulkinnan mukaisesti. Tärkeää on, että ammattilainen on tietoinen tehtäväänsä sisältyvästä vallasta ja omista motiiveistaan. (Ks. esim. Haho 2006, 47, 161, 167.)

Ulla Jokela (2011) on tutkinut diakoniatyön asiakkaiden kokemuksia ja niiden takana olevia hallinnan käytäntöjä. Tutkimuksessa nousi esille kolmentasoisia hallinnan suhteita, jotka määrittivät asiakkaiden, työntekijöiden ja muiden asianosaisten välisiä suhteita. Ensimmäinen on vaihtosuhteeseen perustuva kohtaaminen diakoniatyöntekijän ja asiakkaan välillä. Usein vaihtosuhte laajenee koskettamaan myös muita asianosaisia, kuten perheenjäseniä tai diakoniatyön yhteistyökumppaneita. (Jokela 2011, 184.) Diakoniatyössä saatu apu on asiakkaan kannalta pyyteetön lahja, jota ei tarvitse maksaa takaisin. Pyyteettömyyttä pidetään kristillisenä hyveenä, mutta samalla siihen sisältyy jännitteitä, jos esimerkiksi työntekijällä on tiedostamattomia odotuksia vastalahjasta, kuten vaikkapa asiakkaan kuntoutumisesta. (Jokela 2011, 185–186.)

Toinen taso muodostuu diakoniatyöhön sisältyvistä hallinnan suhteista, joihin sisältyy valtaa. Ihmisten arjessa valta ilmenee hallinnan käytäntöinä, joita voivat olla esimerkiksi hengellisten ja henkisten kysymysten arvottaminen ruumiillista korkeammalle, avustamiseen piiloutuva nöyryytys, asiakkaiden valikointi, rajattu valinnan vapaus ja sattumanvaraisuus. Samalla diakoniatyön valta sisältää myös positiivisia elementtejä, esimerkiksi mahdollisuuden kiirettömään kohtaamiseen ja konkreettiseen apuun. (Jokela 2011, 184–185.)

Kolmas taso koskee diakoniatyön yhteiskunnallista ulottuvuutta. Usein diakoniatyö paikkaa ja täydentää yhteiskunnan aukkoja. Yksityisen ihmisen näkökulmasta apu on yleensä paikallaan, mutta samalla mahdollistaa hyvinvointivaltiota purkavan kehityksen jatkumisen. (Jokela 2011, 185.) Diakoniatyöllä on tärkeä tehtävä heikoimmassa asemassa olevien puolesta puhujana ja palveluiden varmistajana (Jokela 2011, 190–191). Keskeisenä osana diakoniaa on siten myös yhteiskunnallinen vaikuttaminen, kuten epäoikeudenmukaisten ja syrjiviin rakenteiden ja käytäntöjen osoittaminen ja tasa-arvoa edistävien ratkaisujen etsiminen.

Dialogin siunaus

Kuten aiemmin jo todettiin, dialogisen kohtaamisen peruslähtökohtana on ajatus siitä, että toinen ihminen on aina ”toinen”. Toista ihmistä ei tule ymmärtää vain oman minän jatkeena vaan toisenlaisena ja erilaisena. Saarinen (2008, 11–12.) toteaa, että toista ihmistä on vaikea ymmärtää toisenlaisena, koska ihminen usein asettaa itsensä toisen asemaan. Toisen syvällisempi ymmärtäminen on mahdollista vain silloin, kun kohtaamiseen sisältyy myös ymmärrys toisen erilaisuudesta. Levinas sanoittaa tätä muun muassa siten, että inhimillisen vuorovaikutuksen tulisi olla sellaista, että toisella ihmisellä on mahdollisuus säilyttää toiseutensa. (Jokinen 1997, 7–8.) Dialogin tavoitteena ei ole samanmielisyys tai samankaltaisuus vaan se, että erilaiset kokemukset, tarinat ja ymmärrykset asettuvat rinnakkain.

Päivi Thitz (2013) on tutkinut yhteisöllisyyttä ja osallisuutta seurakunnissa. Tutkimuksessa löytyi erilaisia osallisuutta vahvistavia puheen tapoja työntekijäkeskeisestä puhettavasta kumppanuuslähtöiseen dialogiin sekä kamppailevaan tai neuvottelevaan rajankäyntipuheeseen. Kun ihmiset tuovat esille omia näkemyksiään tietämättä, miten muut niihin reagoivat, ollaan uuden ja tuntemattoman edessä. Myös kiistat ja jännitteiset tulkinnat ovat silloin mahdollisia. (Thitz 2013, 195–210.)

Veli-Matti Värri (2002, 64–65) viittaa Buberiin tarkastellessaan kahden tai useamman ihmisen kohtaamisessa syntyvää vuorovaikutuksen tilaa. Buber kuvaa tätä tilaa käyttämällä saksankielistä käsitettä *Zwischen*, joka merkitsee välillä olevaa tilaa. (Värri 2002, 64–65). Teologit Juha Luodeslampi (2013, 53–57) ja Risto Saarinen (2008, 12) kuvaavat vuorovaikutuksessa syntyvää tilaa tai ilmapiiriä kolmanteuden käsitteellä. Kahden ihmisen kohtaamisessa syntyy tunnelma, ilmapiiri tai henki, joka on luonteeltaan aivan erityinen ja asettuu ikään kolman-

neksi suhteessa. Vuorovaikutuksen jatkon kannalta on tärkeää, millainen tämä kohtaamisessa muodostuva kolmanteus on luonteeltaan. Onko se ahdistavaa ja tukahduttavaa vai positiivista, erilaisten näkemysten vapautta tukevaa olemista? Kun keskustelussa tai olemisessä on tila erilaisille ”toisille”, myös ristiriitaisille ja jännitteisille näkemyksille, voi kuitenkin syntyä myös luottamuksen tila, joka on luonteeltaan aivan erityinen.

Esimerkiksi seurakunnan diakoniatyöntekijän ja varhaiskasvatuksen ohjaajan ohjaamalla leirille voi rakentua erityisen hauska ja rento ilmapiiri, jossa entuudestaan tuntemattomat ihmiset rohkaistuvat jakamaan omia kokemuksiaan. Tai diakonissa voi kohdata psykiatrisella osastolla potilaan, jonka kanssa viriää keskustelu ruuanlaitosta. Vaikka keskustelu liikkuu jokapäiväisessä asiassa, syntyy kuitenkin luottamusta ja toivoa rakentava ilmapiiri.

Saarinen (2008, 13) toteaa, että tällaisena yllätyksellisenä, uutena asiana ihmisten kohtaamisissa syntyvä positiivinen kolmanteus on kuin siunaus tai palkinto, joka lähes mystisellä tavalla rikastaa ihmisten maailmaa. Kristillinen tulkinta voisi olla, että Jumala on rakkaudessaan läsnä näissä kohtaamisissa ja jakaa niissä hyvää.

Sielunhoidossa tapahtuvaa kohtaamista voidaan kuvata kolmiolla, jonka kärjissä ovat sielunhoitaja ja sielunhoidettava sekä Jumala (Kiiski 2009, 11). Vaikka sielunhoitotilanteessa käsiteltävä asia eli kolmion keskus ei liittyisi mitenkään ihmisen Jumala-suhteeseen, Jumala on kuitenkin tapahtumassa läsnä kuten kaikessa muussakin luotujensa kohtaamisessa. Pyhä Henki on se kolminaisuuden persoonista, joka kohtaamisissa on läsnä rohkaisevana ja toivoa tuovana rakkauden siteenä.

Dialogi kokonaisvaltaisena kohtaamisena

Ammatillisissa kohtaamisissa dialogin käsite liitetään yleensä ensisijaisesti sanalliseen vuorovaikutukseen, mutta siinä on kysymys paljon muustakin. Erityisen haastavaa dialogin rakentaminen on niissä tilanteissa, joissa ihmisen kommunikointikyky on esimerkiksi vamman tai sairauden takia rajoittunutta. Raili Gotthóni esimerkiksi kirjoittaa tämän kirjan artikkelissaan kosketuksen merkityksestä diakonisessa hoitotyössä.

Teologisena käsitteenä dialogi sulkee sisäänsä ajatuksen ihmisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta. Raamatussa ihmisen olemukseen liitetään usein ihmisen olemukseen liitetään käsitteet ruumis, sielu, henki ja sydän. Nämä käsitteet ovat monitulkintaisia ja sisältävät erilaisia vivahteita. Sielulla voidaan esimerkiksi tar-

koittaa mielialaa, tunnetta, elämää tai persoonaa. (Sainio 1989, 15–51.) Raamatun tekstit kuvaavat ihmistä moniulotteisesti ja ottavat huomioon inhimillisen elämän monet ulottuvuudet.

Sosiaali-, terveys- ja kasvatuksen alalla kokonaisvaltaisella kohtaamisella tarkoitetaan ihmisen psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen ja henkisen ulottuvuuden huomioimista. Holistisen ihmiskäsityksen merkitystä näille aloille on tuonut esille erityisesti Lauri Rauhala (1983/2014). Rauhalan mukaan ihmisen olemassaolo toteutuu kolmena perusmuotona: Kehollisuus merkitsee olemassaoloa orgaanisena tapahtumana. Tajunnallisuus kuvaa olemassaoloa psyykkis-henkisenä olemassaolona ja tähän sisältyy myös hengellinen ulottuvuus. Situationaalisuus kuvaa ihmisen erilaisia suhteita, esimerkiksi suhteita erilaisiin tiloihin ja toisiin ihmisiin. (Rauhala 2014.)

Kirkon diakoniatyössä on kehitetty lähestymistapaa, jossa diakoninen tai kokonaisvaltainen kohtaaminen rakentuu kuudesta ulottuvuudesta (Juntunen, Mäkelä & Saarela 2013). Nämä ulottuvuudet ovat tarkoitus, rakkaudellinen asenne, toivoa luova ilmapiiri, ihmisen todesta ottava vuorovaikutus, osallisuutta tukevat teot ja salaisuusien kunnioittaminen (Juntunen, Mäkelä & Saarela 2013). Kokonaisvaltaisen kohtaamisen lähestymistavassa kiteytyvät aiemmin kuvatut kristillisen lähimmäisenrakkauden sekä dialogin teemat.



KUVIO 1: Kokonaisvaltainen kohtaaminen (Juntunen, Mäkelä & Saarela 2013).

Kohtaamisella on yleensä jokin *tarkoitus*. Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa tapaamisen sisältö ei tyhjene vain tapaamisen ilmeiseen tarkoitukseen. (Juntunen ym. 2013, Gävert & Thitz 2018, 227.) Aidosti kokonaisvaltainen kohtaaminen mahdollistuu silloin, kun tilanteessa on riittävästi aikaa ja resursseja elämän eri osa-alueiden käsittelyyn. Diakoniatyössä on esimerkiksi huomattu, että asiakkaalle voi olla hyvin merkittävää se, että työntekijä on kiinnostunut hänen elämäntarinastaan. (Gävert & Thitz 2018, 226–227.)

Kokonaisvaltaisen kohtaamisen lähtökohtana oleva *rakkaus* auttaa näkemään ja hyväksymään toisen ihmisen ainutlaatuisuuden ja erityisyyden sekä luovuttamattoman ihmisarvon. (Juntunen ym. 2014.) Rakkaudellinen lähestymistapa tukee ihmistä pysähtymään haastavien asioiden äärelle. Se luo tilaa, jossa on mahdollista kohdata myös rikkinäisyyttä, keskeneräisyyttä, riippuvuutta ja haavoittuvuutta. Rakkaus ilmenee hyväksyvänä katseena. Hyväksytyksi tulemisen kokemus voi auttaa ihmistä löytämään motivaatiota omaa elämää koskevaan muutokseen ja vastuulliseen asenteeseen. (Gävert & Thitz 2018, 220–221.)

Hyvään kohtaamiseen liittyy myös luottamuksellinen *ilmapiiri*. (Juntunen ym. 2013.) Kohtaamisessa syntyy tila, jolle on ominaista tasa-arvo ja valta-asemista luopuminen. Luottamus voi syntyä rauhallisessa ja kiireettömässä kohtaamisessa. (Gävert & Thitz 2018, 221–222.)

Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa *vuorovaikutus* perustuu kumppanuuteen, vieraanvaraisuuteen ja elämäntarinoiden jakamiseen. (Juntunen ym. 2013.) Kumppanuudessa on kysymys molemminpuolisesta vastuun ottamisesta sekä sitoutumisesta. Asiakasta tai potilasta ei nähdä työn kohteena vaan aktiivisena ja vastuullisena toimijana. Lähestymistapa vaatii työntekijältä vuorovaikutukseen antautumista ja samalla myös omien juuriensa ja oman elämäntarinansa merkityksen tiedostamista ja reflektointia. (Gävert & Thitz 2018, 222–223.) Martti Lindqvist kirjoitti Auttajan varjo -teoksessaan, miten auttamistyötä tekevän oma elämänhistoria vaikuttaa kohtaamisissa joko tiedostetusti tai tiedostamattomana. Omien motiivien ja lähtökohtien pohtiminen ja niihin tutustuminen on keskeinen osa eettistä ammattilaisuutta. (Lindqvist 2006.)

Kokonaisvaltainen kohtaaminen edellyttää myös *tekoja*, niitä toimenpiteitä, jotka ovat välttämättömiä asiakkaan tai potilaan auttamisessa (Juntunen ym. 2013). Kysymys on myös siitä, miten työntekijä perehtyy asiakkaan tai potilaan tilanteeseen ja järjestää tapaamisen tilaa. Toisinaan työntekijä joutuu myös tasa-painoilemaan asiakkaan toimijuuden ja oman tekemisen välillä. (Gävert & Thitz 2018, 223.) Tekemiseen kuuluu myös se, että ammattilainen päivittää ja kehittää omaa ammattitaitoaan.

Salaisuus-näkökulma muistuttaa siitä, että kohtaamisessa kaikki ei koskaan tule näkyväksi, mutta siinä voi avautua uusia merkityksiä (Juntunen ym. 2013). Työntekijän on tärkeää toisaalta mahdollistaa nähdyksi ja kuulluksi tulemisen kokemus ja toisaalta huolehtia siitä, että säilyy oikeus myös vaikenemiseen joistakin asioista. Vaikka kohtaamisissa pyritään elämän kokonaisvaltaiseen tarkasteluun sen heikkoudet ja vahvuudet mukaan lukien, kohtaamisessa jää aina myös salaisuuksia, ja näin saakin tapahtua. (Gävert & Thitz 2018, 224–225.)

Kristillisen perinteen mukaisesti kohtaamisissa on aina mukana myös pyhän läsnäolo. Kohtaamisen salaisuus tai dialogin mysteeri on siinä, että lupauksensa mukaan Kristus on läsnä siellä, missä kaksi tai kolme on koolla hänen nimessään. (Juntunen ym. 2013.) Kohtaamisessa esille tulevat kysymykset ja elämäntilanteet sekä kohtaamisen tilanne on mahdollista jättää Jumalan käsiin.

Tämän artikkelin tehtävänä oli hahmotella diakonisessa hoitotyössä tapahtuvan kohtaamisen teologisia lähtökohtia. Diakonisen hoitotyöhön liittyviä teologisia ulottuvuuksia on tarkasteltu eri näkökulmista myös muissa julkaisun artikkeleissa. Esimerkiksi Malkavaara käsittelee diakonista hoitotyötä diakonian viran näkökulmasta, ja Gothóni pohtii ruumiillisuuden teologiaa. Diakonisen hoitotyön teologian tarkastelussa olemme kuitenkin kaiken kaikkiaan vasta alkumetreillä, ja on selvää, että käsitettä koskevan keskustelun täytyy jatkua. Diakonisen hoitotyön teologian systemaattinen esitys olkoon tulevaisuuden haaveena ja haasteena.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Aalto, K. (2009). *Sielunhoidon aikakauskirja 21: Dialogi*. Helsinki: Kirkon koulutuskeskus, Kirkon sairaalasielunhoito, Kirkon perheasiat.
- Ahlanen, K. (2016). *Dialogi demokratiassa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Buber, M. (1999). *Minä ja sinä*. Helsinki: WSOY.
- Eriksson, K. (1989). *Caritas-idea*. Hämeenlinna: Karisto oy.
- Freire, P. (2005). *Sorrettujen pedagogiikka*. Helsinki: Vastapaino.
- Gävert, T. & Thitz, P. (2018). Nähdyksi ja kuulluksi tulemisen mahdollistaminen diakoniatyön kohtaamisissa. Teoksessa H. Kostilainen & A. Nieminen (toim.) *Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia* (s. 215–230). (Diak työelämä 13). Saatavilla <https://www.theseus.fi/handle/10024/141721>
- Haho, A. (2006.) *Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin*. (Acta Universitatis Ouluensis D Medica 898). (Väitöskirja, Oulun yliopisto). Saatavilla <http://urn.fi/urn:isbn:9514282590>
- Hautala-Jylhä, P., Kankare, H. & Munnukka, T. (2004). *Lähimmäisenrakkauden puolustus: uusvanha näkökulma hoitotyöhön*. Helsinki: Tammi.
- Henttonen, K. (1997). *Voiko sen sanoa toisinkin? Diakoniatieteen lähtökohdat ja valinnat*. (Lahden ammattikorkeakoulun julkaisusarja C 1997:1). Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu.
- Huttunen, H. (2009). *Kristuksen kasvot kärsivässä lähimmäisessä*. (Anno Domini 2009. Diakoniatieteen vuosikirja.) (s. 93–103). Lahti: Lahden Diakoniasäätiö, Lahden diakonian instituutti.
- Jokela, U. (2011). *Diakoniatyön paikka ihmisten arjessa*. (Diakonia-ammattikorkeakoulu A Tutkimuksia 34). (Väitöskirja. Helsingin yliopisto). Saatavilla <https://www.theseus.fi/handle/10024/140387>.
- Juntunen, E., Mäkelä, M. & Saarela, T. (2013). Diakonisen kohtaamisen huoneentaulu. *Diakonia* 5/3.
- Kirkkohallitus (2012). *Saavu. Kirkon saavutettavuusohjelma*. (Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisu 2012:2). Saatavilla: <https://evl.fi/plus/yhteiskunta-ja-kirkko/saavutettavuus/saavutettavuusohjelma>
- Kirkkohallitus 2018. *Raportti: Missiologian tuntemus ja osaaminen kirkon työssä*. Saatavilla 26.3.2020 evl.fi/uutishuone/tiedotarkisto/-/items/item/18010/Asiantuntijaraportti-+Kirkon+mentava+entista+nemman+ihmisten+pariin+ja+suunnattava+resurssija+mediassa+vaikuttamiseen#fdfa4dd0
- Koivisto, K. (2019). Ohjaus ja dialogi hoitotyössä. *ePooki*. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisu. Saatavilla: <http://www.oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/> (viitattu 11.3.2020.)
- Koet, B.J., Murphy, E. & Ryökäs, E. (toim.) (2018). *Deacons and Diakonia in Early Christianity. the First Two Centuries*. (Wissenschaftliche Untersuchungen zum Neuen Testament 2. Reihe. 479). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Kopperi, K. (2007). Miksi rakastaa lähimmäistä? Luterilaisen diakonian teologian lähtökohtia. Teoksessa Elenius, A. & Latvus, K. (toim.) *Auttamisen teologia*. (s. 143–157). Helsinki: Kirjapaja.
- Kopperi, K. (2014). *Ristin rakkaus: Matka Lutherista suomalaisen seurakuntaelämään*. Helsinki: Kirjapaja.
- Kutsu dialogiin* (2016). Uskontojen välinen ja kristittyjen keskinäinen vuoropuhelu. (Suomen ekumenisen neuvoston julkaisu CV). Saatavilla http://www.ekumenia.fi/julkaisu/sen_julkaisu_1987-kutsu_dialogiin_uskontojen_valinen_ja_kristittyjenkeskinaiseen_vuoropuhelu/
- L 1054/1993.*Kirkkolaki*. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931054>
- Latvus, K. (2007). Auttajan viran alkuperän uusi tulkinta. Teoksessa A. Elenius & K. Latvus (toim.) *Auttamisen teologia*. (s. 52–82.) Helsinki: Kirjapaja.

- Latvus, K. (2017). *Diaconia as care of the poor. Critical Perspectives on the Development of the Caritative Diaconia*. (Kirkon tutkimuskeskuksen verkkojulkaisuja 53). Saatavilla <http://notes.evl.fi/vanhasak.nsf/sp?open&cid=julkaisu&tit=Diaconia-as-Carefor-the-Poorenglish>
- Lindqvist, M. (2006). *Auttajan varjo. Pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa*. Helsinki: Otava
- Malkavaara, M. (2007). Suomalaisen diakoniatyön taustat ja nykytilanne. Teoksessa A. Elenius & K. Latvus (toim.) *Auttamisen teologia*. (s. 83–121.) Helsinki: Kirjapaja.
- Malkavaara, M. (2015). *Diakonia ja diakonivirka*. Suomen ev.lut. kirkon julkaisuja 26. Kirkko ja toiminta. Helsinki: Kirkkohallitus. Saatavilla <http://notes.evl.fi/vanhasak.nsf/sp?open&cid=julkaisu&tit=Diakonia-ja-diakonivirka>.
- McGrath, A. E. (2012). *Kristillisen uskon perusteet. Johdatus teologiaan*. Helsinki: Kirjapaja.
- Myllylä, M. (2004) Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulu: Oulu University Press (Väitöskirja, Oulun yliopisto). Saatavilla <http://urn.fi/urn:isbn:9514273567>
- Nivala, E. & Rynänen, S. (2019). *Sosiaalipedagogiikka. Kohti inhimillisempää yhteiskuntaa*. Helsinki: Gaudeamus
- Nordstokke, K. (2019). Diakonia as a Mark of the Church. In S. Dietrich, K. Jørgensen, K. Karsrud Korslien & K. Norstokke (eds.) (p. 27–40.) *The Diaconal Church*. Oxford: Regnum.
- Paldanius, A. (2002). *Lähimmäisenrakkaus hoitotyön koulutuksessa. Miten hoitotyön opiskelijat kuvaavat lähimmäisenrakkautta koulutuksen ja työkokemuksen edetessä?* (Acta Universitatis Lappeensis 45) (Väitöskirja, Lapin yliopisto).
- Pihkala, J. (2009). *Uskoa tiedosta ja tietoa uskosta*. Johdatus dogmatiikkaan. Helsinki: Editia
- Rauhala, L. (1983/2014). Ihmiskäsitys ihmistyössä.
- Ryökäs, E. (2020). *Aikaan sidottu diakonian käsite. Tiedekriittinen yritys ymmärtää suomalaista diakoniakeskustelua*. (Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 289). Helsinki: Suomalainen Teologinen Kirjallisuusseura.
- Saarinen, R. (2008). Ihmisten kohtaamisen teologiaa. *Teologinen aikakauskirja* 1/113, s. 21–34, saatavilla 29.2.2020 <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/42068>
- Seikkula, J. & Alakare, B. (2004). Avoin dialogi: Vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 3/2004. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2004/3/duo94071>
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2009.) *Dialoginen verkostotyö*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <http://www.julkari.fi/handle/10024/79883>
- Thitz, P. (2013.) *Seurakunta osallisuuden yhteisönä*. (Diakonia-ammattikorkeakoulu Tutkimuksia A 40). (Väitöskirja, Kuopion yliopisto).
- Tuohimaa, M. (2001.) *Emmanuel Levinas ja vastuu Toisesta*. Niin & Näin 3/2001, s. 35–39. Saatavilla <https://netn.fi/lehti/artikkelikanta>
- Väri, V-M. (2002). Hyvä kasvatusta – kasvatusta hyvään. Dialogisen kasvatuksen tarkastelu erityisesti vanhemmuuden näkökulmasta. (Väitöskirja, Tampereen yliopisto).
- Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little, Brown.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised Edition*. Boulder: University Press of Colorado

Raili Gothóni

6 KEHOLLISUUS JA KOSKETUS

Liian monet joutuvat elämään ilman, että joku kuuntelisi tai koskettaisi heitä. Sielunhoidossa kuunnellaan myös kehon puhetta. Kehollisuus näkyy sakramenteissa, rukouksessa sekä draaman ja liikkumisen yhdistämisessä hengelliseen kontekstiin. Sairaanhoidaja-diakonissan tehtävä on toimia lähellä ihmistä. Työhön kuuluu kosketus, jossa huomioidaan tilan ja rajojen tarve sekä kulttuurin vaikutus niihin. Kosketuksen avulla voidaan luoda yhteyttä, lohduttaa, välittää turvallisuutta, avustaa, hoitaa ja kontrolloida. Sairaanhoidaja-diakonissan erityisosaamisalue on hengellinen kosketus.

Kehollisuus

Luotuna ja lunastettuna

Tarkastelen ensin ihmistä Raamatun luomiskertomusten (1 Moos. 1:1–2:3 ja 1 Moos. 2:4–25) kautta. Luomiskertomuksia on tulkittu eri tavoin. Luodut on nähty hierarkkisesti. Ihminen on sen tulkinnan mukaan muita luotuja korkeampi ja hänellä on valta hallita luomakuntaa. Toisen tulkinnan mukaan ihmisen tehtävä on varjella luontoa. Hän on taloudenhoitaja ja vastuullinen luomakunnasta. Kolmantena tulkintamahdollisuutena on pidetty vuorovaikutussuhteen, keskinäisen riippuvuuden, dialogisuuden ja yhteenkuuluvuuden näkökulmaa. (Veikkola 2007, 21–44.) Mielestäni viimeksi mainittu tulkinta kuvaa parhaiten ihmisen asemaa suhteessa omaan kehoon, toisiin ihmisiin ja luontoon.

Kun Jumala katseli kaikkea luomaansa, hän totesi, että se oli kaunista. Ihmiset ovat monenlaisia, mutta he ovat aina ainutlaatuisuudessaan kauniita. Ihmisten mittapuu kauniista tai tapa tarkastella kehoa muokattavana objektina eivät ole diakonisen hoitotyön näkökulmasta kestäviä. Olisiko yksi diakonian tehtävä tukea ihmisiä huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan ja myös kehostaan? Diakonissa voi tukea ihmisiä iloitsemaan omasta kehollisuudestaan ja ihmisten kehojen moninaisuudesta. Ihmisenä olemiseen kuuluvat myös seksuaalisuus ja toisen

ihmisen kaipuu. Joskus työntekijät itse ja joskus apua hakevat ihmiset kaipaavat tukea oman seksuaalisuutensa hyväksymisessä. Korostettaessa kaiken luodun pyhyyttä ja arvostamista ekoteologian kysymykset liittyvät osaksi ruumiin teologiaa.

Ihminen on ruumiillis-sielullinen kudos, jossa osia ei voi erottaa toisistaan. Ruumis ei muodosta kuorta tai vankilaa, jossa sielu joutuu olemaan maanpäällisen elämän ajan. Kristillisessä ajattelussa ei koskaan voida käyttää rasia-sisältö-vertausta. Kristillinen ihmiskuva tulee esille myös siunauksessa: *Itse rauhan Jumala pyhittääkään teidät kokonaan ja varjeltakoon koko olemuksenne, teidän henkenne, sielunne ja ruumiinne, niin että olette nuhteettomat Herramme Jeesuksen Kristuksen tullessa* (1. Tess. 5:23).

Kehollisuus on olennainen osa Jumalan luomistyötä. Se on yhtä arvokas kuin henkisyys ja hengellisyys ihmisessä, ei sen arvokkaampi kuin kehon muokkausta korostavat mainokset ja vaatimukset selittävät. (Gothóni 2012, 16.) Se ei ole sen vähäisempi kuin kaiken hengellistämiseen pyrkivät dualistisen ihmiskäsityksen omaavat henkilöt joskus ajattelevat, tai kuten Ulla Siirto havaitsi omassa väitöskirjassaan joskus diakoniatyöntekijöiden tekevän arvottaessaan ihmisten avuntarpeita ja suhtautumistaan niihin. (Jokela 2011.)

Jumala luo ihmisen viattomaksi ja alastomaksi. Syntiinlankeemuksessa tilanne muuttuu täysin (1. Moos. 3:7–11). Ihminen tuli tietoiseksi alastomuudesta, vastuusta ja tottelemattomuudesta. Hän koki syyllisyyttä ja häpeää ja halusi peittää itsensä lehdillä ja lymytä piiloon. Diakoniatyöntekijän tehtävä on kuunnella ihmisten kokemuksia syyllisyydestä ja häpeästä. Syyllisyyttä ja häpeää ei tarvitse peittää, vaan antaa tilaa avoimelle tarkastelulle ja anteeksiannolle. (Nissinen 2002, 33.)

Jeesuksessa Jumala tuli ihmiseksi. Inkarnaatioteologian näkökulmasta Jumala ei ole läsnä vain kirjoitetussa sanassa vaan myös inhimillisissä dokumenteissa, kehollisissa elämän kertomuksissa ja kokemuksissa. Jeesuksen toiminnan kuvauksissa koskettamisesta on useita mainintoja. Kosketus oli sekä käsin koskettamista että kosketusta sanoin, hyväksyvin elein ja asentein. Hän tarttui kädestä, pani kätensä ihmisten päälle, ojensi kätensä ja kosketti. (Mark. 1:30–31; Matt. 9:24–25; Mark. 8:22–23; Mark. 1:40–42.) Diakoniatyöntekijän tehtävä on tarttua kädestä, kun joku kaipaa tukea ja apua. Hänen tehtävänsä on siunata ja koskettaa, kun apua hakeva sitä kaipaa.

Jumala tuli ihmiseksi pienenä lapsena. Jeesus syntyi ja aloitti elämänsä vauvana. Paimenet ja tietäjät kunnioittivat pientä vastasyntynyttä. Kunnioittaminen ei alkanut vasta sitten, kun Jeesus teki ihmeitä ja puhui viisaita. Kunnioitus ei alkanut Jeesuksen kärsimyksestä, kuolemasta ja ylösnousemuksesta. Kunnioitus alkoi

syntymästä. Tämä velvoittaa kaikkia ihmisiä kunnioittamaan toinen toistaan ja huolehtimaan kaikkien ihmisten ihmisarvosta kyselemättä heidän suorituksiaan, hyödyllisyyttään tai kunnollisuuttaan.

Sakramenteissa on sanan lisäksi myös konkreettinen aine. Ehtoollisessa on leipä ja viini. Kasteessa on vesi. Ruumis ottaa konkreettisesti vastaan ja tuntee niiden kautta Jumalan läsnäolon ja siunauksen. Rukous on kokonaisvaltaista. Kehollisuus näkyy käsien ristimisenä ja ristinmerkin tekemisenä. Ihminen kumartuu Jumalan puoleen. Kehorukous, kosketus virsi, rukoustanssi ja ylistystanssi ovat ilmaisia kehollisuuden lisääntyneestä huomioimisesta osana rukousta ja ylistystä. (Helle-Lahti 2015.)

Kehollisuus on jännitteinen käsite

Kristillisten kirkkojen historiassa on elänyt vahva jännite toisaalta ruumiin hyväksymisen ja arvostamisen, toisaalta ruumiin halveksunnan ja kieltämisen välillä.

Ihmiset ovat pelänneet ja halveksineet ruumiillisuutta, kieltäneet, alistaneet ja tukahduttaneet sen saastaisena ja pahana. Länsimaisissa ruumiillisuuden teologioissa on pyritty purkamaan kristinuskon ja seksuaalisuuden välistä jännitettä, dualistista käsitystä ruumiin ja hengen erillisyydestä ja käsittelemään sekä ruumiskielteisyyttä että sen osana seksuaalikielteisyyttä. Ruumis seksuaalisuutena ja ruumiskielteisyys seksuaalikielteisyytenä ovat länsimaisia tapoja pohtia kehollisuutta. (Vuola 2008.)

Vapautuksen teologioissa on painotettu sukupuolen, ihonvärin, kärsimyksen, köyhyyden ja vallan kysymyksiä. Vapautuksen teologian tarkastelun kohteina ovat kysymykset: Kenen tai keiden ruumiista puhutaan? Ketkä puhuvat? Millä tavalla puhutaan? Mistä vaietaan ja miksi? Köyhien maiden ruumiillisuuden teologioissa keskiöön nousevat ruumiillisuus puutteina, kärsimyksinä, nälkänä, janona ja kidutuksena. (Vuola, 2004.)

Länsimaista ruumiin teologiaa on kritisoitu seksuaalisuuskeskeisyydestä. Vapautuksen teologeille on huomautettu, ettei ruumis ei ole vain oikeutta ravintoon ja juomaan, vaan myös kaikkien ihmisten oikeutta ihmisarvoiseen elämään ja oman elämänsä subjektiivisuuteen, kehollisuuteen ja seksuaalisuuteen. (Vuola 2008.) Kokonaisnäkemys ihmisruumiin pyhydestä johtaa taisteluun ihmiskauppaa vastaan. Mikään luonnossa ei voi olla ahneen riiston kohde.

Uskonnon kielessä ja uskonnollisessa symboliikassa on paljon ilmaisia, jotka puhuvat inhimillisestä ruumiin tuskasta ja kärsimyksestä, mutta myös ruumiin ilosta, kiitollisuudesta ja nautinnosta. Esimerkiksi psalmeissa on tekstejä, joihin masentunut ja kärsivä ihminen voi samaistua. Samoin löytyy rakkau-

den ylistyksiä ja ilon ilmaisuja, jotka auttavat sanoittamaan rakkautta, iloa ja kiitollisuutta.

On ironista, että ihmiset, jotka kritisoivat kristillisten normien ruumiskielteisyyttä, alistuvat räökkääviin fitness-normeihin, tiukkoihin ruumiillisiin harjoituksiin ja ruumiin sekularisointiin. Modernin yhteiskunnan säännöt ja luokitukset vetoavat vahvasti jokaisen vapautteen suhteessa omaan ruumiiseensa. Usein se merkitsee alistumista biovaltaan, joka määrittää, kategorisoi, manipuloi, moralisoi. Kehollisuuden huomioiminen diakoniassa näkyy tekoina köyhyiden ja nälän poistamiseksi sekä toimintana, jolla vahvistetaan ihmisten oikeutta koskemattomuuteen ja tasavertaiseen mahdollisuuteen olla ylpeä omasta kehostaan ja sukupuolestaan.

Diakoniatyöntekijä käsittelee asiakastapaamisissa kehollisuutta kolmella eri tavalla. Ensiksi on tilanteita, joissa hän valitsee valmiista kategorioista tilanteeseen sopivan. Vain yksi vaihtoehto on oikea, valinta on joko tai. Esimerkiksi milloin on syytä tehdä lastensuojeluilmoitus tai millä perusteella taloudellinen avustus annetaan tai kielletään. Toiseksi apua hakevan ihmisen auttaminen edellyttää, että työntekijä hahmottaa todellisuutta sekä että näkökulmasta, jolloin tavoitteena on keskustelun avulla saada olosuhteista mahdollisimman monipuolinen kuva. Kolmas tapa on todellisuuden kokeminen ruumiillisena läsnäolona, joka ei ole ilmaistavissa sanoin. Kohtaamisessa tämä ulottuvuus on aina läsnä, mutta joskus parasta on ainoastaan kokonaisvaltainen läsnäolo. (Andersen 2012, 81–94.) Riippuu työntekijästä, miten hän hyödyntää näitä kolmea tapaa hahmottaa apua hakevan ihmisen todellisuutta ja auttamista eri tilanteissa.

Rajallisuus

Kehollisuuteen kuuluvat muuttuminen ja vanheneminen. Tämän päivän vanhustenhoitokeskustelun keskellä moni kysyy, voiko nykyisin vanheta ja kuolla menettämättä arvokkuutta ja kassaihmissen kunnioitusta. Tässä on diakonian ja kehollisuuden leikkauspiste ja ihmisarvon puolesta taistelemisen paikka.

Tiedostaessaan oman rajallisuutensa ihminen joutuu jossain vaiheessa elämää pohtimaan eksistentiaalisia kysymyksiä. Lähellä kuolemaa ihminen työstää kahdenlaisia kysymyksiä. Toisaalta hän pohtii elämänsä mielekkyyttä ja tarkoitusta ja toisaalta elämästä loppumista. (Virtaniemi 2018.) Näihin pohdintoihin hän tarvitsee keskustelukumppania, joka on valmis keskustelemaan ruumiin kärsimyksistä, elämästä ja kuolemasta mutta myös uskosta ja ylösnousemuksesta.

Vaikka ruumis kuluu, ei ihminen ole kulutustavaraa. Kertakäyttöisyys ihmisuhteissa kuluttaa. Kestävien suhteiden sijaan etsitään muutosta ja pikasuhteita,

jotka eivät velvoita ja sido liikaa. Ihmistenkin käyttöikä lyhenee, heistä tulee ikään kuin välineitä ja kierrätystavaraa ja lopuksi jätettä, joka heitetään pois. Ehkä olisi kuitenkin mahdollista oppia kestävästä kehityksen periaatteista myös suhteissa itsen ja muihin. Kenties on hyvä muistaa, että Jumalalla ei ole käytettyjä ihmisiä varten roskakoria. Lyhytjänteisyys ei ole diakonian tapa toimia. (Gothóni 2012,14.)

Professori Raija Julkunen (2004, 19–21) totesi, että kehoisuus on liian usein liitetty vain vajavaisuuteen, sairauteen ja avuttomuuteen. Tämä johtuu hänen mielestään siitä, että materialistis-naturalistinen biologinen käsitys kehosta on ollut vallalla. Keho on objekti, jota voidaan tarkkailla ulkokohtaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollossa olisi syytä huomioida entistä enemmän kehoisuuden sosiaalisia merkityksiä, symboleja ja valtasuhteita. Tällöin Julkunen käyttää ilmaisua konstruktionistinen kehoisuus. Lisäksi lähes kokonaan huomioimatta on hänen mukaansa viimeaikoihin asti ollut fenomenologinen kehoisuus, joka tarkoittaa käsitystä kehosta, joka on elävä, merkityksiä kantava ja niitä muodostava. Sairaanhoidaja-diakonissa erityisosaamista on kyky yhdistää nämä kolme kehoisuudesta sekä koulutuksessa että työssä.

Keho tuntee ja muistaa

Suomen kielessä on useita vertauskuvia, jotka kuvaavat kehon, mielen ja elämäntilanteen punoutumista yhteen. Esimerkkejä kuunnellessa voidaan ymmärtää, missä ruumiin kohdassa jokin asia tuntuu ja mitä merkityksiä se viestittää.

En voi sulattaa, miten hän kohtelee minua.

On ärsyttävää, kun pomo hengittää jatkuvasti niskaani.

Katsoessani yleisöä henki salpautui. En voinut pitää esitelmää. Oli päästävä pois hengittämään.

Johtajana joudun pitämään kaikki langat käsissäni. En enää jaksaisi.

Vertauskuvien viestit ovat selviä. Kehon äänien kuunteluun kuuluu ulkoisten tekijöiden vaikutuksen havaitseminen, mutta myös oman elämäntilanteen vaikutusten arviointi.

Kehollaan ihminen aistii ja tuntee. Kehoon kasaantuvat muistot. Ihminen kantaa kehossaan sekä hyvältä tuntuvia ja rauhoittavia asioita että painavia ja traumatisoivia tapahtumia. Keho muistaa kokemukset silloinkin, kun muisti on ne jo unohtanut tai kun ihminen ei ole kyennyt tapahtumien kipeyden tähden koskaan päästämään niitä tietoisuuden käsiteltäväksi. Keho on ajatusten ja asenteiden peili.

Ihmisen tapa liikkua ja olla ilmaisevat hänen kokonaistilannettaan, vointiaan ja suhdettaan ympäröiviin ihmisiin ja maailmaan. (Lindfors 2018, 141–163.)

Kehomuisti on muistin ei-kielellinen alue. Traumaattisten kokemusten jälkeen se ilmenee tunto- ja kosketusaistimuksina kuten kouristuksina, jäykkyytenä, pistoksina, viiltoina, poltteenä, puutuneisuutena tai hengitysvaikeuksina. Kehomuiistiin voi liittyä hajuja, ääniä ja värejä. Se ilmenee liikkeissä ja eleissä. (Parviainen 2014, 179–189.)

Ruumiin muisti on usein parempi kuin mielen muisti. Mielellä on erinomaiset keinot peittää ja olla tiedostamatta asioita, jotka ovat liian vaikeita muistaa ja käsitellä. Ruumiilta ei voi salata tunteita tai kokemuksia, koska tunteet elävät ja ilmenevät ruumiissa. Ruumiiseen voi taltioitua tunnekokemuksia, jotka jossain vaiheessa elämää voi olla tarve tiedostaa ja palauttaa käsiteltäväksi.

Keho muistaa elämänkolhut ja kertoo ajan kulumisesta. Ruumiin muistissa ovat monesti kapseloituina elinikäiset kokemukset. Siellä on epävakaata ja vakaaata, kaaosta ja eheyttä, hylkäämistä ja läsnäoloa, katkoksia ja jatkuvuutta, rakkauttomuutta ja rakkautta. Kun kerromme sanoin tarinaamme, käytämme paljon vertauskuvia. Nämä vertauskuvat nivovat kehon ja mielen tarinat yhteen. Erittäin vaikeat, kapseloidut ja kielletyt muistot tulevat joskus esille vain ruumiin kielellä. Niitä voidaan havaita ihmisen liikkeissä, kosketuksissa, äänensävyissä, tavassa katsella ja katsoa sekä reagoinnissa tilaan, hajuihin ja makuihin. Vaikeat muistot tuntuvat kipuna tai ahdistavana olona. Keho kertoo myös onnistumisen ja hyväksyttynä olemisen kokemuksista. Silloin on helppoa hymyillä. Ilo ja intohimo tuntuvat elävöittävän koko ruumista. (Parviainen 2014, 179–189.)

Katkeruus kirvelee rinnassa. Pelko tuntuu vatsassa. Paniikki kohoaa pallean seudulta ja on pakko etsiä tilanteesta ulospääsyä. Viha nostattaa pulssia. Käsittelemättä jääneet vihan tunteet, pelot ja katkeruudet ovat asioita, joita ihminen ei koe hallitsevansa eikä saa sanotuksi ulos. Viha kääntyy vihaksi itseä kohtaan tai etsii kohteensa muista ihmisistä. Jos tämä varjoisa puoli on kovin suuri, energia menee kiellettyjen tunteiden hiljentämiseen ja se estää sisäisen tasapainon saavuttamista. Silloin ihminen tarvitsee ammattiauttajaa, joka mahdollistaa turvallisen ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen kertoa kokemuksesta ja tunteista sekä käsitellä niitä.

Itku, jota ei ole ollut lupa itkeä, tai suru, jota ei ole saanut surra, jäävät kaiherutamaan kurkkua ja asettuvat rintaan. Sen voi sulattaa vain kyynelten virta. Joskus itkemisen kielto on niin vahva, että ihminen valitsee mieluemmin halonhakkuun tai toisen ihmisen haukkumisen. Ruumiissa tuntuva suru ei tule kuulluksi. Kyyneleet sulattavat jäätä, helpottavat surua. Ne eivät ole vain tunteiden tulkki vaan

myös linssejä, jotka muuttavat näkökykyä. Sairaanhoidaja-diakonissa voi antaa ne näliinan ja ajan kiirehtimättä eteenpäin. Hän voi kuunnella itkun aiheuttaneesta asiasta. Sen jälkeen he voivat yhdessä pohtia vaihtoehtoja vaikeasta asiasta selviytymiseksi eteenpäin.

Kun torjutut, tukahdutetut tunnesykyt ja möyköt pyrkivät esiin ja aiheuttavat ahdistusta, pelkoa ja epätoivoa, lähestytään jotain merkittävää asiaa, joka odottaa pääsemistä tietoisuuteen. Jos kokemukselle saadaan sanoja, voi työskentely asian kanssa alkaa. Tärkeää on saada sanoitetuksi tunteet ja niihin liittyvät kokemukset, joita ihminen on joutunut painamaan tietoisuudesta monesti vuosikausiksi.

Keho osoittaa heikon ja tarvitsevan puolen. Se puhuu sen puolesta, että on oikeus ja mahdollisuus olla samanaikaisesti vahva ja heikko. Kehollistuneet kokemukset eivät aina ole helposti käännettävissä sanoiksi jotain vääristämättä, silti kehon ilmaisujen kuuntelu on olennaista itsetuntemuksen lisäämiseksi. (Gothóni 2020.)

Osallistumme dialogiin koko ruumiillamme ja kaikilla teoillamme. Vuorovaikutus ei ole vain puhumista, se on ruumiillista toimintaa. Kaikki ilmaisut tuotamme ruumiin toimintoina. Puhuminen, kirjoittaminen, maalaaminen, kaikki nonverbaaliset viestit edellyttävät ruumista. (Seikkula 2018, 66–80.) Keho on olennainen kaikessa vuorovaikutuksessa. Välillä on hyvä pysähtyä ja kysyä itseltä, minkälaisia jälkiä omassa ruumiissa on ja minkälaisia jälkiä siirrän toisiin.

Kosketus

Kosketuksen eri lajit

Kosketus on viestintää ja vuorovaikutusta. Kosketus voi olla neutraalia huomioimista kuten tervehtiminen. Se voi olla lohduttavaa, turvallisuutta välittävää, avustavaa, hoitoon liittyvää tai kontrolloivaa kosketusta. Negatiivinen kosketus on paternalistista tai kylmää rutiinia. Joskus kosketuksella on hengellinen sisältö. Kaikki diakoniatyöntekijät kokivat, että kosketus kuuluu heidän työhönsä. Kosketus tapahtuu heidän mielestään tilanteen esille kutsumana. Työntekijöistä 79 prosenttia koki, että he ovat tietoisia, milloin on sopivaa koskettaa. Kaikkiaan 81 prosenttia oli sitä mieltä, että intuition mukaan oppii toimimaan oikein (Hautamäki 2012). Eri kosketuksen lajit voivat olla limittäisiä ja kosketuksella voi olla useita merkityksiä samanaikaisesti.



KUVIO 1. Kosketuksen eri lajit.

Yhteyttä luova kosketus tarkoittaa esimerkiksi tervehtimistä. Tervehtiminen kättellen on osa suomalaista arkea. Diakonissa tervehtii ja toivottaa tervetulleeksi. Tervehtiminen ja hymy osoittavat ystävällisyyttä. Epidemioiden aikana tosin tervehtimistä kättellen pyritään välttämään tartuntavaaran tähden. Kädestä tervehtiminen koetaan Suomessa neutraaliksi ja korrektiksi tavaksi huomioida toinen ihminen. Etelä-Euroopassa ovat poskisuudelmät yleisiä. Aasialaisessa kulttuurissa kättelyn sijaan kumarretaan ja laitetaan omat kädet yhteen. Osa muslimeista pitää naisten ja miesten välistä kättelyä sopimattomana.

Lohduttava kosketus ja läsnäolo hoitavat. Istuminen vakavasti sairaan ja kuolemaa lähellä olevan vieressä on merkittävää. Silloin pysähtyyään. Läsnäolo ilman tehokasta tekemistä ja touhua on monille vaikeaa. Samoin kosketus, jossa vain viipyllään, voi tuntua vieraalta. Sellainen läsnäolo ja kosketus ovat kuitenkin joskus kaikkein olennaisinta hoitoa ja lohdutusta.

Kädestä pitäminen, kun henkilö on sairas tai muuten haavoittuva ja suojaaton, tuntuu useimmista ihmisistä hyvältä. Monet toivovat, ettei tarvitsisi kuolla yksin. Kädestä pitäminen kertoo sen, mitä sanoilla ei voi sanoa. Käsi välittää epäilyjen ja

pelon sijasta luottamusta ja lohdutusta, pakenemisen sijasta rauhaa ja turvallisuutta. Lämmin käsi antaa tarvittavaa energiaa ja lieventää pelkoa.

Sairastettaessa kipu voi vallata ihmisen ajatukset niin kokonaisvaltaisesti, että on vain kipu ja sen sietäminen. Erityisesti lähellä kuolemaa on tärkeää voida olla sekä itsen että toisten hyväksymä ja arvostama. Tällöin hyvällä kivunhoidolla kivuttomuuden mahdollistaminen ja turvallinen kosketus helpottavat ja lohduttavat. Ne osoittavat ihmisen arvostusta ja hänestä välittämistä. (Hänninen 2013, Aalto 2013.)

Kaksi erilaista kokemusta kädestä pitämisestä sairaalateologina toimimisen ajoilta:

76-vuotias nainen tarttui aina käteeni ja esitti toivomuksen:

Kun on aika lähteä, jos mahdollista, älä jätä minua yksin, vaan istu tässä ja pidä kädestä. Se tuntuu jotenkin niin turvalliselta.

81-vuotiaan miehen mielestä kädestä pitäminen tuntui alentavalta.

En halua, että minua pidetään kädestä, vaikka olisin jo heikko. Ajatuskin kauhistuttaa. Kosketus on kuin viimeinen pisara sillä tiellä, jossa vähitellen riisutaan itsenäisyys ja jossa pala palalta itsemääräämisen aste pienenee ja riippuvuus toisista kasvaa. Jos hoitaja aikoo pitää kädestä, koen, että hänen mielestään olen tullut avuttomaksi ja toisista riippuvaiseksi. Minua viedään kädestä taluttaen kohti kuolemaa, viimeistä porttia. Haluan tuntea olevani itsenäinen aina loppuun asti.

Turvallisuutta tuova kosketus on erityisen tärkeä muistisairaalle ihmiselle. Kosketuksella voidaan palauttaa hänet reaaliaikaan ja -paikkaan. Kosketus voi edistää tunteiden ilmaisemista, pelon lievittymistä ja turvallisuuden kokemusta. Joskus koskettaminen auttaa elämään uudelleen menneisyyden kokemuksiä. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 225–231; Gothóni 2012, 86–87.)

Kosketus voi toimia turvallisena siltana kahden ihmisen välillä. Kosketuksen avulla vahvistetaan sanallista ilmaisua tai kiinnitetään huomio esitettyyn kysymykseen. Silloin kosketetaan olkapäätä, selkää tai kättä. Koskettamisen lisäksi viestin välittämiseen tarvitaan vain muutama sana tai erittäin lyhyitä lauseita. (Gothóni 2012, 87.)

Avustava kosketus on merkittävä silloin, kun ihmisen ruumis kieltäytyy toimimasta. Hän tarvitsee toisen ihmisen käsiä. Joskus esimerkiksi leireillä saattaa sai-

raanhoitaja-diakonissa auttaa peseytymisessä ja pukeutumisessa. Monet ihmiset nauttivat hiusten harjaamisesta tai kevyestä hieronnasta, joka parantaa verenkiertoa. Myös potilaan kävelyttäminen merkitsee kaivattua läheisyyttä ja kosketusta. Avustavan kosketuksen osa on kuntouttava kosketus (Kinnunen, Parviainen, Haho & Jolkkonen 2019, 48–51). Koskettaminen voi liittyä ilon jakamiseen sekä hyvän olon ja hauskuuden kokemiseen. Se sitoo sekä hoitajan että hoidettavan keskinäiseen läsnäoloon. Tällaisissa tilanteissa diakonisen hoitotyön sairaanhoidollinen asiantuntemus on hyödyksi.

Hoitoon liittyvä kosketus ei ole seurakuntatyössä kadonnut. Joskus seurakunnassa toimivat sairaanhoitaja-diakonissat voivat mitata verenpaineen ja verensockerin, vaihtaa haavaan siteen, rasvata ihoa, hieroa käsiä tai hartioita. Erityisesti sairaanhoitaja-diakonissat kokivat, että heidän vahvuutensa tässä suhteessa on aktiivinen havainnointi ja kysymyksien avulla tarkentaminen. Ne auttavat tarvittaessa hoitoon ohjaamisessa. Hoitoon liittyvä tutkiva kosketus tarkoittaa terveydentilan tarkistamista. Tällöin hoitaja varmistaa tilanteen tunnustelemalla pulssia, kyhmyä tai ruhjeita. Seurakuntatyössä hoitoon liittyvä kosketus on erittäin vähäistä ja toteutuu useimmiten kotikäyntien, leirien tai retkien yhteydessä. Jos sairaanhoitaja-diakonissa toimii sairaanhoitajan tehtävissä, hoitava kosketus kuuluu luonnollisesti hänen työhönsä. Hoiva on tällöin välillä tekeviä käsiä, nostavia vartaloita ja muuta hoitavaa koskettamista apua tarvitsevan tarpeen mukaan. (Hautamäki 2012, 55.)

Erään potilaan rukouksessa kuvastui se, miten tärkeää on hoitajan kunnioittava tapa koskettaa. Hän kertoi:

Rukoilen joka aamu, että minua ei tulisi hoitamaan tietty kovaotteinen hoitaja, joka käsittelee minua kuin jauhosäkkiä ja jolle kukaan ei uskalla valittaa kipuaan. (Sairaalateologin päiväkirja 1978)

Hoitoon liittyvään kosketukseen liittyy usein teknisiä välineitä, jolloin hoitajan tehtävä on luoda dialoginen suhde. Tällöin vältytään vuorovaikutussuhteen muuttumiselta kylmäksi ja etäiseksi. (Kinnunen ym. 2019, 93–111.)

Kontrolloiva kosketus liittyy tilanteisiin, joissa ihmistä rauhoitetaan, estetään väkivaltainen käytös tai suojellaan joko itseä tai toista. Kontrolloiva kosketus on paikallaan, jos apua tarvitsevan ihmisen kosketus on epämiellyttävä, seksuaalisvärritteinen tai väkivaltainen. Seksuaalissävytteiseen kosketukseen voi reagoida ilmaisten selvästi, ettei pidä tilanteesta eikä toivo sen toistuvan. Joskus tilanne herättää vihastumista, ja toisinaan asia kuitataan huumorilla.

Nyrkeillä lyöminen, potkiminen, raapiminen, kiinni tarraaminen ja pureminen ovat väkivaltaa. Se on lisääntynyt sekä diakoniassa että sosiaali- ja terveystalouden yleisesti. Väkivaltainen ihminen voi olla dementiaa sairastava, joka on tilanteesta ahdistunut ja pelätessään vihastunut. Usein väkivaltaan liittyy alkoholi tai muita päihteitä. Molemmissa tilanteissa ensisijaista on sanallinen vuorovaikutus. Lisäksi saatetaan tarvita kontrolloivaan kosketusta. Väkivalta ei ole koskaan oikein ja tilanteesta tulee tehdä asiaan kuuluva ilmoitus. Lisäksi seurakunnissa on syytä tarkistaa, että on tehty riittävät toimenpiteet työntekijöiden turvallisuuden varmistamiseksi.

Paternalistinen kosketus on holhoavaa kosketusta, joka koetaan negatiiviseksi. Se voi herättää ahdistusta ja häpeää. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi iäkkään ihmisen kosketusta ikään kuin hän olisi lapsi. Pään taputtaminen ja lässyttävä tai holhoavaan sävyyn ilmaistu puhe ovat loukkaavia ja epäkunnioittavia.

Hengellinen kosketus on sairaanhoitaja-diakonissalle mahdollisuus välittää siunausta. Käteenpäällepano ja siihen liittyvät siunaavat sanat ”Herramme Jeesuksen, Kristuksen armo, Isän Jumalan siunaus ja Pyhän Hengen osallisuus olkoon sinun kanssasi” (Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkokäsikirja III 2008, 294) välittävät diakonissan kautta Jumalan läsnäolon ja siunauksen.

Konkreettista on myös öljyllä voitelu. Vaikka öljyllä voitelu esiintyy Raamatussa, se oli Suomen evankelis-luterilaisen kirkon käytännöissä pitkään lähes unohtuksissa, kunnes vuonna 1985 kirkolliskokous antoi ohjeet sairaiden voitelun käyttöön. Jumalanpalveluksessa erityisesti paastonaikana öljyllä voitelu on lisääntynyt eri seurakunnissa. Siunauksen ja öljyllä voitelun yhteydessä ihmiset saattavat pohtivat yhdessä diakoniatyöntekijän kanssa eksistentiaalisia kysymyksiä. Yksilöstä riippuen esille voivat nousta elämän mielekkyyden ja mielettömyyden kokemukset sekä ihmisen menneisyyden ja tulevaisuuden tulkinnat.

Ihmisarvo ja kiireettömyys

Vuorovaikutuksessa ei ole kysymys vain diakonissan ja apua tarvitsevan välisestä ammatillisesta suhteesta. On kysymys myös kahden ihmisen välisestä suhteesta, jossa molemmat kunnioittavat sitä elämää, joka on saanut ainutlaatuisen ilmauksensa juuri tuossa toisessa ihmisessä. Siinä peilautuvat kysymykset ihmisarvosta ja arvottomuuden kokemuksista, vahvan ja heikon sekä itsenäisen ja riippuvaisen välisestä suhteesta ja mahdollisuudesta käyttää valtaa.

Elämän ongelmia ja sairauksia on kuvattu lukoksi. Lukko on aina kaksoislukko. Tärkeimmät avaimet ovat ihmisen oma halu sanoittaa ongelmaansa ja hä-

nen tahtonsa muutokseen. Elämään väsynyt voi kuolla mielekkyyden puuttuessa. Toinen lukko on diakoniatyöntekijällä. Tarvitaan hänen asettumistaan avoimeen vuorovaikutukseen, valmiutta kuunnella ja käyttää omaa asiantuntemustaan. (Gothóni 2020.)

Koskettamista ei arvioida tehokkuuden mittareilla. Kosketuksen merkitykset ovat aina subjektiivisia eikä kosketusta ja läheisyyttä voi korvata millään muulla. Rakkauden korvikkeeksi ei riitä raha, turvattomuutta estämään ei ole tarpeeksi lukkoja ja vartijoita, hyvinvointia ei rakenneta kiireellä ja tärkeyden imagolla. Tarvitaan avointa vuorovaikutusta, jossa on lämpöä ja välittämistä. Apua tarvitsevan tunne siitä, että saa aikaa, tulee kuulluksi, nähdyksi ja ymmärretyksi, on paras merkki kosketuksen laadusta.

Eettiset pohdinnat ja eettinen toiminta tuntuvat mahdottomalta ylellisyydeltä, jos työntekijöillä on koko ajan kiire. Vähennyksiä tehtäessä toivotaan lisääntyvää tehokkuutta. Merete Mazzarella on käsitellyt tehokkuuden arvostamisen mielettömyyttä käyttäen esimerkkinä jousikvintettiä:

Jos nyt ajatellaan kamarimusiikkikappaletta, joka on sävelletty viidelle soittajalle ja jonka soittaminen kestää puoli tuntia, niin ei kai kenenkään päähän pälkähtäisi nopeuttaa sitä, soittaa sitä läpi kahdessakymmenessä minuutissa, jotta säästettäisiin muusikoitten palkoissa. Tuskinpa kenenkään päähän pälkähtäisi myöskään säästää puoli tuntia työaika irtisanomalla muutta mutkitta yksi soittaja ja sitten odottaa, että loput neljä soittaisivat täsmälleen samalla tavalla kuin kaikki viisi alun perin. Musiikkikappaleen soittaminen ja kuunteleminen vie sen ajan minkä se vie.” (Mazzarella 1999.)

Liian usein kello ei ole alan asiantuntijoiden ja ammattilaisten käytössä, vaan sitä ohjaavat talouden nyöreistä kiinni pitävät numeroiden tuntijat. Aito kohtaaminen, sitoutuminen auttamiseen ja inhimillinen nöyryys jäävät jalkoihin. Kiire, väsymys ja ärsyyntyminen välittyvät koskettajalta kosketettavalle. Tunteet siirtyvät kehon kielen, kosketuksen ja ilmapiirin välityksellä. Levottomuudella on taipumus tarttua ja herättää potilaassa turvattomuutta. Samalla tavalla turvallinen ja levollinen ilmapiiri voidaan rakentaa työntekijän rauhallisuudella. Kosketuksella voi viestittää ylemmyyttä ja valta-asemaa, mutta myös hyväksyntää, inhimillisyyttä ja ystävällisyyttä.

Kosketus on kaksisuuntaista. Molemmat sekä antavat että saavat. Kumpikin on läsnä hetkessä. Parhaimmassa tapauksessa molemmat tietoisesti keskittyvät keskinäiseen tasavertaiseen kohtaamiseen. Hoitamisessa oikeat tavat tarttua ja

koskettaa ovat tärkeitä. Hyvässä vuorovaikutuksessa katse, kosketus, kuunteleminen ja hyväksyminen nivELYvät aina yhteen. Se tapa, millä katson toista ihmistä, kertoo hänelle, olenko turvallinen ja luotettava. Kosketus viestittää rentoutumista ja rauhallisuutta. Kuunteleminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden puhua mutta myös olla hiljaa. Hyväksyminen välittyy hoitavan ihmisen tavasta olla ja arvostaa toista ihmistä.

Kosketuksen rajat ja reviirit

Eri ihmiset tulkitsevat koskettamisen ja kosketetuksi tulemisen eri tavoin. Jokainen toimii oman persoonansa, elämäkokemuksensa ja kulttuurinsa mukaan. Koskettamaan oppiminen ja herkkyys tunnistaa oikea etäisyys ovat usein intuitiivisia ja kehittyvät ammattitaidon ja kokemuksen karttuessa.

Persoonan ja elämäkokemuksen vaikutus näkyy siinä, missä määrin henkilö kokee koskettamisen tai kosketetuksi tulemisen itselleen luontevana. Joillekin ihmisille hyvän päivän sanominen nyökäten ja kättä puristaen on ainoa sopiva kosketuksen muoto vuorovaikutuksessa vieraan ihmisen kanssa. Hän ei halua halata edes parasta ystävänsä. Toinen kulkee syli auki ja haluaa mielellään. Ei ole yhtä oikeaa tapaa. Merkittävää on tilannetaju, toisen ihmisen herkkä kuulosteleminen ja hänen toiveittensa huomioon ottaminen ja hyväksyminen.

Jos ihminen on joutunut kokemaan väkivaltaa ja loukkaavaa kosketusta, hän voi säpsähtää toisen tullessa lähelle. Jos lapsuuden perheessä on ollut kova kuri ja kosketus liittynyt lähinnä rangaistuksiin eikä sylissä pitäminen ole kuulunut perheen tapoihin, ei kosketus tunnu luontevalta aikuisenakaan. Moni suomalainen pitää vieraan ihmisen mieluiten ainakin käsivarren mitan päässä itsestään. Omasuhteestaan koskettamiseen eräs opiskelija kirjoitti:

Suurten ikäluokkien lapsuudessa vallalla oli Arvo Ylpön tiukka ja järjestelmällinen kasvatusote: vauvan syöttö neljän tunnin välein, liian sylissä pitämisen karttaminen. Lisäksi tuntuivat sodan jäljet isien elämässä. Tämän kasvatuksen tulokset näkyvät nykyisissä keski-ikäisissä kosketuksen vierastamisena. Olen yrittänyt opetella, mutta luonnostaan pidän etäisyyttä. Kai suurin osa suomalaisista tekee niin.

Jokainen ihminen on yksilö, joka itse tietää kosketetuksi tulemisen tarpeensa ja kosketuksen rajat. Kukin ilmaisee rajansa omalla tavallaan. Joillekin on luontevaa sanoa, että tarvitsee etäisyyttä eikä ole esimerkiksi halaavaa tyyppiä. Toinen

viestii torjumalla tai jähmeällä liikehdinnällä. Joskus väkivaltainen käytös kertoo, että on menty liian pitkälle. Sekava henkilö ei ole aina varma siitä, mitä on tapahtumassa. Odottamaton kosketus voidaan kokea uhkana. Tällöin kosketuksesta hämmentynyt voi korostaa omia rajojaan joskus hyvin pontevasti. Juuri aviopuolisonsa menettänyt mies kertoi:

Minun on hyvin vaikeaa, kun ihmiset halaavat. Muutenkin itkettää, vaikka en haluaisi jatkuvasti kyynelehtiä. Siitä huolimatta on vaikea sanoa, että antakaa minun olla ja jättäkää nuo halaukset pois. Hyväähän he tarkoittavat.

Surevaa lohdutetaan koskettamalla käteen tai halaamalla, koska sanat tuntuvat tilanteessa niin tyhjiltä ja mitättömiltä. Se koetaan useimmiten hyvänä. Aina sureva ei kuitenkaan toivo kosketusta tai halausta. Tapaamani mies kertoi, ettei hän halunnut työtoverien halausta. Halaus avasi kyynelkanavat. Tunnekuohulle on oma paikkansa ja aikansa. Hän halusi itse valita tilan itkulle ja surun purkamiselle. Liian lämmin ja väärään aikaan tapahtuva koskettaminen tekee mahdottomaksi raskaan surun kohdanneelle valita reagoititapansa. Emme voi tietää, haluaako toinen ihminen olla hiljaa vai puhua. Molempiin on annettava tilaisuus.

Reviiri on se tila, jonka henkilö varaa ympärilleen vain omalle itselleen. Sen sisäpuolelle ei mielellään päästetä ketä tahansa. Yksilön reviiressä ja rajoissa on sekä yleisiä sääntöjä että kunkin henkilön kokemus oman reviiirin suuruudesta. Jokaisen ihmisen on hyvä opetella kunnioittamaan omaa ruumistaan ja asettamaan rajat kosketukselle sen mukaan, mikä tuntuu hyvältä ja mikä ei.

Kosketuksen kesto, sijainti, toiminta, intensiteetti ja säännöllisyys vaikuttavat siihen, miten kosketusta tulkitaan ja minkälaisen merkityksen henkilö sille antaa. Aina on muistettava kuulostella toisen ihmisen tuntemuksia ja reviiirin laajuutta. Jokaisella on oikeus sanoa kyllä tai ei kosketukselle ja määrittellä oma reviiirinsä rajat. Tärkeää on, että lapsi ja nuori osaavat sanoa ei toisen ihmisen epämiellyttävälle kosketukselle, ehdottipa sitä lapsi tai aikuinen.

Koskettamisen rajat määrittävät ruumiin osien mukaisesti. Ruumis voidaan jakaa neljään vyöhykkeeseen. Sosiaalinen vyöhyke, johon kuuluvat kädet, käsivarret, olkapäät ja selkä, on aluetta, jota voi koskettaa ilman, että se koetaan intiiminä. Läheinen vyöhyke eli suu, ranteet ja jalat, ovat herkkiä alueita ja edellyttävät keskinäistä läheisyyttä ja lupaa. Haavoittuva vyöhyke, kasvot, niska ja vartalon etuosa, edellyttävät lupaa. Intiimi vyöhyke, sukuelimet ja pakarat, kuuluvat vain rakastavaisille. Kosketusvyöhykkeelle tuleminen edellyttää henkilön suostumusta ja lupaa. Joskus tahallisesti tai huomaamattaan ihminen voi louka-

ta toista tunkeutumalla tämän henkiseen ilmatilaan ja reviiiriin. (Gothóni 2012, 106–107.)

Liika etäisyys tuntuu pahalta. Ihmistä voidaan loukata omassa yhteisössään käyttäytymällä häntä kohtaan täysin välinpitämättömästi. Henkilön jättäminen yhteisön ulkopuolelle on loukkaavaa ja leimaavaa. Ulkopuolelle voidaan jättää puhumattomuudella ja välinpitämättömyydellä. Toisten rakentama koskemattomuuden vyöhyke on tällöin paljon laajempi kuin henkilö itse toivoisi.

Kulttuuriset tavat määrittelevät ja säätelevät koskettamista. Kosketussäännöt kontrolloivat kosketusta eri sukupuolten, eri-ikäisten ja erilaisen sosioekonomisen aseman omaavien henkilöiden välillä. Normien soveltamisvaatimuksilla on erilaisia tiukkuusasteita. Lisäksi normit ja asenteet muuttuvat. Muutokset ovat tosin hitaita. (Gothóni 2012, 108–112.)

Ihmisen kulttuuritaustan rakennuspuita ovat lapsuudenkodista saadut kosketuksen mallit, sosiaalisen ympäristön sisäistetyt normit. Tyypillistä on, että miehet, vanhemmat ja korkeammassa asemassa olevat koskettavat enemmän naisia, nuorempia ja matalammassa asemassa olevia kuin päinvastoin. Koskettamisen rajoja määrittelee kulttuurin mukainen sosiaalinen hyväksyttävyyys.

Sisäistettyjen kulttuuristen normien ja tapojen mukaan yhteisö voi määritellä yksilölle tai suvulle tavallista laajemman reviiirin ja kosketuskiellon, kuten tapahtuu esimerkiksi romanien väistämis- ja välttämiskäytännön toimeenpanossa. Sen perustana on periaate, että jokainen on moraalisesti vastuussa oman suvun jokaisen jäsenen toiminnasta. Suvun jäsenen kunniaton toiminta häpäisee koko suvun ja edellyttää sovittamista. Ellei sovittelu onnistu, suvut riitautuvat ja välttämiskäytäntö tulee voimaan. Riidoissa olevien sukujen jäsenten tulee välttää tapaamista ja erityisesti fyysisistä kosketusta keskenään.

Kosketusta säätelevät erilaiset normit myös riippuen henkilöiden sukupuolesta, sukupolvesta, sosioekonomisesta asemasta ja perheestä. Esimerkiksi romaniperheessä iän ja sukupuolen mukaan rakentuva hierarkia on selkeä. Korkeimmas-
sa asemassa ovat vanhat naiset ja hierarkian alapäässä ovat hedelmällisyysikäiset nuoret naiset. Murrosiän jälkeen eivät romaniperheen lapset ja vanhemmat saa enää osoittaa hellyyttä toisiaan kohtaan ainakaan muiden läsnä ollessa. (Romanikulttuurista enemmän Mertsä Ärlingin artikkelissa tässä julkaisussa, ks. myös Viljanen ym. 2007).

Naisten asema omassa kulttuurissa ja uskonnossa heijastuu pukeutumisessa, suhteessa kehoon, seksuaalisuuteen ja kosketukseen. On kuitenkin syytä välttää väärinkäsityksiä, ennakkoluuloja ja stereotyyppioita. Monet islamin uskonnon edustajat kokevat toista sukupuolta olevien henkilöiden kättelyn kielletyksi. Sil-

miin katsominen, joka suomalaisessa kulttuurissa tulkitaan rehtydeksi ja kohteliaisuudeksi, tulkitaan islamilaisessa kulttuurissa helposti epäkohteliaisuudeksi ja sopimattomaksi. Tämä voi vaikuttaa auttavan henkilön tai jos mahdollista tulkin valintaan sukupuolen mukaan. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, Maiche 2010, ks. somalitaustaisten henkilöiden kohtaamisesta terveydenhuollossa Mölsä & Tiilikainen 2007.)

Ruumiillisuuteen ja kosketussääntöihin liitetään erilaisia kulttuurin sisäisiä normeja ja tabuja sekä kosketuskieltoja. Teoksessa *Puhtaus ja vaara* Mary Douglas kuvaa, miten eri yhteisöt jäsentävät ja erottelevat puhtauden ja lian. Likainen luokitellaan aina ulkopuoliseksi, jäsentymättömäksi ja saastaiseksi. Hänen mukaansa lika on symbolista. Puhtauden ja saastaisuuden erittelyllä yhteisö luo rajojaan ja jäsentää niihin kohdistuvia uhkia. Tämä auttaa yksilöä tekemään tulkintoja ja helpottaa hänen toimintaansa. (Douglas 2009.)

Vastakkainasettelut tukevat niitä, jotka voivat laskea itsensä normaalien ja puhtaiden joukkoon kuuluvaksi. Käsiteparien hyvä–paha tai likainen–puhdas kautta ryhmät pidetään erillään toisistaan. Pahaan ja likaiseen voidaan käyttää valtaa, ja se voidaan erottaa joukosta. Puhtaussäännöt ja normit säätelevät kosketusta. Esimerkiksi Intiassa dalitien eli kastittomien kohtelussa ilmenee raaka yhden ihmisryhmän määrittely saastaiseksi. Sen mukaisesti koetaan saastaisena pidetyn ihmisen ruumiin häpäisy oikeutetuksi. Lain mukaan kastilaitokseen perustuva syrjintä on kiellettyä. Dalitin ja hänen ruumiinsa häpäisy on siitä huolimatta edelleen arkea. (Uksulainen 2008.)

Määriteltäessä joku henkilö toiseksi, muukalaiseksi ja vieraaksi häneen saateen pitää etäisyyttä, karttaa häntä ja mahdollisesti myös osoittaa konkreettisesti vihamielisyyttä ja kohdistaa häneen ruumiillista väkivaltaa. Paetessaan ja vastustaessaan vierasta, ihminen taistelee omaa tiedostamatontaan vastaan. Hän kieltää pelottavan epäpuhtaan itsessään ja projisioi sen ulkopuolelleen. Ainoa tapa välttää vainoamista ja inhoamista muukalaisuutta ulkopuolella on tunnistaa ja huomata muukalainen itsessä.

On korrekta kysyä apua tarvitsevalta ihmiseltä, mitä hän toivoo. Auttamisen yhteydessä kosketettaessa on tärkeää kertoa, mitä on tekemässä ja miksi. Informaatiota siitä, kuinka lähelle voi mennä ja onko oikein koskettaa, saa myös intuition ja nonverbaalisen ilmaisun kautta. Toinen ihminen on aina kohdattava siten, ettei läheisyys satuta häntä, mutta ei myöskään jätä häntä yksin. Ihminen tarvitsee välitmatkan, jossa hän kokee toisten kunnioittavan hänen henkilökohtaista tilaansa, paikkaansa ja identiteettiään. Kunnioittava kosketus välittää arvostusta, on rehellistä, avointa, oikeudenmukaista, tasa-arvoista ja yhteiseen hyvään pyrkivää.

Lopuksi

Sairaanhoitaja-diakonissan koulutus antaa valmiuksia kehollisuuden huomioimiseen ja koskettamiseen. Tätä tietotaitoa tarvitaan sekä seurakunnassa että sairaanhoidossa. Jos sairaanhoitaja-diakonissa toimii terveydenhuollon palveluksessa, hänellä on tavallista sairaanhoitajaa enemmän valmiuksia havaita hengellisen hoidon toive ja elämän mielekkyyden kysymysten keskustelun tarve ja vastata siihen. Jos hän toimii seurakunnassa, hänen sairaanhoitajakoulutuksellaan on käyttöä hänen havaitessaan sekä hengelliseen elämään että kehollisuuteen liittyvät tarpeet ja ongelmat.

Kehollisuuden huomioiminen vaatii itsetuntemusta ja oman kehon viestien kohtaamista. Itsetuntemus ja koulutus antavat valmiutta havainnoida apua hakevan ihmisen kehon viestejä ja olla avuksi. On hyvä pohtia, miten kuuntelen kehoani, mitä välitän toisille omalla kehollani, miten kuulen toisten ihmisten kehon viestejä. Näin oppii omasta tavastaan reagoida nonverbaalisesti ja verbaalisesti asiakkaan kehon ja sanojen muodostamaan tarinaan. Sairaanhoitaja-diakonissan erityistaitoa on rohkeus tulla ihmistä lähelle mutta myös tunnistaa tilan ja kehollisten rajojen tarve.

Vaikka sairaanhoidolliset toimenpiteet ja niihin liittyvä kosketus ovat seurakunnan diakoniatyössä harvinaisia, voi sairaanhoitaja-diakonissa hyödyntää laaja-alaista kosketusosaamista. Hän voi tervehtimisellä huomioida ja toivottaa tervetulleeksi. Hän voi lohduttaa ja välittää turvallisuutta. Hän joutuu joskus kontrolloimaan paitsi sanoin myös kosketuksella. Erityisosaamista on hengellisen koskettamisen osaaminen ja käyttäminen omassa työssään. Laaja-alainen koulutus antaa valmiudet monipuoliseen vuorovaikutukseen.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Aalto, K. (2013). Surevan tukeminen. Teoksessa Kirsti Aalto (toim.): *Saattohoito kuolevan tukena*. Helsinki: Kirjapaja.
- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (2009). *Monikulttuurinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Pro.
- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K.-R. & Pohjola, L. (2007). *Erikoistu vanhustyöhön – osaamista hyvään arkeen*. Helsinki: WSOY.
- Andersen, T. (2012). Human participating: human 'being' is the step for human 'becoming' in the next step. Teoksessa H. Anderson & D. Gehart (ed.) *Collaborative therapy: Relationships and Conversations that make a difference*. New York: Routledge/Taylor & Francis.

- Douglas, M. (2009). *Puhtaus ja vaara. Rituaalisen rajanvedon analyysi.* (Suom. Virpi Blom ja Kaarina Hazard.) Tampere: Vastapaino.
- Gothóni, R. (2012). *Kosketuksia arjessa, hoidossa ja pyhässä.* Helsinki: Kirjapaja.
- Gothóni, R. (2020). *Kuuntelijan käsikirja.* Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hautamäki, M.-L. (2012). *Fyysinen kosketus diakoniatyössä.* Yleisen teologian pro gradu -tutkielma. Helsingin Yliopisto: Teologinen tiedekunta.
- Helle-Lahti, E.-L. (2015). *Liikuttava seurakunta.* Helsinki: Kirjapaja.
- Hänninen, J. (2013). Saattohoito tänään. Teoksessa K. Aalto (toim.) *Saattohoito kuolevan tukena.* Kirjapaja. Helsinki.
- Jokela, U. (2011). *Diakoniatyön paikka ihmisten arjessa.* Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Julkunen, R. (2004). Sosiaalipolitiikan ruumis. Teoksessa E. Jokinen & M. Kaskisaari & M. Husso (toim.) *Ruumis töihin. Käsite ja käytäntö.* Tampere: Vastapaino.
- Kinnunen, T., Parviainen, J., Haho, A. & Jolkkonen, M. (2019). *Ammatillinen kosketus. Kuinka tunnetyötä tehdään.* Helsinki: Kirjapaja.
- Lindfors, B. (2018). Lintu polttaa pesänsä: trauma ja kehollinen psykoterapia (suomennos J. Ikonen). Teoksessa B. Lindfors, K. C. Walderkranz-Piselli & J. Ikonen (toim.), *Keho ja mieli. Jobdatus psykofyysiseen psykoterapiaan.* Helsinki: Duodecim.
- Maiche, A.-G. (2010). *Muslimi potilaana.* Helsinki: Duodecim.
- Mazzarella, M. (1999). *Silloin en koskaan ole yksin – kirja lukemisen taidosta.* (Suomentanut K. Sonck.) Helsinki: Tammi.
- Mölsä, M. & Tiilikainen, M. (2007). *Potilaana somali – Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä.* Duodecim 2007; 123(4).
- Nissinen, M. (2006). Ruumiillinen ihminen Vanhassa testamentissa. Teoksessa M.-R. Antikainen, M. Ahola, T. Kousa & P. Salmesvuori (toim.), *Taivaallista seksiä. Kristinuskon ja seksuaalisuus.* Helsinki: Tammi.
- Parviainen, J. (2014). Kehomuisti: Traumaperäisistä stressihäiriöistä kollektiivisiin traumoihin. Teoksessa J. Hakkarainen, M. Hartimo & J. Virta (toim.), *Muisti.* Tampere: Tampere University Press.
- Seikkula, J. (2018). Dialogiset kohtaamiset luovat voimavaroja. Teoksessa T. Styrman & M. Torniainen (toim.) *Kunnioittavan kosketuksen käsikirja.* Ammatillinen hoitokohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkokäsikirja III.* <http://kirkkokäsikirja.fi>.
- Uuksulainen, R. (2008). Syntymästä saakka saastainen: kastittoman naisen suhde puhtauteen. *Teologia.fi* 2015.
- Veikkola, J. (2007). Kristillisen ekoteologian kehitys. Teoksessa P. Kainulainen (toim.), *Pyhän kosketus luonnossa. Jobdatus kristilliseen ekoteologiaan.* Helsinki: Kirjapaja.
- Viljanen, A. M., Hagert, T. ja Blomerus, S. (2007). Romanit suomalaisessa terveydenhuollossa: tasarvon ansat. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 4/2007: 123. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96300.pdf>
- Virtaniemi, M.-P. (2018). *Elämän päätösjakson haaste – ALS-tautiin sairastuneen eksistentiaalinen prosessi ja uskonnollinen spirituaaliteetti.* Helsinki: Helsingin Yliopisto.
- Vuola, E. (2004). Ruumiillisuuden teologia. Teoksessa L. Larjo (toim.), *Teologian uudet virtaukset. STKS:n symposiumissa marraskuussa 2003 pidetyt esitelmät.* Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 241. Helsinki: Suomalainen teologinen kirjallisuusseura.
- Vuola, E. (2008). Lihallinen ihmisyyys ja ruumiiton jumala – ruumiillisuuden teologia koskettaa. *Teologia.fi* 2008.

Virpi Sipola

7 VAKAUMUKSEN KUNNIOITTAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Vakaumus voidaan määritellä monin eri tavoin. Vakaumuksesta voidaan erottaa useita ulottuvuuksia, kuten kokemuksellinen, ideologinen, älyllinen ja rituaalinen ulottuvuus. Hoitoympäristössä vakaumus ilmenee kaikissa eri ulottuvuuksissa. Vakaumuksen kunnioittaminen hoitotyössä merkitsee erilaisten maailmankatsomusten, arvojen, kulttuuritaustan, uskomusjärjestelmän ja perinteiden kunnioittamista ja vakaumukseen liittyvien tarpeiden huomioimista.

Vakaumus osana identiteettiä

Käsitteenä vakaumus on kirjava. Yhden määritelmän mukaan *vakaumus* on asia, jolla on tietty yhtenäisyys, vakavuus, vakuuttavuus ja merkitys. Sen tulee olla arvokkuutta kunnioittavaa ja liittyä inhimilliseen elämään (Euroopan ihmisoikeussopimus, Artikla 9). Vakaumuksessa voidaan erottaa useita ulottuvuuksia, kuten ideologinen, kokemuksellinen, älyllinen ja rituaalinen ulottuvuus. Hoitoympäristössä vakaumus ilmenee kaikissa eri ulottuvuuksissa.

Arvomaailma ja maailmankatsomus ovat erottamaton osa ihmisen persoonaa ja hänen elämänhistoriaansa. Arvomaailmaan ja vakaumukseen liittyviä kysymyksiä ei voida erottaa tai lokeroida omaksi erilliseksi alueeksi, eikä irrottaa henkilön kokemusmaailmasta. Vakaumus vaikuttaa ihmisen ajatteluun, hänen toimintaansa sekä siihen, mikä hänelle merkitsee oikeaa ja hyvää lähimmäisen kohtelua.

Vakaumus on osa uskomusjärjestelmää, joka näyttäytyy käytännön tasolla eri tavalla eri ihmisillä. Hyvän tekeminen ja vapaaehtoistyö voivat ilmentää ihmisen käsitystä lähimmäisen rakastamisesta. Kuuluminen uskonnolliseen yhteisöön ja osallistuminen sen toimintaan voidaan kokea tärkeäksi. Joku puolestaan voi toimia vakaumuksensa mukaisesti rukoilemalla tai meditoimalla, paastoamalla tai lukemalla pyhiä tekstejä.

Vakaumus liittyy henkiseen hyvinvointiin. Henkinen hyvinvointi nähdään yhtenä ihmisen terveyden ja terveellisen elämäntavan osatekijänä. Henkinen hyvinvointi lisää vakautta ja rauhaa elämässä ja vahvistaa suhdetta itseen, Jumalaan, yhteiskuntaan ja ympäristöön. Se voi myös lisätä onnellisuutta ja vahvistaa elämän mielekkyyden kokemusta. (Azarsa 2015.)

Elämän kriiseissä, kuten sairastumisen yhteydessä, vakaumuksen merkitys korostuu. Eksistenssiin, eli olemassaoloon liittyvät kysymykset aktivoituvat ja ihminen pohtii elämän ja kuoleman merkitystä oman uskomusjärjestelmänsä ja vakaumuksensa valossa. Ihmisen elämän yksi perusteema on luopuminen, joka voimistuu ikääntymisen ja raihnastumisen myötä. Luopumiseen suostuminen ja jonkinlaisen tasapainon löytäminen edellyttävät kykyä tunnistaa itselle merkityksellisiä ja arvokkaita asioita elämässä ja integroida yksittäisiä elämän tapahtumia ja mielen prosesseja kokonaisuudeksi. Toisen ihmisen tuki helpottaa prosessia ja vuorovaikutussuhteen mukaan mahdollistaa vaikeidenkin asioiden läpi käymistä turvallisesti ja kannateltuna.

Vakaumus osana kokonaisvaltaista hoitoa

Kokonaisvaltainen hoito merkitsee sitä, että potilas nähdään kokonaisena ihmisenä, jolla on oma perhe- ja kulttuuritausta, elämänhistoria ja elämäkokemukset, jotka vaikuttavat peruskatsomuksiin, suhtautumiseen eri asioihin ja tapaan toimia (Vainio 2015, 271–274). Kulttuuri on tapa elää. Kulttuurin normit ja sosiaaliset säännöt määräävät sen, millä tavalla suhtaudumme sairauteen ja sairaisiin tai miten sairastautuu itseensä.

Potilaan ja hänen perheensä etninen tausta, ikä, sukupuoli, koulutustausta ja sopeutuneisuus uuteen ympäristöön vaikuttavat elämää, sairautta ja kuolemaa koskeviin uskomuksiin, normeihin, kieleen ja merkityksiin. Suhtautuminen kipuun ja muihin oireisiin, käsitys itsemääräämisoikeudesta, totuuden kertomisesta potilaalle ja käsitys perheen ja läheisten osallistumisesta hoitoon vaihtelevat. Myös käsitykset sopivasta ravinnosta ja ruokailutavoista, kehollisuudesta, soveliaasta kosketuksesta, alastomuudesta, seksuaalisuudesta ja siitä, mistä voidaan keskustella, vaihtelevat erilaisista taustoista tulevien ihmisten kesken. (Vainio 2015.) Kulttuurinen osaaminen edellyttää sensitiivisyyttä ja merkitsee erilaisten kulttuuritaustojen tuntemusta, erilaisuuden ja toiseuden hyväksymistä, ihmisarvon ja toisen ihmisen vakaumuksen kunnioittamista, herkkyyttä ja sovittelukykyä haastavissakin tilanteissa.

Hoitotyön potilaslähtöisyys korostuu palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa sekä erityisesti hauraiden, haavoittuvien ja paljon tukea tarvitsevien kohdalla.

Hoitotyössä on tärkeä muistaa, että ihmisten väliset erot ja yhtäläisyydet ovat merkittävämpiä kuin kulttuurien väliset erot. Kulttuurinen sensitiivisyys tarkoittaa hoitavan henkilön kiinnostusta potilaan persoonaa kohtaan, potilaan perheeseen ja taustaan tutustumista ja kykyä kuunnella avoimin mielin tuomitsematta erilaisia käsityksiä tai tulkintoja (Vainio 2015).

Hyvä tapa toimia on kysyä potilaalta ja selvittää hänen läheisiltään, millaiset asiat juuri nyt ovat heille tärkeitä ja mitä hoidossa on syytä huomioida. Samankaltaista sensitiivisyyttä edellyttää myös potilaan vakaumuksen kunnioittaminen. Hoitotyön näkökulmasta on tärkeää pohtia, mitä yksittäisen ihmisen kohdalla tarkoittavat henkinen tai hengellinen hyvinvointi, millä tavalla niihin liittyviä tarpeita voidaan tunnistaa ja miten tarpeisiin vastataan.

Tutkimusten mukaan potilaan vakaumuksen kunnioittaminen lisää potilaan arvokkuuden kokemusta, tukee toivoa, vahvistaa luottamusta ja yhteyden kokemusta toisiin ihmisiin. Vakaumuksella on positiivinen vaikutus onnellisuuteen, se antaa voimaa arkeen ja luo rauhaa. Vakaumus on hyvin tärkeä erityisesti silloin, kun on vaikeaa. Se antaa uskoa siihen, että vaikeuksista selvitään. Vakaumus tuo lohtua. (Hakkarainen & Tervaniemi 2016.) Uskonnollisen vakaumuksen toteuttaminen tukee mielenterveyttä ja tarjoaa sosiaalista tukea (Cook 2013, 2; Koenig 2011, 14–15).

Vakaumus tukee selviytymistä

Selviytymisen käsite, coping, liittyy keskeisesti vakaumukseen. Coping toimii välineenä, kun tutkitaan ihmisten erilaisia ratkaisumalleja eli coping-systeemejä, joiden avulla he selviävät elämän vastoinkäymisistä. Käsitteenä coping liittyy kiinteästi elämänhallintaan. Ihmisen hyvinvointiin kuuluu oman identiteetin löytäminen, sisäisen elämänhallinnan ja selviytymisen tunne sekä luottamus tulevaisuuteen. Elämänhallinnan kokemuksella on tärkeä merkitys, kun ihminen joutuu käsittelemään omaa sairastumistaan tai kuolemaansa. Selviytyminen on yhteydessä yksilön voimavaroihin. Voimavarat ovat fyysisiä, kognitiivisia, emotionaalisia, sosiaalisia tai spirituaalisia. Kyky selviytyä ei synny tyhjästä, vaan se on eletyn elämän mukanaan tuoma voimavara. Spirituaalisuus ja uskonto ovat tärkeitä selviytymis- eli coping-mekanismeja (Pargament 1997).

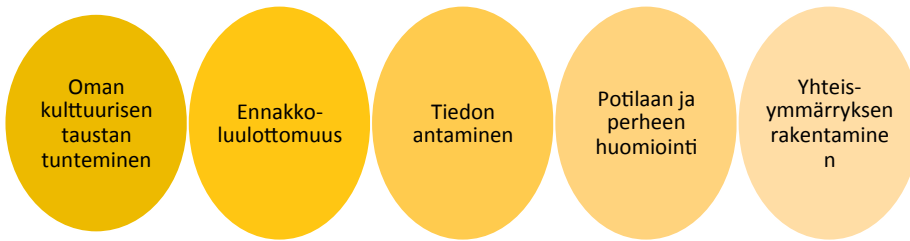
Uskontopsykologisessa coping-tutkimuksessa uskonto nähdään moniulotteisesti tunteina, ajatuksina, toimintana ja sosiaalisena ilmiönä. Ihminen etsii uskosta elämäntarkoitusta. Tavoitteena voi olla fyysinen terveys, itsensä toteuttaminen ja sosiaalinen yhteys sekä lohdutuksen saaminen. (Geels ja Wikström 2009.)

Koenig (2009) havaitsi tutkimuksessaan, että mitä suurempi merkitys hengellisyydellä on yksilön elämässä, sitä vähemmän hänellä on masennushäiriöitä (Koenig 2009). Lisäksi Koenigin (2012) tutkimuksen mukaan vakaumus vaikuttaa myönteisesti esimerkiksi aivoinfarktin jälkeiseen kuntoutumiseen ja nopeuttaa sitä (Koenig ym. 2012, 492–493). Uskonto saattaa myös muuttaa käsityksiä vammaisuudesta ja edesauttaa kuntoutuksen etenemistä. Se antaa toivoa paranemisesta, tukee tasapainoa ja parantaa elämänlaatua (Koenig ym. 2012, 492–493; Amoah 2011, 353–354).

Suomalaisessa hoitoympäristössä tehdyn tutkimuksen mukaan (Rantala & Lipponen 2019) palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien potilaiden elämän luopumiseen liittyvän epätoivon hetkillä auttoi vakaumusta kunnioittava henkinen ja hengellinen tukeminen. Se konkretisoitui potilaan niin toivoessa yhdessä rukoilemisena, luottamuksena suojeluskeliin ja sairauden aiheuttaman kärsimyksen pohtimisena. Rukoilemisen merkitys korostui erityisesti silloin, kun kipulääkkeet eivät auttaneet voimakkaan pelon ja toivottomuuden vallatessa mielen. (Rantala & Lipponen 2019.)

Vakaumuksen kunnioittaminen käytännön hoitotyössä

Vakaumusta kunnioittavassa hoitotyössä on tärkeää osata hankkia ja hyödyntää potilaan hoidon kannalta olennaista tietoa. Potilaan taustan ja elämäntilanteen hahmottaminen, potilaan rohkaiseminen kertomaan omia tulkintojaan sairautteen ja terveyteen liittyen sekä elämäntilanteesta johtuvan kuormituksen hahmottaminen auttavat vakaumuksen huomioimisessa. Toisista kulttuureista tulevien potilaiden kohdalla mahdollisen traumataustan tunnistaminen sekä kulttuuristen painotusten tiedostaminen ovat keskeistä (Reijonen 2014). Kaikessa hoitotyössä vuorovaikutus- ja viestintätaidot sekä luovuus, tunnetaidot ja kyky empatiaan ovat tärkeitä, mutta ne korostuvat erityisesti monikulttuurisissa kohtaamisissa. Kuviossa yksi on kuvattu vakaumusta kunnioittavan kohtaamisen osa-alueita.



KUVIO 1. Vakaumuksen kunnioittaminen käytännön hoitotyössä. Toisesta kulttuurista tulevan potilaan kohtaaminen (Reijonen 2014).

Potilaan vakaumuksen tukeminen hoitotyössä voi olla sen kysymistä, mikä tässä hetkessä rauhoittaa potilaan mieltä, mikä häntä lohduttaa tai mihin hän turvaa silloin, kun elämässä on vaikeaa. Sen selvittäminen, milloin ja millaisissa tilanteissa potilaalla on hyvä olla, voi avata keskustelua syvällisempään suuntaan. Potilaalta voi kysyä suoraan, onko hänellä vakaumusta, ovatko hengelliset asiat hänelle tärkeitä ja ilmenevätkö ne jollain tavalla hänen elämässään. Potilaalle voi tarjota mahdollisuutta keskusteluun sairaalasielunhoitajan tai muun hengellisen yhteisön edustajan kanssa.

Ikali Karvinen (2009) esittelee väitöstudiossa Anandarajain ja High-tin (2001) kuvausta HOPE-mittarin käytöstä. Mittarin avulla saadaan tietoa potilaan hengellisestä historiasta. HOPE tulee englanninkielisistä termeistä sources of hope, organized religion, personal spirituality and practices ja effects on medical care and end-of-life issues. HOPE-mittaria käyttämällä selvitetään potilaan toivon, voiman, rauhan ja rakkauden lähteitä. Samalla potilaalta tiedustellaan suhdetta organisoituun uskonnollisuuteen. Potilaalta myös kysytään hänelle ominaisia tapoja ilmaista hengellisyyttä ja harjoittaa uskontoa. Lopuksi selvitetään potilaan hengellisyyden vaikutuksia annettavaan hoitoon ja erityisesti kuolemaan liittyviin kysymyksiin (Karvinen 2009).

Karvisen kehittämä AVAUS-malli toimii saman periaatteen mukaisesti. AVAUS-mallissa on viisi vakaumusta koskevaa tema-alueita:

AVAUS – mallin viisi teema-alueita:

Teema 1. A – Arvot ja vakaumus

Teema 2. V – Voimavarat

Teema 3. A – Arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista

Teema 4. U – Ulkopuolinen tuki

Teema 5. S – Spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet

KUVIO 2. Avaus-mallin teema-alueet (Karvinen 2009).

Potilaan kanssa voidaan pohtia vakaumusta esimerkiksi seuraavien kysymysten avulla: ”Millaiset arvot ovat sinulle tärkeitä, oletko mielestäsi uskonnollinen? Mihin turvaudut kohdatessasi kipua tai kärsimystä? Onko sinulla vakaumuksellisia, henkisiä tai hengellisiä tarpeita, joista hoitohenkilökunnan olisi hyvä olla tietoinen hoitosi aikana ja joiden suhteen toivot hoitohenkilökunnalta apua? Kuuluuko vakaumukseesi joitain sellaisia asioita, joita on hyvä huomioida hoitosi aikana?”. (Karvinen 2009; Karvinen ym. 2020.)

Toisinaan potilas haluaa puhua siitä, miksi juuri hän on sairastunut tai mitä sairaus on tuonut hänen elämäänsä. Sairastuminen voi tuntua epäoikeudenmukaiselta ja potilas voi kokea yksinäisyyttä ja erillisyyttä toisista ihmisistä. Myös vihan, katkeruuden, epätoivon ja arvottomuuden tunteita voi ilmetä. Mahdollisuus oman elämäntarinan kertomiseen ja eletyn elämän ja ihmissuhteiden pohtimiseen on usein myönteinen ja vahvistava kokemus. Kertomisen ja kuulluksi tulemisen kautta elämän merkityksellisyys voi tulla näkyväksi. Hyvänä apuna keskustelussa voivat toimia arvokkuusterapiassa (tai dignity-terapiassa) käytetyt kysymykset. Arvokkuusterapian on havaittu lievittävän potilaiden ahdistusta ja masennusta (Räsänen & Matila 2018).

1. Kerro elämäntarinasi. Kerro ihmisistä ja asioista, jotka ovat olleet sinulle merkittäviä. Kerro elämäsi merkittävistä hetkistä.
2. Onko sellaisia asioita, joita haluaisit läheistesi tietävän ja muistavan sinusta?
3. Mitkä ovat olleet tärkeimmät roolit elämässäsi? Miksi ne ovat olleet tärkeitä? Mitä ajattelet saavuttaneesi niissä?
4. Mistä saavutuksistasi olet ylpein?
5. Onko sinulla mielessäsi jotain, mitä haluaisit sanoa läheisillesi tai mistä haluaisit puhua heidän kanssaan?
6. Mitä toivot läheisillesi? Onko sinulla unelmia läheisiisi liittyen?
7. Millaisia asioita olet oppinut elämästä? Onko jotain, jota haluaisit välittää eteenpäin?
8. Onko sinulla neuvoja tai ohjeita läheisillesi tai muille ihmisille tulevaa elämää ajatellen?
9. Jos tästä tehtäisiin Sinun elämästäsi kertova kirjoitus tai dokumentti, mitä haluaisit siihen sisällyttää?

KUVIO 3. Arvokkuusterapian kysymykset (Martinez ym. 2017).

Menetelmä edellyttää toimiakseen turvallisen vuorovaikutussuhteen, keskusteluun sopivan rauhallisen tilan ja riittävästi aikaa. Hoitajan on myös tärkeää osata arvioida, millaiset voimavarat potilaalla on asioiden käsittelyyn. Toisinaan elämässä on ollut niin paljon vaikeita asioita ja vastoinikäymisiä, että niiden syvällinen avaaminen vaatii erityistä ammatillista osaamista ja useita tapaamiskertoja. Tällaisissa tilanteissa potilaan tueksi voi hänen luvallaan kutsua psykososiaalisen tuen ammattilaisen, esimerkiksi psykoterapeutin tai sairaalasielunhoitajan.

Oman elämän pohtimisessa voidaan käyttää apuna myös ”Puhetta elämästä” -kortteja. Niiden avulla voidaan tukea myös potilaan ja läheisten välistä vuorovaikutusta. (Puhetta elämästä -kortit 2018.) Kortit auttavat ajatusten ja tunteiden jakamisessa ja niiden avulla voidaan löytää merkityksiä ja voimavaroja, sekä kohdata elämän rajallisuuteen liittyviä tunteita. Tärkeää on kuulluksi tuleminen. Periaatteena on, että kaikki tunteet ja ajatukset ovat sallittuja. Kortit auttavat läheisiä mahdollistamalla puheeksi ottamisen ja yhteisen elämän jakamisen. (Puhetta elämästä -kortit 2018.)

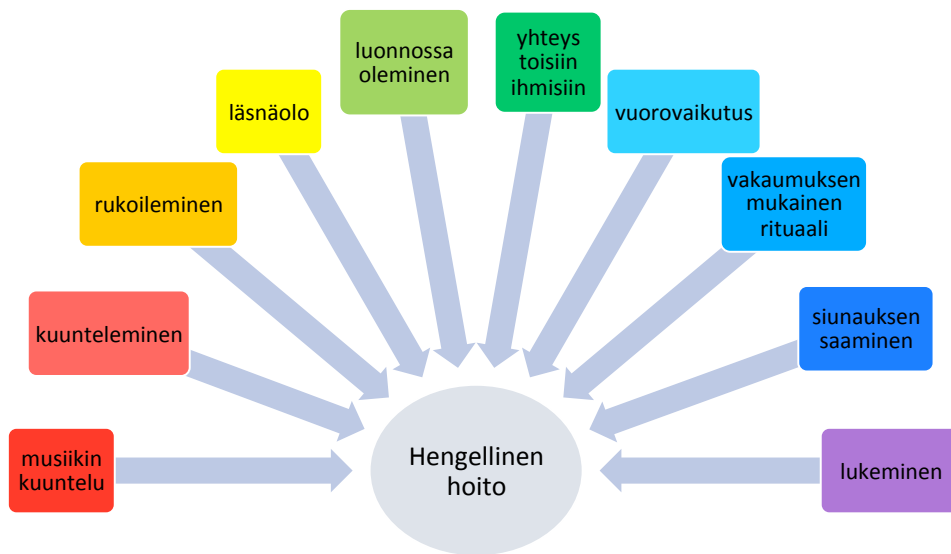
Tšekkiläisessä tutkimuksessa (Kisvetrová ym. 2013) tarkasteltiin, millaisia hoitotyön interventioluokituksen (NIC, The Nursing Interventions Classification) mukaisia henkisen tuen muotoja käytetään potilailla, joilla on diagnosoitu kuoleman ahdistusta. Tutkimuksessa oli mukana 468 sairaanhoitajaa, ja vastaukset kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli Likert-asteikollisia kysymyksiä. Tutkimuksen mukaan ensisijainen tukimuoto oli kohdella potilasta arvokkaasti ja kunnioitavasti (37,6 %). Hoitajat tukivat potilasta myös kuuntelemalla potilaan tunteita (32,3 %) ja olemalla käytettävissä kärsimyksen hetkellä (25,2 %). Merkittävää oli yksityisyyden turvaaminen ja hiljaisen ympäristön mahdollistaminen hiljentymistä varten (20,9 %). Empaattinen suhtautuminen potilaan tunteisiin (22,6 %), avoimuus potilaan esiin nostamille huolenaiheille (22,6 %) ja sairauteen ja kuolemaan liittyville tunteille (17,1 %) olivat myös keskeisiä tukimuotoja. Hoitajat tukivat potilasta järjestämällä potilaan oman hengellisen ohjaajan tai hengellisen yhteisön edustajan vierailun potilaan luo (17,9 %). (Kisvetrová ym. 2013.)

Rukoileminen yhdessä potilaan kanssa on tavallinen tukimuoto ja yhteinen käytäntö monille erilaisille uskonnoille (Da Silva ym. 2015). Rukous edistää terveysttä, vahvistaa hengellisyyttä ja tukee potilaan toipumista (Oliveira ym. 2015). Muita tukikeinoja ovat katsekontakti, kosketus, tilanteeseen sopiva äänensävy ja molemminpuolinen vuoropuhelu. (Joanna Briggs -instituutti 2011, 3.)

Henkisyyteen ja hengellisyyteen voi liittyä myös etsintää. Potilas voi etsiä vastauksia eksistentiaaliin, olemassaoloa koskeviin kysymyksiin kokematta asiaa hengellisenä tai uskonnollisena etsintänä. Silloin hän ehkä kyselee elämänsä tarkoitusta, omien ihmissuhteidensa, kokemustensa ja eletyn elämän merkitystä. Merkityksellisyyden kokeminen ja elämän tarkoituksen pohdinta ovat ihmisen eettisiä peruskysymyksiä. Merkityksellisyyteen liittyy ymmärrys oman elämän arvokkuudesta. Se voi kummuta menneisyydestä, tulevaisuudesta tai nykyhetkestä. Merkityksellisyyden kokemuksen ja elämän tarkoituksen pohdinnan jakaminen voi muodostua hyvin tärkeäksi kohtaamiseksi potilaan ja hoitajan välillä. Myös sen pohtiminen, miksi minä sairastuin tai sen kyseleminen, onko olemassa mitään jumalaa tai korkeampaa voimaa, voi olla osa potilaan pohdintaa ja osa hengellistä etsintää. Potilas voi kokea, että elämä on kohdellut epäoikeudenmukaisesti ja tuntee vihaa jotain suurempaa kohtaan. Tunteet ovat todellisia, ne kaikki ovat sallittuja ja niille täytyy olla tilaa.

Potilas voi myös selkeästi ilmaista haluavansa omaan vakaumukseensa liittyvän rituaalin. Hän voi toivoa mahdollisuutta viettää ehtoollista tai osallistua osastolla tai asumisyksikössä pidettävään hengelliseen tilaisuuteen. Hänellä voi olla toive saada yhteys oman hengellisen yhteisön edustajaan.

Vakaumusta tukeva kokemus voi syntyä läsnäolon, nähdyksi ja kuulluksi tulemisen, keskustelun, musiikin kuuntelemisen, kuvataiteen, kirjallisuuden tai luontokokemuksen välityksellä. Moni kokee kohtaavansa Pyhän tai olevansa yhteydessä korkeampaan voimaan luonnossa, metsässä tai meren äärellä.



KUVIO 4. Hengellinen hoito (Sipola 2018). Alkuperäinen kuva julkaistu kirjassa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt, s. 141, Kuva 15.30 Hengellisen hoidon välineitä.

Vakaumukseen liittyvän tarpeen tunnistaminen

Henkinen ahdistus (Spiritual distress) on kokonaisvaltainen tila, jossa ahdistusta aiheuttavat heikentynyt kyky olla suhteessa itseensä ja toisiin ihmisiin sekä tyydyttämätön rakkauden ja seesteisyyden tarve. Hengellinen hätä tulee näkyväksi myös uskomuksiin, rituaaleihin ja elämän merkityksellisyyden kokemukseen liittyvissä teemoissa. (Villagomez 2005; Caldeira ym. 2013.) Masennuksessa on samankaltaisuutta henkisen ahdistuksen kanssa (Rodin ym. 2009), mutta masennukseen liittyy usein mielialamuutosten lisäksi elimellisiä oireita, jotka ovat selkeämmin erotettavissa toisistaan (Huttunen 2017). Henkisen ahdistuksen ja masennuksen erottaminen on tärkeää, jotta potilas saa tarvitsemansa avun.

Syöpäpotilaiden henkistä hyvinvointia kartoittavassa tutkimuksessa (Caldeira ym. 2017) hyödynnettiin henkisen hyvinvoinnin kyselylomaketta (SWBQ, Spiritual Well-Being Questionnaire). Tutkimuksessa havaittiin, että mitä tärkeämpää uskonto on potilaalle, sitä suurempi vaikutus sillä on potilaan kokemaan henki-

seen hyvinvointiin. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että erityisesti metastoitunut syöpä lisää henkistä stressiä. Kyselylomake todettiin luotettavaksi välineeksi arvioimaan henkistä tuskaa, mutta mittarin käyttämisen lisäksi henkisistä tarpeista keskustelu, potilaan kuunteleminen ja läsnäolo ovat tärkeitä keinoja henkisen tuskann tunnistamiseksi ja potilaan auttamiseksi. (Caldeira ym. 2017.)

Seuraavien tapausesimerkkien avulla on kuvattu potilaan ja hoitajan kohtaamisessa vakaumukseen liittyvien tarpeiden huomioimista hoitotyössä. Hoitajan toiminnassa keskeistä on kiinnostus potilaasta ja kunnioitus potilaan vakuumusta kohtaan, kyky havaita vakaumuksellisia tarpeita, rohkeus kysyä ja aktiivisuus toimia potilaan vakaumusta tukien. Hoitaja suhtautuu empaattisesti potilaaseen.

Tapausesimerkki 1.

Syöpätautien osastolla on 61-vuotias potilas, Aura. Hän on toipunut leikkauksesta hyvin, mutta valittelee epämääräisiä oireita: päänsärkyä, vatsaoireita sekä nukkumisvaikeuksia. Kivunhoitoon on kiinnitetty erityistä huomiota, mutta potilas on edelleen levoton. Omahoitaja havainnoi, että Aura on itkuisen näköinen ja kysyy, voisiko jotenkin olla avuksi. Aura huokaisee syvään ja sanoo, että ei halua olla vaivaksi, koska hoitajilla on muutenkin niin paljon työtä. Omahoitaja toteaa, että hänellä ei ole niin kiire ja kysyy, mikä on hätänä. Aura kertoo, että hänen on vaikea olla, että hän miettii asioita eikä saa nukuttua. Aura alkaa itkeä ja kertoo elävänsä keskellä avioeroa. Puoliso ei jaksanut enää sairastelua ja lähti. Aura tuntee itsensä vihaiseksi ja pettyneeksi, hän suree pitkän liiton päättymistä ja on huolissaan siitä, miten kaikki järjestyy ja riittääkö raha. Aura kertoo, että ei ole puhunut asiasta kenellekään, sillä ei halua olla vaivaksi ja kokee olevansa epäonnistunut. Omahoitaja rauhoittelee Auraa ja kysyy, onko hänellä ketään, kenen kanssa voisi puhua, olisiko joku, jonka hän toivoisi tulevan käymään. Omahoitaja kysyy myös, millaiset asiat ovat aikaisemmin auttaneet Auraa vaikeissa tilanteissa. Aura toteaa, että hän rukoilee. Hän ajattelee, että on olemassa Jumala, joka pitää ihmisistä huolta. Aura kertoo, että ei olisi muuten selvinnyt sairauden kanssa, että rukoileminen jotenkin rauhoittaa. Keskustelu voi jatkua jollakin seuraavista tavoista:

- a) Omahoitaja kysyy, voisiko hän rukoilla yhdessä Auran kanssa.*
- b) Omahoitaja kertoo, että heidän osastollaan käy sairaalasielunhoitaja ja kysyy, haluaisiko Aura jutella tämän kanssa.*
- c) Omahoitaja toteaa, että rukoileminen auttaa varmasti. Silittää Auran olkapäätä ja sanoo, että kyllä asiat selviävät ja poistuu paikalta.*

Tapausesimerkki 2.

Aulis, 83 vuotta, asuu palvelutalossa. Hänellä on keskivaikea muistisairaus ja vointi vaihtelee. Päivät soljuvat melko samanlaisina, toisinaan lapset perheineen käyvät kylässä ja silloin keitetään kahvit ja katsellaan valokuvia. Palvelutalossa pidetään joka toinen viikko kerho, jonka toimintaan Aulis osallistuu. Siellä on erilaista ohjelmaa: lauletaan, muistellaan vanhoja ja juodaan yhdessä kahvit. Aulis tykkää laulaa. Hän muistaa vanhoista lauluista jokaisen säkeistön alusta loppuun. Viime kerralla kerhossa puhuttiin lapsuudesta ja arkiaskareista. Monen vanhuksen lapsuusperheestä isä ja veljiä oli kuollut sodassa ja myös pienet lapset osallistuivat talon töihin ja työnteekoon. Auliksenkin isä kuoli sodassa. Aulikselle tärkeä laulu on Veteraanin iltahuuto. Hän haluaa usein esittää sen torstain kerhossa. Auliksella on hyvä lauluääni. Usein hän liikuttuu laulaessaan ja saa hoitajalta halauksen.

Tapausesimerkki 3.

Sisätautiosastolle on tuotu noin 50-vuotias miespotilas, jolla epäillään syöpää vatsan alueella. Hän kärsii pahoinvoinnista ja hänellä on kovia kipuja alavatsan alueella. Potilas kieltäytyy ottamasta kipulääkettä. Naispuolinen hoitaja hoitaa häntä omalla työvuorollaan. Hoitaja menee potilaan luo ja selittää hänelle, että kipulääkitys helpottaisi oloa ja antaisi voimia tervehtyä. Miehellä on kirja kädessään ja hoitaja huomaa, että se on Koraani. Mies ei ota katsekontaktia ja sanoo vain, että näin on hyvä. Hoitaja lähtee turhautuneena pois, mutta muistaa samalla, että muslimit toivovat samaa sukupuolta olevan henkilön hoitavan heitä. Hoitaja kertoo tilanteesta miespuoliselle kollegalle ja tämä menee tapaamaan potilasta. Selviää, että potilas on vakaumuksellinen muslimi ja ajattelee sairauden olevan Jumalan tahto. Hän kokee, että kivun sietäminen vahvistaa uskoa ja lujittaa sielua. Potilas myös epäilee, että kipulääkkeissä on käytetty eläinperäisiä ainesosia, kuten siasta peräisin olevaa rasvaa tai alkoholia, eikä hän voi siitä syystä ottaa niitä. Kollega lupaa selvittää vaihtoehtoja lääkitystä ja pyytää paikalle miespuolisen lääkärin. Potilas vaikuttaa tyytyväiseltä. Hän muistuttaa vielä, että sairaudesta ei saa puhua hänen lapsilleen, kun nämä tulevat vierailemaan. Hän keskustelee asioistaan vain vanhempien perheenjäsentensä kanssa.

Tapausesimerkki 4.

Noora on 29-vuotias nainen. Hän on sairaalassa puolivuotiaan poikansa kanssa. Pojalle tehdään synnynnäiseen sydänvikaan liittyvä korjausleikkaus. Hänet on esilääkitty ja hän odottaa siirtoa leikkaussaliin. Nooraa pelottaa. Hän hypistelee kädessään enkelikorua ja nostaa pienen enkelifiguurin pojan sänkyyn. Hoitaja rauhoittelee Noo-

raa ja kertoo, että leikkaava tiimi on huippuporukka, joka on tehnyt vastavia leikkauksia aikaisemminkin. Noora kaivaa kassistaan enkelikortit ja kertoo, että saa niiden avulla viestejä enkeleiltä. Ne jotenkin rauhoittavat. Hän kertoo osallistuneensa enkelikurssille, jossa oppi intuition merkityksen ja sen, miten valtava voima enkeleillä on ja miten enkelit ovat ihmisten tukena. Noora pitää yhteyttä enkeliyhteisöön netin kautta. Hoitaja istuu Nooran viereen ja toteaa, että kuulostaa mielenkiintoiselta. Hän pyytää Nooraa kertomaan lisää.

Vakaumuksen merkitys muistisairaahan ihmisen elämässä

Sairauden ja vanhenemisen myötä elämänarvot muodostavat perusnäkökulman, jolla orientoidutaan elämään. Vakaumuksen sisäistyminen vaikuttaa kykyyn selviytyä ja ratkaista ongelmia. Hengellisyys ja uskonto voivat toimia tärkeänä elämänjäsenyyksen elementtinä, jonka avulla on mahdollista jäsentää elettyä elämää ja identiteettiä sekä käsitellä mieltä painavia huolia. Uskonto voi olla luomassa merkityksiä omalle elämälle ja siten voimaannuttaa ihmistä. Käyttämällä uskonnollista kieltä on mahdollista hyödyntää sosiaalisia voimavaroja ja luoda niitä uudelleen. (Spännäri 2008.)

Ihmisen kyky kokea hengellisyyttä säilyy myös pitkälle edenneessä muistisairaudessa ja vakaumus voi toimia avaimena muistisairaahan mielenmaisemaan. Parhaimmillaan vakaumus tukee muistisairaahan ihmisen elämänhallintaa ja identiteettiä. Usein muistisairaahan ihmisen vakaumus ja hengellisyys ovat paluuta lapsuuden aikaiseen vakaumukseen ja sen mukanaan tuomaan tunnemaailmaan. Silloin, kun hengellisyys on ollut myönteinen tekijä ihmisen elämässä, sen vahvistaminen lisää turvallisuudentunnetta.

Muistisairaahan ihmisen hengellisyyden tukemisessa yhdessä tekeminen, eri aisteja herättävien elementtien käyttö ja symbolien merkitys korostuvat. Uskonnollisten rituaalien toteuttaminen yhdessä vahvistavat yhteyttä Pyhään ja toisiin ihmisiin. Lapsuudesta tutut Raamatun tai muun pyhän kirjan tekstit, tuttu rukous ja yhdessä laulaminen vievät osallistujan lapsuuden tai nuoruuden hengellisiin hetkiin. Kielen tulee olla selkeää ja rituaalin toimittajan tempo ja rytmi rauhallinen. Esteettisesti kaunis ja hiljainen ympäristö tukevat osaltaan hengellisyyden kokemuksesta. (Kallunki, Keskitalo, Nummela & Palosaari 2018.)

Vakaumus ja eettinen ristiriita

Miten toimia hoitajana tilanteissa, joissa potilaan vakaumus ja hoitotyön etiikka ovat ristiriidassa keskenään? Miten hoitajan tulee toimia silloin, kun hän tunnistaa eettisen ristiriidan oman ammattikunnan keskuudessa tai terveydenhuollon organisaation tai yhteiskunnan välillä?

Terveydenhuollon lainsäädäntö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994) ja eettinen ohjeistus velvoittavat hoitotyöntekijää toimimaan eettisesti oikein. Etenen (2001) mukaan etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa muiden kanssa. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan toimintansa perusteita. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja, mutta se tarjoaa ajattelun ja pohtimisen välineitä. (ETENE 2001.)

Keskeiset terveydenhuollon ammattiryhmiä ohjaavat periaatteet ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Hoidon edellytetään pohjautuvan tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen. Epäinhimillinen toiminta ja kidutus on kielletty. (ETENE 2001, Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996.) Eettisten ongelmien tunnistamisessa voidaan erottaa toisistaan henkilökohtainen ja ammatillinen etiikka ja arvönäkemykset (Fry & Johnstone 2008). Henkilökohtainen etiikka voi olla myös ristiriidassa professionaalisen etiikan kanssa (Fry ym. 2008). Hoitajan oma vakaumus voi vaikuttaa myös negatiivisesti hoitosuhteeseen. Esimerkiksi silloin, kun hoitaja pyrkii vaikuttamaan potilaan vakaumukseen tai kun hoitaja kieltäytyy työtehtävistä omaan vakaumukseensa vedoten. (Karvinen ym. 2020.)

Hoitosuhteessa eettinen ristiriita voi syntyä esimerkiksi silloin, kun potilaalla on ei-toivottu raskaus ja hänen vakaumukseensa liittyy ehdoton raskauden keskeyttämiskielto. Tällaisissa tilanteissa potilas itse voi toivoa raskauden keskeytystä, mutta hänen perheensä tai yhteisönsä vastustaa sitä. Joissakin vakaumuksissa keskeytystä ei hyväksytä, vaikka raskaus olisi raiskauksen seuraus. Hoitaja puolestaan voi kokea tilanteen ristiriitaisena ja potilaan näkökulmasta epäoikeudenmukaisena. Hän ehkä tunnistaa potilaan ahdistuksen ja hädän ja pitää hoitoetiikan mukaisesti potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen tukemista keskeisinä lähtökoh-tina omassa työssään.

Tällaisissa tilanteissa vakaumuksellisten näkökulmien selvittäminen, hoitoa ja hoitotilannetta koskevan tiedon antaminen sekä riskien kartoittaminen ovat kei-

noja helpottaa potilaan ja perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta ja ymmärrystä. Potilas voi asettaa yhteisön edun yksilön edun edelle ja omasta tahdostaan huolimatta valita ”oikein toimimisen” vakaumuksensa pohjalta ja luopua raskauden keskeytyksestä. Silloin hoitajan tulee tukea potilaan ratkaisua, pyrkiä voimavaraistamaan potilasta ja ohjata hänet tuen piiriin. Hoitajalla ei ole oikeutta painostaa potilasta tai pyrkimystä vaikuttaa tämän valintoihin.

Suhtautumisessa potilaan vakaumukseen voi olla eroja hoitohenkilökunnan kesken ja se voi synnyttää eettisiä ristiriitoja. Silloin on tärkeää keskustella vakaumuksen merkityksestä ja ammatillisuudesta ja sopia, millä tavalla osastolla voidaan tukea potilaan vakaumusta. Vakaumuksen huomioiminen, tiedontuottaminen ja tukikeinojen kartoittaminen voi olla myös nimetyn asiantuntijahoitajan tehtävä.

Hoitajan vakaumus ja sen merkitys hoitotyössä

”Mä en oo mikään uskovainen, musta tuntuis tosi oudolta rukoilla jonkun kaa, en mä edes tiedä mitään rukouksia.” – hoitaja, 27 vuotta

Vakaumuksellisten tarpeiden tunnistaminen voi olla vaikeaa erityisesti silloin, jos vakaumukseen liittyvät asiat ja hengellisyys ovat hoitajalle itselleen vieraita. Vakaumuksellisten, hengellisten ja henkisten tarpeiden tunnistamista helpottaa, jos hoitaja tutustuu omaan spiritualiteettiinsä. (Karvinen 2009; Karvinen ym. 2020.) Tämä tarkoittaa sen pohtimista, mitä itse ajattelee pyhästä, henkisyydestä ja hengellisyydestä. Se merkitsee oman vakaumuksen tiedostamista ja vakaumuksen vaikutusten tunnistamista omassa ajattelussa, asenteissa, arvoissa, arkielämässä ja juhlien vietossa. Hoitaja voi miettiä millaisesta kulttuuritaustasta hän tulee, millaisia kulttuuriin tai uskontoon liittyviä tapoja lapsuuskodissa on opetettu ja noudatettu, millä tavalla perheessä tai suvussa suhtaudutaan uskontoon ja hengellisyteen. Hän voi pohtia myös, uskooko itse johonkin ja jos uskoo, mikä on uskon kohde. Jos uskoo Jumalaan, voi pohtia millaiseen Jumalaan uskoo.

Omien arvojen ja periaatteiden tunnistaminen on myös tärkeää. Mikä tai millaiset arvot ja periaatteet ovat niitä, joita haluaa noudattaa omassa elämässä ja esimerkiksi siirtää omille lapsilleen? Se, mihin turvautuu vaikeuksissa tai mistä saa turvaa, kertoo myös jotain vakaumuksesta. Hoitaja voi tarkastella omaa ihmiskuvaansa ja pohtia, miten vakaumus vaikuttaa terveys- ja sairauskäsityksiin tai siihen, mitä ajattelee elämästä ja kuolemasta.

Kun tunnistamme vakaumuksen merkityksen omassa elämässämme, meidän on helpompaa tunnistaa toisen ihmisen vakaumus ja kunnioittaa sitä. Voimme

löytää vakaumukseen liittyviä merkityksiä, jotka ovat jaettavissa ja yhteisiä hyvin-kin erilaisista kulttuuri- ja uskonnollisista taustoista tulevien ihmisten kesken. Se helpottaa vakaumukseen ja hengellisyyteen liittyvän tuen antamista.

Toisinaan käsitys hengellisyydestä voi olla hyvin kapea tai sen ajatellaan olevan jotain, joka on aina sidoksissa uskonnon harjoittamiseen. Hengellisyyteen voi liittyä myös huonoja kokemuksia. Onkin tärkeää tutkia henkisyttä ja hengellisyyttä laajempänä ilmiönä avoimin mielin. Se on yksi elämän osa-alue, joka voi parhaimmillaan lisätä turvallisuudentunnetta ja tukea toivoa syventäen ja rikastuttaen elämää.

Vakaumus tukee potilaiden ja hoitotyöntekijöiden hyvinvointia ja tyytyväisyyttä sekä hoitotyöntekijöiden työssäjaksamista (Azarsa ym. 2015). Sairaanhoidajan henkisen hyvinvoinnin, hengellisyyteen kohdistuvien asenteiden ja hengellisen hoidon tarjoamiseen liittyvän osaamisen yhteyttä hoitotyön laatuun tarkastelevassa tutkimuksessa havaittiin, että henkisen hoidon osaamisella oli positiivinen suhde hoitajien henkiseen hyvinvointiin ja henkiseen hoitoon kohdistuviin asenteisiin. Käänteisesti, mitä korkeammaksi sairaanhoitaja itse arvioi henkisen hyvinvointinsa, sitä positiivisempi asenne hänellä oli henkiseen hoitoon ja sitä enemmän hän tarjosi henkistä hoitoa potilailleen. Hengellinen hyvinvointi lisäsi kokonaisvaltaisempaa, avointa ja joustavaa suhtautumista elämään ja elämässä vastaantuleviin asioihin. (Azarsa ym. 2015.)

Elämän tarkoituksen ja merkityksen kokeminen

Kokonaisvaltaisessa hoidossa potilas kohdataan ihmisenä, jolla on fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia, henkisiä ja hengellisiä tarpeita. Henkisyydellä tarkoitetaan ihmisen kiinnostusta elämän perusarvoihin, tarkoitukseen ja merkitykseen (Karvinen 2011). Hengellisyydellä puolestaan tarkoitetaan yksilön tapaa etsiä ja ilmaista merkitystä, tarkoitusta ja tapaa, jonka avulla hän kokee yhteyttä hetkeen, itseen, toisiin, luontoon ja pyhään (Piderman ym. 2015). Henkiset ja hengelliset kysymykset koskevat ihmisen olemassaoloa eli eksistenssiä ja liittyvät ihmisen hyvinvointiin ja tasapainoon suhteessa itsensä ja ympäröivän todellisuuden kanssa. Hoitoteologian näkökulmasta ihmisen hengellisyyden huomioiminen on merkityksellistä, koska hengellisen ulottuvuuden eri ilmenemismuodot vaikuttavat hänen terveyteensä, elämänlaatuunsa ja asenteeseen kokea elämän tarkoitus, olemassaolo ja kärsimys. (Karvinen 2006.)

Potilaan oikeus henkiseen ja hengelliseen tukeen perustuu terveydenhuollon lainsäädäntöön ja etiikkaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 Fin-

lex). Lain mukaan potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen henkilökohtaista vakaumustaan ja yksityiselämäänsä kunnioitetaan (Louheranta ym. 2016). Hengellisyys on osa laadukasta terveydenhuoltoa ja toteutuu asenteina, myötätunnon osoittamisena ja käytännön toimina (Puchalski ym. 2014). Hengellinen tuki voi toimia tärkeänä resurssina moniammatillisessa tuessa elämän kriisitilanteiden kohdalla (Lee 2007). Potilaat eivät koe henkisten ja hengellisten kysymysten olevan muusta hoidosta erillinen alue (Hodge & Horvath 2011, King ym. 2013), vaan odottavat tulevansa kohdatuiksi myös hengellisten tarpeiden osalta (Hodge ym. 2011).

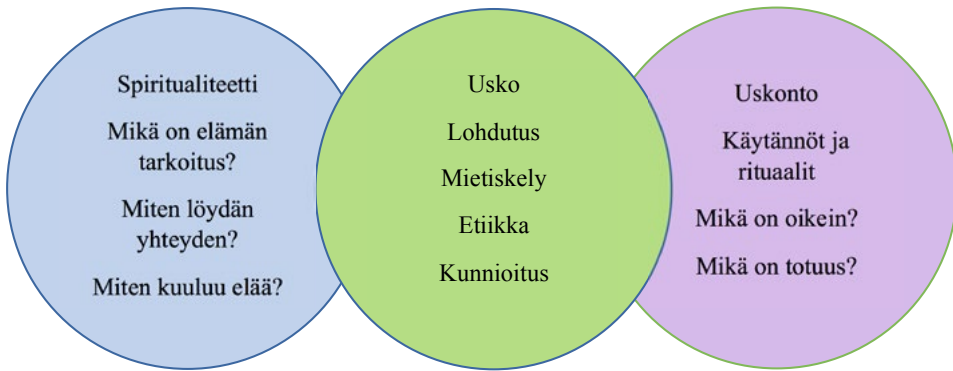
Henkisyyttä ja hengellistä elämää voidaan kuvata termillä *spiritualiteetti* (spirituality engl.) Termi tulee latinan kielen sanasta *spiritualis* (= hengellinen) (Aamenesta öylättiin – kirkon sanasto). Sanalla viitataan ihmisen elämän syvimpiin arvoihin, merkityksellisyyden etsimiseen ja yhteyden kokemiseen Jumalaan tai johonkin suurempaan voimaan. Spiritualiteetti on universaali kokemus – jotain, joka koskettaa meitä kaikkia. Spiritualiteetti on käsitteenä ongelmallinen, koska sitä käytetään hyvin erilaisissa merkityksissä. Harri Koskela (2009) käyttää käsitettä laajassa merkityksessä siten, että ihmisen spiritualiteettiin kuuluvat eksistentiaaliset kysymykset, tarkoituksen ja merkityksen etsiminen, sosiaaliset suhteet, tunteet, arvot ja ihmisen identiteetti. Nämä ovat yhteisiä eri uskontojen tai maailmankatsomusten spiritualiteetille.

Kristillisen spiritualiteetin omaksi alueeksi jäävät sen omasta perinteestä nousevat hengellinen elämä, usko, jumalakuva ja -suhde (Itkonen 2017).

Ihmiset voivat kuvata spirituaalista kokemusta pyhäksi tai transsendenttiseksi tai syvällisyyden ja toisiinsa liittymisen tunteeksi. Parhaimmillaan yhteyden kokemus johonkin itseä suurempaan lisää positiivisia tunteita, levollisuutta, tyytyväisyyttä ja kiitollisuutta. Se voi myös lisätä elämän kunnioitusta ja hyväksynnän kokemista. (Beauregard & O’Leary 2009; Pulchaski ym. 2009.)

Spiritualiteetti muokkautuu elämän aikana. Siihen vaikuttavat elämäntapahummat ja kokemukset ihmissuhteista. Spiritualiteetti ja uskonto sisältävät osittain samoja elementtejä, mutta molemmilla on myös omat erityisalueensa (kuvio 5). Kuvion keskelle jäävä osa kuvaa henkilökohtaista kokemusta, joka vaikuttaa ajatuksiimme, tunteisiimme ja käyttäytymiseemme.

Spiritualiteettiin liittyvät kysymykset ovat: Mistä löydän elämän merkityksen? Millä tavalla koen yhteyttä ja arvostusta? Uskontoon liittyvät kysymykset puolestaan ovat: Mikä on totta ja oikeaa?



KUVIO 5. Spiritualiteetin ja uskonnon välinen suhde (Chang ym. 2019).

Henkinen ja hengellinen tuki kohdistuvat eksistentiaalsiin kysymyksiin, se on läsnäoloa ja kuuntelua, aktiivista ja vastavuoroista keskustelua ja lohduttamista (Tanyi ym. 2009). Hengellisyys mahdollistuu myötätuntoisessa vuorovaikutuksessa (Shields ym. 2014). Terveydenhuollossa kulttuurinen ja uskonnollinen moninaistuminen haastavat ammattihenkilökunnan osaamista ja tekevät henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaamisen aikaisempaa vaativammaksi (Louheranta ym. 2016). Hengellisessä ja henkisessä tuessa tulisi nykyistä paremmin ottaa huomioon historiallinen ja kulttuurinen viitekehys, ja sen tulisi toteutua yksilöä arvostavana hoidon kaikilla tasoilla (Puchalski ym. 2014).

Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa todetaan, että ”sairaanhoitajan tulee edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa ja kohdata potilas arvokkaana ihmisenä, huomioiden yksilön arvot, vakaumuksen ja tavat. Jokaista potilasta tulee hoitaa tasavertaisesti, yksilölliset hoitotarpeet huomioiden riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta”.

Eettisissä ohjeissa vakaumuksen, uskonnon ja kulttuurin huomioiminen on mainittu erikseen asioina, jotka edistävät potilaan hyvää oloa. Oikeudenmukaisuus hoitajan työssä tarkoittaa, että jokaista potilasta hoidetaan yhtä hyvin riippumatta potilaan vakaumuksesta. Arjen hoitotyössä eettisen ohjeistuksen tulisi muuttua hoitokäytänteiksi, jotka integroituvat yksittäisen hoitajan ja hoitoyhteisön toimintaan asenteina ja toimintamalleina ja ovat tunnistettavissa hoitoyhteyksissä vakaumusmyönteisenä ilmapiirinä.

Henkinen ja hengellinen hoitotyö

Henkiseksi tukemiseksi voidaan länsimaisessa lääketieteessä ymmärtää psykiatrisen hoitotyö, psykologinen auttamistyö, hengellinen hoitotyö (spiritual nursing/spiritual care) ja sairaalasielunhoito (Karvinen 2009). Hengellinen hoitotyö tarkoittaa ihmisen lähellä olemista ja auttamista silloin, kun hän pohtii kysymyksiä, jotka koskevat hänen elämäänsä, ihmissuhteitaan, jumalasuhdettaan, kuolemaansa. Se on usein myös elämänrohkeuden ja toivon etsimistä toisen ihmisen kanssa. (Suomen Muistiasiantuntijat.)

Henkinen ja hengellinen hoito on jaoteltavissa uskonnolliseen ja toisaalta spirituaalis-hengelliseen hoitotyöhön. Musiikki, kuvataiteet ja kirjallisuus, eläimet ja luonto voivat tukea uskonnotonta vakaumusta tai yleisesti luoda toivoa, voimaa ja hyvää mieltä sairastuneelle. Keskustelu sairaalapastorin tai vakaumusta tukevan henkilön kanssa, uskonnollisten radio- tai TV-ohjelmien seuraaminen tai osallistuminen uskonnolliseen toimintaan taas tukevat uskonnollista vakaumusta. (Karvinen ym. 2020.)

Henkinen ja hengellinen hoitotyö ovat tärkeä osa hyvää kulttuurinmukaista hoitoa. Hengellinen hoitotyö ilmenee kiinnostuksena potilaan arvoja ja vakaumusta kohtaan. Hengellinen hoitaminen ei ole valmiiden vastauksien antamista, vaan yhdessä asioiden äärellä olemista ja etsimistä. Se tarkoittaa potilaan kuuntelemista ja tukemista hänen etsiessään elämänsä tarkoitusta. Tärkeää on potilaan huomioiminen ihmisenä kaikkine elämän ulottuvuuksineen. Tutkimuksissa on tullut esille, että hengellisen hoidon tila, hiljainen huone tai kappeli auttavat rauhoittumaan ja toipumaan. Hoitajan empaattinen ja eettinen ote taas lisää tunnetta vakaumuksen huomioimisesta. (Karvinen ym. 2020.)

Kansainvälisen tutkimuksen (Galek ym. 2005, 66–68) mukaan potilaan hengellisiä tarpeita kuvaavia kategorioita voidaan erottaa seitsemän. Ensimmäinen kategoria ”rakkaus, yhteenkuuluvuus ja kunnioitus” oli niistä merkittävin. Sen osa-alueita olivat rakkauden vastaanottaminen ja antaminen, saatu kunnioitus, sekä tunne läheisyydestä toisten kanssa. Toinen kategoria ”pyhä ja taivaallinen” oli toiseksi suurin kategoria ja siihen liittyivät mm. uskonnolliset rituaalit, joiden avulla oli mahdollista kokea yhteyttä Jumalaan. Kolmas kategoria oli ”positiivisuus, kiitollisuus, toivo ja rauha”, neljäs ”tarkoituksellisuus ja merkityksellisyys”, viides ”moraalisuus ja eettisyys” ja kuudes kategoria ”kauneuden arvostaminen. Seitsemäs kategoria oli ”elämän päätös ja kuolema”, joka ilmeni kuoleman ajatteluna, siihen valmistautumisena ja muisteluna.

Positiivinen asenne ja mahdollisuus rauhoittua oli tärkeää. Toivo lisäsi elämishalua. Huumori ja nauru helpottivat vaikean tilanteen sietämistä. Mahdollisuus

toimia moraalisesti oikein sekä hengellisten kysymysten ja kuoleman pohtiminen ilmensivät hengellisiä tarpeita. (Galek ym. 2005.) Suomalaisessa tutkimuksessa hengellisiä tarpeita olivat lisäksi kontrollin ja itsenäisyyden tarve, kommunikoinnin ja lohdutuksen tarve ja anteeksiannon, sovinnon ja asioiden loppuunsaattamisen tarve (Juvonen & Lindfors 2013).

Hengellinen hoito auttaa potilasta käsittelemään omaa sairauttaan, antaa toivoa ja sisäistä rauhaa työstää ratkaisemattomia ongelmia (Van Leeuwen ym. 2007, 482). Se vaikuttaa myönteisesti terveyteen tukien vastoinkäymisistä selviytymistä ja parantaa elämänlaatua vähentämällä ahdistusta sekä masennusta (Wasner ym. 2005, 99). Hengellisessä hoidossa voidaan erottaa kolme keskeistä osa-aluetta: hengellinen ahdistus, hengelliset tarpeet ja hengellinen hyvinvointi. Hengellisyys on moniulotteista ja yksilöllistä. Potilaan tunteet epäonnistumisesta, ahdistuksesta sekä syyllisyydestä voivat johtua hengellisestä kärsimyksestä. Hengellisen hoidon tavoitteena voi olla esimerkiksi pelkotilojen käsittely ja sovintoon ja mielenrauhaan pääseminen. Hoidossa tulee aina huomioida potilaan omat arvot, vakaumus ja elämäntavat. (Kärpänniemi 2008, 115.)

Hengellisen hoidon merkitys potilaalle

Edwardsin (Edwards ym. 2010, 761) mukaan potilaat kaipaavat ystävällistä ja ihmisarvoista hoitoa ja lohdutusta. Hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde on tärkeä, samoin läheisten saama tuki. Potilailla on tarve kokea rakkautta, arvostusta ja kunnioitusta. Se ilmenee hoitajan toiminnassa kuuntelemisena, kykynä osoittaa empatiaa ja kykynä keskustella hengellisistä asioista, peloista ja ahdistuksista sekä ottaa vastaan potilaan tunteita. Keskustelu oli merkittävä tapa ennaltaehkäistä hengellisen ahdistuksen syntymistä. Hengellinen ahdistus oli vaikea tunnistaa, sillä se kätkeyttiin usein huumorin tai fyysisten oireiden alle. Tukiessaan potilaita hoitajat käyttivät apunaan taidetta ja musiikkia, mikä helpotti hengellisistä asioista puhumista. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitoympäristön myönteisyys ja hoitohenkilökunnan kiireettömyys sekä hengellisen hoivan integroituminen muuhun hoitotyöhön tukivat potilaiden mahdollisuutta ilmaista hengellisiä tarpeita ja käsitellä niitä. (Edwards ym. 2010.)

Hengellisyydessä voi ilmetä myös epäterveitä piirteitä kuten pakkoa, pelkoa, ahdistusta ja syyllisyyttä. Hengellisyys voi olla vallankäytön väline. Terve hengellisyys sallii ihmisen olla välillä heikko ja välillä vahva. Se perustuu luottamukseen ja armoon. (Kettunen 2011, 6, 19.) Henkisesti ja hengellisesti terve yksilö on silloin, kun hän kokee dynaamista yksilöllistä ja yhteisöllistä tasapai-

noa, jossa suhde tuonpuoleiseen ja omaan vakaumukseen on pohdittu (Karvonen 2009).

Hengellinen hoito ja potilaan tukeminen edellyttävät hoitajalta avointa suhtautumista henkisyteen ja hengellisyteen. Hoitajan on suostuttava siihen, että asioiden pohtiminen johdattaa myös hänet pohtimaan omaa hengellisyyttään ja sen merkitystä. Erilaisista viitekehyksistä tai hengellisyyden ilmaisemisen keinoista huolimatta, hengellisyydessä jaettavaa on aina sen merkitys ihmiselle. Merkityksen pohtiminen voi synnyttää yhteyden eri tavalla ajattelevien välillä.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Aamenesta öylättiin – kirkon sanasto. <https://evl.fi/sanasto/-/glossary/word/Spiritualiteetti> (28.10.2019).
- Amoah, C.-F. (2011). The central importance of spirituality in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 7(17).
- Azarsa, T., Davoodi, A., Markani, A. K., Gahramanian, A. & Vargaei, A. (2015). Spiritual Wellbeing, Attitude toward Spiritual Care and its Relationship with Spiritual care Competence among Critical Care Nurses. *Journal of Caring Sciences*. Tabriz 4 (4).
- Beauregard, M., & O’Leary, D. (2009). *The spiritual brain*. New York: Harper Collins.
- Caldeira, S., Timmins, F., Campos de Carvalho, E. & Vieira, M. (2017). Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis. *Journal of Religion Health* 56.
- Chang, W. Y. A., Akanmori, H. & Parker, C. (2019). Addressing Canada’s truth and reconciliation commission for indigenous peoples through religious literacy and spirituality: unexpected pathways to peace education. *FIRE: Forum for International Research in Education* Vol. 5 (1).
- Cheraghi, M.-A., Payne, S. & Salsali, M. (2005). Spiritual aspects of end-of life care for Muslim patients: experiences from Iran. *International Journal of Palliative Nursing*. 9(11).
- Cook, C. C. H. (2013). *Spirituality, Theology and Mental Health*. London: SCM Press.
- Culliford, L. (2011). *The psychology of spirituality: An introduction*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Euroopan ihmisoikeussopimus, 63/1999, artikla 9 ajatuksen-, omantunnon- ja uskonnonvapaus. Saatavilla 22.8.2019. <https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V. & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*. 24(8).
- Emble, J. D. & Halstead, L. (1993). Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains. *Clinical nurse spec*. 7(4).
- ETENE (2009). Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001. <https://etene.fi/ammattietiikasta>
- Fry, S., Johnstone, M.-J. (2008). *Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making*. 3rd edition. Oxford: Blackwell.
- Galek, K., Flannelly, K., Vane, A. & Galek, R.,M. (2005). Assessing a Patient’s Spiritual Needs. *Holistic Nursing Practice*.19(2).

- Geels, A. & Wikström, O. (2009). *Uskonnollinen ihminen. Jobdatus uskontopsykologiaan*. Kirjapaja.
- Hakkarainen, T. & Tervaniemi, J. (2016). Se on sellainen voimavara. Uskonnollinen vakaumus perheen mielenterveyden ja hyvinvoinnin tukena. Opinnäytetyö. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hodge, D R & Horvath, V. E. (2011). Spiritual needs in health care setting: a qualitative meta-synthesis of clients' perspectives. *Social Work* 2011 (56).
- Huttunen, M.O. (2017). Mitä on masennus? Terveyskirjasto.fi/ https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00037 luettu 31.12.2019.
- Itkonen, J. (2018). Kun vauvaonni vaihtuu kuoleman suruun – Narratiivinen tutkimus kohtukuolemasta, lapsen kuoleman aiheuttamasta surusta ja selviytymisprosessista sekä kirkon tuesta. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Juvonen M. & Lindfors J., (2013). Aikuisen kuolevan potilaan hengelliset tarpeet hoitotyössä. Opinnäytetyö, hoitotyön koulutusohjelma. Ammattikorkeakoulu Novia. Turku.
- Joanna Briggs Instituutti (2011). Sairaanhoidajien ja syöpä sairastavien aikuispotilaiden tehokas viestintä sairaalassa. *Best Practice* 15 (1). <http://docplayer.fi/5006621-Sairaanhoidajien-ja-syopa-sairastavien-aikuispotilaiden-tehokas-viestinta-sairaalassa.html>.
- Kallunki M., Keskitalo, M., Nummela, I. & Palosaari, M. (2018). *Hengellinen tuki muistisairaana ihmisen elämässä*. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Karvinen, I. (2009). *Henkinen ja hengellinen terveys. Etnografinen tutkimus Kendun sairaalan henkilökunnan ja potilaiden sekä Kendu Bayn kylän asukkaiden henkisen ja hengellisen terveyden käsitteistä*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Karvinen, I. (2010). AVAUS-mallilla selville potilaan uskon ja voiman lähteet. *Syöpäsairaanhoitaja*. 14 (3).
- Karvinen, I. (2011). Henkisyys ja hengellisyys terveysalan asiantuntijuusalueena – miten käsitteitä jäsennetään? *Pro terveys* (6).
- Karvinen, I., Hänninen, M. & Lipponen, V. (2016). Valmius vastata potilaiden henkisiin ja hengellisiin terveystarpeisiin – Pilottitutkimus. *Diakonian tutkimus* 2/2016.
- Karvinen, I., Hakkarainen, T., Tervaniemi, J., Winqvist, S. & Lipponen, V. (2016). Vakaumus on voimavara – Uudistamassa Vakaumuksen kunnioittamisen opasta. *Diakonia* 4/2016.
- Karvinen, I., Lipponen, V. & Sipola, V. (2020) *Vakaumuksen kunnioittaminen – opas vakaumuksen kunnioittamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Kirkon sielunhoito, sairaalasielunhoito. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kettunen P. (2011). *Kätkeyty ja vaiettu. Suomalainen hengellinen häpeä*. Helsinki: Kirjapaja.
- King, S., Dimmers, M., Langer, S., ym. Doctors' Attentiveness to the Spirituality/Religion of their Patients in Pediatric and Oncology Settings in the Northwest USA. *Journal of Health Care Chaplaincy* 2013 (19).
- Kisvetrová, H., Klugar, M. & Kabelka L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing* (19).
- Koenig, H. G. (2011). *Spirituality & Health Research*. Conshohocken, PA: Templeton Press.
- Koenig, H. G., Carson, V. & King, D. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Koskela, H. (2009). *Miksi ja mitä varten Jumala? Lapsen menetyksen merkitys vanhemman spiritualiteetille*. Lisensiaatintutkimus, käytännöllinen teologia. Joensuun yliopisto.
- Kotisalo, H. (2002). *Diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön toteutuminen Kuopion hiippakunnan diakonisoiden arvioimana*. Pro gradu -tutkielma, hoitotyön laitos. Kuopion yliopisto.
- Kotisalo, H. (2005). Diakonisen hoitotyön toteutuminen. *Diakonian tutkimus* 1/2005.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

- Lee, B. J. (2007). Moderating Effects of Religious/Spiritual Coping in the Relation Between Perceived Stress and Psychological Well-Being. *Pastoral Psychology*, 55.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. (2003). *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.
- Lipponen, V., Niemipelto, H. & Karvinen, I. (2018). Surevan läheisen vakaumuksen kunnioittaminen. Avaus-malli henkisen ja hengellisen tuen tarpeen jäsentäjänä. *Diakonia* 4/2018.
- Lipponen, V. & Karvinen, I. (2015). Hengellisyys hoitotyössä saattohoitokodin omahoitajan silmin. *Palliativinen hoito*, nro 40.
- Lipponen, V. & Karvinen, I. (2014). Lupa lähteä. Hengellisyys saattohoidossa hoitohenkilöstön kokema. *Gerontologia* 28 (1).
- Louheranta, O., Lähteenvuori, M., & Kangasniemi, M. (2016). Henkinen ja hengellinen tuki terveydenhuollossa – kenen vastuulla? *Sosiaalilääketieteen aikakauskirja* 53(4).
- Martinez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M. & Centeno, C. (2017). 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative Medicine* 2017; 31, 492–509.
- Oliveira AMM., Lopes MEL., Evangelista CB., Gouveia EML., Costa SFG. & Alves, A. M. P. M. (2015). Spiritual dimension of care in nursing practice: student's opinion. *Journal of Nursing UFPE online*. 6(9): 2037–2044.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press.
- Piderman, K., Sytsma, T., Frost, H., Novotny, P., Rausch, O., Solberg N., Patten, C., Sloan, J., Rumans, T., Bronars, C., Yang, P. & Clark M. (2015). Improving Spiritual Well-Being in Patients with Lung Cancers. *Journal of Pastoral Care and Counseling* 69(3).
- Puchalski C., Romer A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. Center to Improve Care of the Dying. *Journal of Palliative Medicine* 3 (1), 129–137.
- Pulchaski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12: 886–904.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K. & Reller, N. (2014). Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine* 17(6), 642–656.
- Puhetta elämästä -kortit. Terveyskylä.fi. (2018). <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/pohdi-jatestaa/puhetta-el%C3%A4m%C3%A4st%C3%A4-kortit> (luettu 30.12.2019).
- Rantala, R. & Lipponen, V. (2019). ”Elämää lasikuution sisällä”. Eksistentiaalinen kärsimys sarkoomaa sairastavien potilaiden kirjoittamissa tarinoissa. *Diakonia* 4/2019.
- Reijonen, K. (2014). *Monikulttuurisen hoitotyön kulmakivet. Opas hoitotyön ammattilaisille*. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.
- Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L. & Zimmermann C. (2009). Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science and Medicine*, 68(3), 562–569.
- Räsänen, S. & Matila, A. (2018). Lääkkeettömät (psykososiaaliset) hoitokeinot saattohoitopotilaan ahdistus- ja masennusoireiden hoidossa. *Käypähoito. Duodecim*. <https://www.kaypahoito.fi/nak08965> (luettu 24.2.2020).
- Rättyä Lea (1998). *Diakoniatoimistojen asiakkaiden kokemukset avun ja tuen saamisesta*. Pro gradu -tutkielma, Oulun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Oulu.
- Rättyä Lea (2009). *Diakoniaryö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Hyväksytty Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996. Saatavilla 6.6.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

- Shields, M., Kestenbaum, A. & Dunn B. (2015). Spiritual AIM and the work of the chaplain: A model for assessing spiritual needs and outcomes in relationship. *Palliative and Supportive Care* 13(1) 75–89.
- Sipola, V. (2018). Vakaumuksen kunnioittaminen käytännössä. *Viesti-lehti* 3/2018.
- Sipola, V. (2018). Hengellisen hoidon välineitä. Teoksessa Saarto T., Hänninen J., Antikainen R. & Vainio A. (toim.). *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt*. Duodecim, 141.
- Spännäri, J. (2008). *Rukous on perintöä suvusta sukuun: Ikääntyneet ja uskonto vuosituhannen vaihteen Suomessa*. Käytännöllisen teologian laitoksen julkaisuja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Suomen muistiasiantuntijat. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=795008569&lang=fi>.
- Tahere, R. (2018). *Muslimipotilaan kohtaaminen hoitotyössä*. Hoitotyön opinnäytetyö, sosiaali- ja terveysala, Lapin ammattikorkeakoulu.
- Tanyi, R. A., McKenzie, M. & Chapek, C. (2009). How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 21(12), 690–697.
- Vainio, A. (2015). Saattohoito monikulttuurisena. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) *Palliatiivinen hoito*. 2015. Duodecim, 271–274.
- Van Leeuwen, R., Tiesinga, L.-J., Jochemasen, H. & Post, D. (2007). Aspects of spirituality concerning illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21(4), 482–489.
- Villagomeza, L. (2005). Spiritual distress in adult cancer patients. *Holistic Nursing Practice*, 19(6), 285–294.
- Vuoti Maire (2005). *Sairaanhoidosta eheyttävään kohtamiseen. Elämäkertatutkimus diakonissan työn muotoutumisesta vuonna 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain jälkeen*. Pro gradu tutkielma, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto, Oulu.

Lea Rättyä ja Helena Kotisalo

8 DIAKONISSAT TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄJINÄ

Terveyden edistämisen osaaminen on osa diakonista hoitotyötä ja sairaanhoitaja (AMK) -diakonissan asiantuntijuutta. Diakonissat ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä. He ovat kelpoisia toimimaan terveyden edistäjinä hoitotyön tehtävissä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä diakonian viroissa evankelis-luterilaisessa kirkossa. Nykyinen terveydenedistämistyö korostaa voimavara- ja terveyslähtöistä toimintaa aiemman ongelma- ja sairauslähtöisyyden sijaan. Diakonissojen toiminta terveyden edistäjinä on julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja täydentävää.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ohjaavat lait ja ohjelmat

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2020) on yleinen ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisestä. Nykyiset sosiaali- ja terveydenhuolto ohjaavat lait korostavat asiakkaan kokonaisvaltaista palvelutarpeen arviointia, hyvinvoinnin edistämistä, varhaista tukea ja paikallisten voimavarojen yhdistämistä (L1326/2010; L 980/2012; L 1301/2014). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma on puolestaan painottanut paikallista yhteistyötä erityisesti riskiryhmien osallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden vahvistamisessa (Rotko, Kauppinen, Mustonen & Linnanmäki 2012).

Terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010, 3§) 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”.

Kuntalaki (L 410/2015) määrittelee kunnan tehtäväksi asukkaiden hyvinvoinnin edistämisen ja kestäväen kehityksen. Terveydensuojelulain (L 763/1994) mu-

kaan ”kunnan tehtävänä on alueellaan edistää ja valvoa terveydensuojelua siten, että asukkaille turvataan terveellinen elinympäristö”.

Kuntaliiton mukaan terveyden edistäminen on tietoista vaikuttamista terveyteen ja hyvinvoinnin taustatekijöihin kuten elintapoihin ja elämänhallintaan, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen toimivuuteen ja saatavuuteen. Paikallisella tasolla hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuu yhteistyössä seurakuntien, järjestöjen ja yksityisen sektorin sekä valtion viranomaisien kanssa. (Kuntaliitto. Terveyden edistäminen 2020.) Terveydenhuoltolain (L 1326/2010, 12§) mukaan ”kunnan on tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa”.

Euroopan unionin (EU) velvollisuuksiin kuuluu ihmisten terveyden suojeleminen, kansanterveyden parantaminen, sairauksien ehkäisy sekä fyysisen ja psyykkisen terveyden riskitekijöiden poistaminen. EU:n terveysalan toimintaohjelman 2014–2020 tavoitteena on edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia ja vaalia terveitä elintapoja, suojella EU:n kansalaisia vakavilta terveysuhilta, jotka eivät rajoitu vain yhteen maahan, edistää innovatiivisia, tehokkaita ja kestäviä terveydenhuoltojärjestelmiä ja tehostaa laadukkaan ja turvallisen terveydenhuollon saatavuutta EU:ssa. (Kivelä 2019; Euroopan unioni 2020.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön (L 559/1994, 15 §) ammattitoiminnan päämääränä tulee olla ”terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen”. Suomalaisen sairaanhoitajan tulee saavuttaa opintojen aikana osaaminen, joka on kuvattu yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimuksissa ja sisällöissä (YleSHarviointi 2020). Yksi osaamisvaatimuksista on terveyden edistäminen.

Sairaanhoitajan tulee osata soveltaa ajankohtaista terveyden edistämisen tutkimustietoa ja tunnistaa terveydellisiä riskitekijöitä sekä osata kohdentaa varhaista tukea sitä tarvitseville. Sairaanhoitajan tulee osata suunnitella ja toteuttaa terveyden ja toimintakyvyn edistämisen interventioita yksilöille ja ryhmille asiakkaiden/potilaiden kanssa ja tarvittaessa moniammatillisessa yhteistyössä. Hänen tulee tunnistaa terveysuhkia ja osata tuoda ne osaksi asiakkaiden/potilaiden terveyden edistämistä. Terveyden edistämisen ammatillisia keinoja ovat esimerkiksi varhainen tunnistaminen ja tuen kohdentaminen tukea tarvitseville, terveyttä edistävä opetus sekä kannustaminen terveellisiin elämäntapoihin, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. Lisäksi sairaanhoitajan ammatillisia keinoja ovat toimintakyvyn arviointi ja edistäminen, kuntoutus sekä yhteisön terveyden kehittäminen. (YleSHarviointi 2020.)

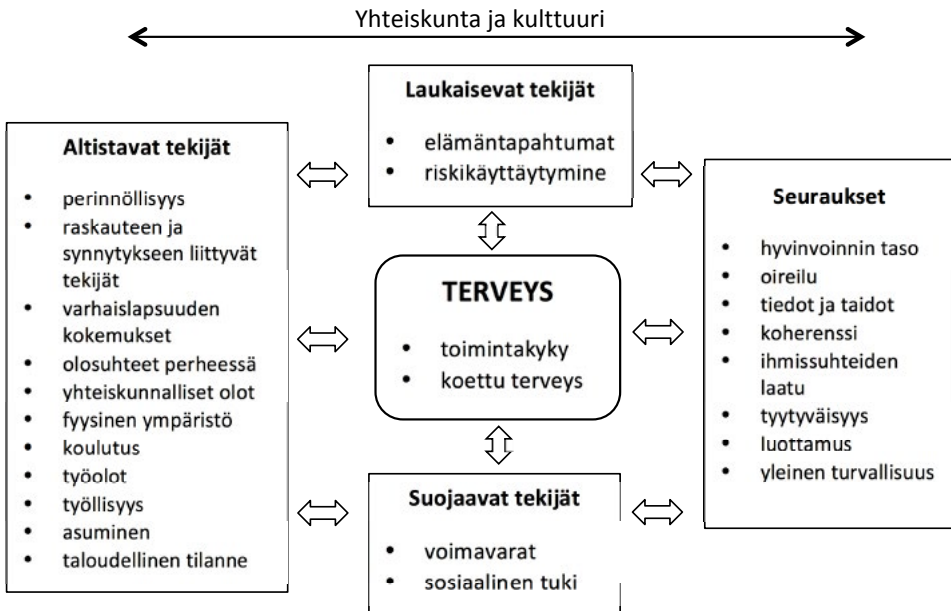
Kirkkohallitus (2009) on muistuttanut sairaanhoitaja-diakonisojen kaksiskelpoisuudesta ja osaamisesta yleiskirjeessään Työryhmän raportti terveyden edistämisestä diakoniatyössä. Kirkkohallituksen mukaan terveys- ja sairauskysymykset korostuvat diakoniatyössä erityisesti kohdattaessa ikäihmisiä sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Raportin johtopäätöksissä esitetään, että sairaanhoitaja-diakonissat voisivat hyödyntää nykyistä enemmän osaamistaan seurakunnassa esimerkiksi saattohoidossa, kotisairaanhoidossa, mielenterveystyössä, terveyden edistämisessä ja vanhustyössä sekä terveyserojen kaventamisessa. Lisäksi yhteyksiä terveydenhuoltoon tulisi vahvistaa.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

Terveys määritellään yhdeksi hyvinvoinnin osatekijäksi, ihmisen voimavaraksi tai elämän arvoksi. Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan terveys on fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, emotionaalista ja hengellistä hyvinvointia, ja se voi vaihdella elämänkulun eri vaiheissa. Terveyden edistämisen yhteydessä terveys kuvataan myönteisenä, jokapäiväisen elämän voimavarana. Terveyden edistämisessä painotetaan yksilöllisiä tai yhteisöllisiä voimavaroja ja toimintakykyä. Terveyden edistämisen päämäärä on väestön hyvä terveys, hyvä elämänlaatu ja hyvinvointi. (WHO 1986; Pietilä 2010, 10; Kivelä 2019, 24.)

Terveyttä voidaan tarkastella subjektiivisena eli kokemuksellisena tai objektiivisena eli mitattavissa olevana asiana. Hoitotieteellinen tutkimus on painottanut kokemuksellista terveyttä ja sen vaihtelua eri kulttuureissa ja väestöryhmissä. Terveyden edistämisen filosofia perustuu laaja-alaiseen terveystähtäykseen. Päähuomio ei ole sairaudessa vaan ihmisen toimintakyvyssä, jota voidaan kohentaa terveyden edistämisen toimilla sairaudesta riippumatta. Tätä mallia kutsutaan funktionaaliseksi terveystähtäykseksi. Yhtenä terveyden edistämisen filosofisena perustana pidetään positiivista terveystähtäystä, jossa terveys ymmärretään elinvoimana tai voimavarana. Ihmisellä on tilanteen mukaan enemmän tai vähemmän terveyttä, ja terveyden edistämisen toimilla on mahdollista lisätä ihmisten positiivisia terveysresursseja. (Pietilä 2010, 276; Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 102.)

Yksilön, perheen ja yhteisön terveyden taustalla olevia tekijöitä voidaan tarkastella terveyden prosessimallin avulla. Terveyden edistäjä voi vahvistaa ja ottaa puheeksi terveyttä suojaavia tekijöitä sekä tunnistaa ne tekijät, jotka mahdollisesti altistavat sairauksille tai laukaisevat ongelmien syntymisen. Myös hengellisyys voidaan nähdä yksilön tai yhteisön voimavarana ja terveyttä suojaavana tekijänä. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Terveysten prosessimalli (mukaeltu Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 28)

Terveyden edistämisen toiminta jaetaan terveyttä suojaavaan (*protection*) ja edistävään (*promotion*) toimintaan sekä sairauksia tai syrjäytymistä ehkäisevään (*prevention*) toimintaan. Terveysten edistämisen promotiivinen lähestymistapa on voimavara- ja terveystlähtöistä toimintaa, jossa painotetaan positiivista terveyttä, ihmisen ja yhteisön osallisuutta sekä yksilö- ja yhteisötasolla käyttämättömien voimavarojen etsimistä ja löytämistä. Promotiivisella toiminnalla ylläpidetään terveyttä ja luodaan ihmisille sisäisiä ja ulkoisia mahdollisuuksia terveyteen ja hyvinvointiin ennen kuin ongelmia tai sairauksia on ehtinyt syntyä. Terveellisen elinympäristön suojele kuuluu puolestaan väestön terveyttä suojaavaan toimintaan. (Lindström & Eriksson 2010, 32; Rouvinen-Wilenius, Aalto-Kallio, Koskinen-Ollonqvist & Nikula, 2011, 11; Mittelmark & Bull 2013.)

Terveyden edistämisen promotiivista toimintaa on kuvattu terveyst- ja voimavara- lähtöisen salutogeenisen mallin avulla. Mallissa terveyden edistämisen painopiste siirretään sairauden syitä selvittävästä (*patogeneesi*) tutkimusotteesta terveyttä tukevien ja ylläpitävien tekijöiden tunnistamiseen (*salutogeneesi*). Salutogeeninen malli painottaa positiivista terveyttä, tukee ihmisen ja yhteisön osallisuutta, voimavaroja ja mahdollisuuksia. (Antonovsky 1996; Mittelmark & Bull 2013.)

Terveyden edistämisen preventiivisessä lähestymistavassa korostuu ehkäisevä toiminta, joka on luonteeltaan riski-, oire- ja sairauslähtöistä. Preventiivisen toi-

minnan tavoitteena on sairauksien ja ongelmien kehittymisen ehkäisy ja terveyden ylläpitäminen. Terveyden edistämisen keinoilla ehkäistään riskitekijöitä ja haittoja sekä järjestetään hoitoa ja kuntoutusta. Preventiivinen toiminta on lähtökohtaisesti sairauslähtöistä eli patogeenistä. Työntekijä selvittää esimerkiksi, millaisia riskejä, vastoinkäymisiä ja hyvinvointivajeita asiakkaan elämässä on. Preventiivinen lähestymistapa jaetaan primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventioon. Primaaripreventio on sairauksia ehkäisevää ja niiden riskitekijöitä vähentävää toimintaa. Sekundaaripreventio avulla pyritään estämään sairauden paheneminen tai pienennetään sen vaikutusta. Tertiääripreventio tarkoituksena on lisätä toimintakykyä ja vähentää sairaudesta aiheutuvia haittoja. (Laitila 2010; Lindström & Eriksson 2010; Mittelmark & Bull 2013; Rättyä & Kotisalo 2015; Huttunen 2018.)

Terveyden edistämisen promotiivista ja preventiivistä lähestymistapaa ei aina voida erottaa toisistaan. Nykyisin sairauksia ehkäisevän lähestymistavan sijaan terveyden edistämässä painotetaan enemmän terveyttä ja voimavaroja edistävää sekä salutogeenista lähestymistapaa. Esimerkiksi diakonisessa hoitotyössä mielen terveyden edistäminen kohdistuu usein sekä mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistamiseen että mielenterveyden ongelmien ehkäisyyn. (Lindström & Eriksson 2010, 37; Rouvinen-Wilenius ym. 2011, 11; Rättyä & Kotisalo 2015.)

Terveyden edistämistyössä keskeistä on vahvistaa yksilöiden ja yhteisöjen voimaantumista, osallisuuden ja selviytymisen kokemusta sekä edistää koherenssin tunnetta ja psyykkistä palautumiskykyä eli resilienssiä. Voimaantumisen vastakohta on avuttomuus tai voimanpuute, joka viittaa omien tavoitteiden saavuttamatta jäämiseen sekä rajallisiin vaihtoehtoihin. Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa. Koherenssin tunne suojaaa sairauksilta ja ongelmilta, vähentää stressiä ja auttaa eheytyään. Koherenssin tunne liittyy myönteisesti hyvään terveyteen, mielen hyvinvointiin, toimintakykyyn ja terveellisiin elintapoihin. (Lindström & Eriksson 2010, 43; Härkönen 2012; Rautio & Husman, 2012.)

Kokemus selviytymisestä ja elämänhallinnasta vaikuttaa ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Mitä voimakkaampi potilaan kokemus on arkielämän mielekkyydestä, sitä paremmat mahdollisuudet hänellä on selviytyä stressistä ja ongelmista. (Häkkinen 2019.) Paljon terveystalviteita käyttävien asiakkaiden selviytymisen kannalta varhainen tilanteen tunnistaminen ja siihen puuttuminen voisivat merkittävästi vähentää tulevaisuudessa palvelujen tarvetta. Pelkkien oireiden kartoituksen lisäksi tulisi selvittää asiakkaan kokonaiselämäntilanne ja keskustella niistä keinoista, mitkä voisivat tukea pärjäämistä. (Kivelä 2019, 93.)

Resilienssi liittyy vastoinikäymisestä toipumiseen, optimismiin ja elämäntyytyväisyyteen. Se tukee hyvinvointia ja suojaa stressiltä (Nuortimo & Vanhanen 2019). Yksilön resilienssiin sisältyvät psyykinen toimintakyky ja valmius sopeutua muuttuviin elämäntilanteisiin siten, että oma ja yhteisön hyvinvointi lisääntyvät stressitekijöille altistumisesta huolimatta. Yksilötason resilienssi on yhteydessä perheeltä, yhteisöltä ja yhteiskunnalta saatuun selviytymistä hyödyttävään tukeen. Yhteisöresilienssiin sisältyvät muiden muassa yhteisöllisyys, osallistuminen ja sosiaaliset turvaverkot. Yhteisöissä, joissa ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet ovat positiivisia, syntyy sidoksia ja yhteisiä merkityksellisiä kokemuksia. Yhteisöresilienssi lisää myös yksilöiden resilienssiä. (Hyvönen & Juntunen 2018, 5–6.)

Osallisuus on kuulumista ja kuulluksi tulemistä. Osallisuus rakentuu luottamuksesta ja kunnioituksesta, toimeentulosta, tietoihin ja taitoihin perustuvasta osaamisesta, täydentävistä palveluista sekä mielekkästä toiminnasta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Heikoimmassa asemassa olevien osallisuus, 2020.) Osallisuus omaan elämään vahvistuu silloin, kun yksilölliset toimintavalmiudet lisääntyvät ja näin avautuu uusia mahdollisuuksia. Sosiaaliset suhteet ja verkostot vahvistuvat ja aineelliset resurssit voimistuvat. (Koivisto, Isola & Lyytikäinen 2018, 11.)

Osallisuutta tukee parhaiten sellainen toiminta, jossa voidaan kokea arvokkuutta ja merkityksellisyyttä ja edistää yhteistä hyvää ja jossa ihmiset voivat näyttää osaamistaan. Osallisuuden kokemuksella on myös terapeuttinen ja voimaannuttava merkitys. (Laitila 2010; Isola, Kaartinen, Leemann, Lääperi, Schneider, Valtari & Keto-Tokoi, 2017, 38.) Diakoniatyö voi Juntusen (2014) mukaan vahvistaa asiakkaan osallisuutta ja vaikuttamismahdollisuuksia. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdekuntoutuja voi tuettuna kokea osallisuutta omaan hoitoon ja kuntoutukseen, palveluiden kehittämiseen sekä palveluiden järjestämiseen.

Terveyden edistämisen haasteet

Kivelän (2019, 26, 93) mukaan terveyden edistämisen erityisenä tavoitteena on paljon terveyspalveluita käyttävien asiakkaiden elämänlaadun, hoitoon sitoutumisen, kliinisen terveydentilan ja elintapojen edistäminen. Suomalaisten terveys on yleisesti ottaen parantunut, mutta alimpiin tulo- ja koulutusluokkiin kuuluvien ihmisten terveydentila on heikentynyt ja terveyserot ovat kasvaneet. Syrjäytymisellä ja heikolla terveydellä on todettu olevan vahva yhteys toisiinsa, samoin myös mielenterveysongelmilla ja runsaalla terveyspalveluiden ja lääkkeiden käytöllä. Paljon terveyspalveluita käyttävillä on elämänlaatua heikentäviä pitkäaikaissaira-

uksia, matalampi koulutustaso ja heikko taloudellinen tilanne. (Kinnunen 2009; Rotko, Hannikainen-Ingman, Murto, Kauppinen & Mustonen 2014; Aaltonen, Berg & Ikäheimo 2015; Manderbacka, Aalto, Kestilä, Muuri & Häkkinen 2017.)

Köyhyys on usein yhteydessä terveysongelmiin. Esimerkiksi matalaksi koettu terveys, heikko toimintakyky, vammaisuus, pitkäaikainen toimintarajoitus, työstä tai koulusta poissaolo, tuen ja resurssien puute, tartuntataudit tai korkea kuolleisuus voivat olla seurausta köyhyydestä (Cone 2015). Myös matala sosioekonominen asema altistaa sairastumiselle ja ennenaikaiselle kuolleisuudelle, mutta sen merkitystä terveyden riskitekijänä ei riittävästi huomioida. (Stringhini, Carmeli, Jokela ym. 2017; Manderbacka ym. 2017.)

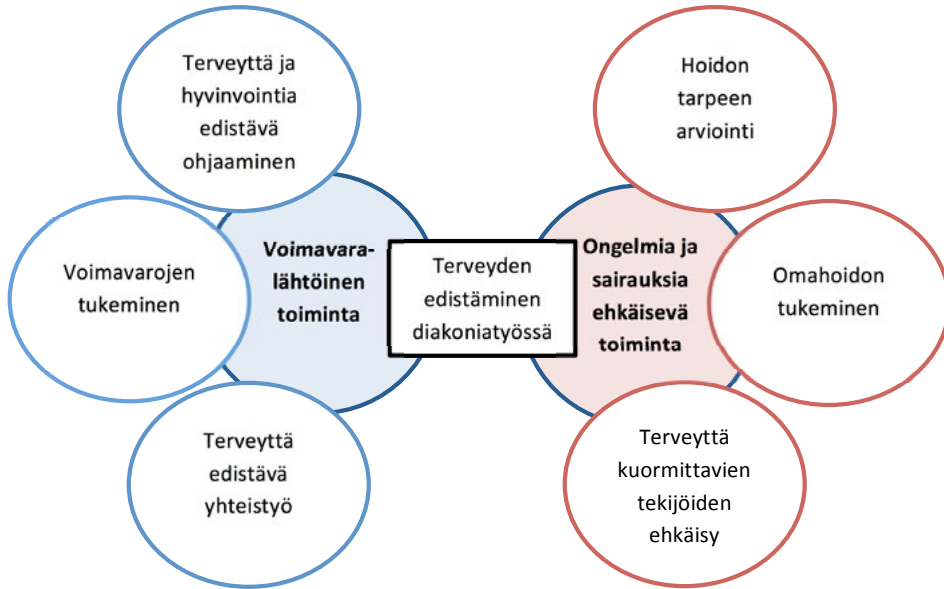
Ylitalo-Katajisto (2019, 75–77) jakaa paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat suoriutujiin, huolehtijoihin ja selviytyjiin. Suoriutuja hoitaa omat asiansa ilman sosiaalista tukiverkosta ja käyttää vähän sosiaali- ja terveyspalveluja. Hän arvostaa helppokäyttöisyyttä, luotettavuutta ja sähköisiä palveluja. Huolehtija keskittyy omien ja läheisten tarpeiden tyydyttämiseen. Hän saa apua sosiaali- ja terveyspalveluista sekä läheisiltä. Hän arvostaa kasvotusten kohtaamista ja henkilökohtaista palvelua. Selviytyjän sosiaalinen tukiverkosto on suppea, hän käyttää vähän sosiaali- ja terveyspalveluja palvelutarpeista huolimatta. Hänelle on tärkeää kuulluksi tuleminen ja huolien jakaminen, sillä hän on tottunut pärjäämään ilman apua. Diakonissa tapaa työssään paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita, jotka sijoittuvat kaikkiin edellä mainittuihin profiileihin.

Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat ovat usein moniongelmaisia. Heillä on somaattisia oireita, sairauksia, psyykkisen toimintakyvyn heikkenemistä, hoitoon sitoutumattomuutta ja taloudellisia vaikeuksia. Päihteiden käyttäjillä voi olla lisäksi syrjäytymiseen, masennukseen, paniikkihäiriöihin, toimintakykyyn, perhe-tilanteeseen, sosiaalisiin suhteisiin ja työkykyyn liittyviä vaikeuksia. Nämä tekijät vaikeuttavat arjessa selviytymistä. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalveluja tulee koota yhteen hyödyntäen moniammatillisia työtapoja yksilöllisten palvelujen räätälöimiseksi. (Ylitalo-Katajisto 2019, 79–80, 100; Koivisto & Tiirinki 2020.)

Suomalaisten terveydessä, toimintakyvyssä ja hyvinvoinnissa on tapahtunut viimeisinä vuosina myönteisiä muutoksia erityisesti fyysisessä aktiivisuudessa, koetussa elämänlaadussa ja sosiaalisessa osallistumisessa. Elintapojen muutoksilla ja terveyskäyttäytymisellä voidaan vaikuttaa merkittävästi hyvinvointiin ja terveyteen. Terveysten edistämisen keskeisiä keinoja ovat ongelmien ja terveysriskien varhainen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen, neuvonta sekä tarvittaessa hoitoon ohjaus. (Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi & Koskinen, 2018.)

Terveyden edistäminen diakoniatyössä

Diakonisojen tekemää terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyötä on kuvattu sekä voimavaralähtöisenä että ongelmia ja sairauksia ehkäisevänä toimintana. Voimavaralähtöisyys viittaa promotiiviseen terveyden edistämiseen. Ongelmia ja sairauksia ehkäisevä toiminta viittaa puolestaan preventiiviseen terveyden edistämiseen. (Rättyä & Kotisalo 2015.) (Kuvio 2, sivu x.)



KUVIO 2. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen diakoniatyössä diakonisojen kuvaamana (mukailtu Rättyä & Kotisalo 2015)

Terveyden edistämässä voimavaralähtöinen toiminta korostaa yksilö- ja yhteisötasolla käyttämättömien voimavarojen etsimistä ja löytämistä sekä ihmisten aktiivista roolia itseään koskevissa asioissa. Terveyttä ja hyvinvointia tukeva, voimavarakeskeinen ohjaus auttaa potilasta löytämään muutosmahdollisuuksia ja omaksumaan terveellisiä elintapoja. Oikea-aikainen ja käytännönläheisiin ohjeisiin perustuva asiantuntija-apu sekä läheisten ja vertaisten tuki edistävät elintapamuutoksen toteuttamista. Väestön kannalta tärkeää on terveyden lukutaito, jolla tarkoitetaan kykyä ymmärtää terveystietoa ja valmiuksia hankkia itse aktiivisesti ajantasaista terveyteen liittyvää tietoa. (Mittelmark & Bull 2013; Kauhanen ym. 2013, 103, 117–118; Häkkinen 2019.)

Diakonissat ovat kuvanneet terveyden edistämistä diakoniatyössä voimavaralähtöisenä toimintana. Siinä korostuvat yksilöiden ja perheiden terveyttä ja hy-

vinvointia edistävä ohjaaminen, voimavarojen tukeminen ja terveyttä edistävä yhteistyö. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sisältää terveysvalintoihin ja vanhemmuuteen sekä osallisuuteen tukevaa ohjaamista. Diakonian asiakkaat tarvitsevat ohjausta erityisesti ruokailuun, lepoon, ulkoiluun, liikuntaan, terveyden ylläpitämiseen ja terveellisten elintapojen noudattamiseen liittyvissä asioissa. Vanhemmuuteen liittyvässä ohjaamisessa oleellista on keskusteluapu, vanhemmuuden tukeminen sekä erilaiseen vertaistoimintaan, osallisuuteen ja yhteisöllisyyteen ohjaaminen. (Rättyä & Kotisalo 2015.)

Terveyden edistäjä toimii asiakkaan reflektoinnin tukijana, valmentajana ja yhteistyökumppanina. Asiakas itse arvioi saamansa tiedon, prosessoi sitä, ja ottaa sen mahdollisesti käyttöön silloin, kun se hänelle sopii. Tämän jälkeen työntekijä puolestaan arvioi, mitkä ovat ihmisen omat tavoitteet, ja mihin hän pystyy sitoutumaan. Terveyden edistämisen päämääränä on löytää ja vahvistaa yksilö- ja yhteisötasoilla sellaisia voimavaroja, joita hyödyntämällä ihmisillä on mahdollisuus ottaa aktiivinen rooli oman terveytensä hallinnassa. Voimavarat ja elinolot luovat edellytyksiä yksilön kyvyille hyödyntää tietoa ja käyttää tarjolla olevia mahdollisuuksia. (Rouvinen-Wilenius ym. 2011, 11; Holmberg-Marttila, Hirssu, Mattelmäki & Koivuniemi 2014, 44–53.)

Diakonissat tukevat asiakkaidensa voimavaroja, pärjäämistä, psyykkistä ja hengellistä hyvinvointia sekä seurakuntayhteyttä. Voimavaralähtöinen toiminta tulee esille asiakaslähtöisyydessä ja asiakkaan elämää sekä hyvinvointia tukevien harrastusten, ihmissuhteiden ja hyvään mielialaan liittyvien asioiden painottumisena keskustelussa. Asiakkaat odottavat kannustamista ja rohkaisua omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen ja valintojen tekemiseen. Elämän mielekkyyteen ja tarkoitukseen, toivoon, itsetuntoon, ihmisarvoon, hengelliseen hyvinvointiin ja uskoon liittyvät teemat ovat usein esillä keskusteluissa. Diakonissat tukevat kohtaamiaan ihmisiä seurakuntayhteyden tiedottamalla seurakunnan toiminnasta ja osallistumismahdollisuuksista sekä auttavat heitä osallistumaan jumalanpalveluksiin. (Rättyä & Kotisalo 2015.) Ziebarthin ja Campbellin (2019) mukaan uskon ja terveyden yhdistäminen on keskeistä uskonnollisissa yhteisöissä toteutetussa hoitotyössä. Hengellisen tuen avulla voidaan edistää asiakkaan voimaantumista ja selviytymistä.

Terveyden edistäminen edellyttää yhteistyötä paikallisten sosiaali- ja terveys-toimijoiden kanssa sekä yhteydenpitoa asiakkaaseen. Paikallinen yhteistyö terveyskeskuksen, neuvolan ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa on keskeistä. Ilman tätä yhteistyötä asiakas ei saa hänelle tarpeellista tukea. Diakonissat sopivat yhdessä asiakkaan kanssa kotikäynneistä, vastaanottotapaa-

misista ja puhelinkontakteista sekä tapaamisten säännöllisyydestä. Sopimusten tekeminen edistää asiakkaan sitoutumista yhteistyöhön ja antaa jatkuvuutta yhteistyölle. (Kotisalo & Rättyä 2014, 100, 152–153; Rättyä & Kotisalo 2015.)

Terveyden edistämässä ongelmia ja sairauksia ehkäisevä toiminta sisältää hoidon tarpeen arviointia, omahoidon tukemista ja terveyttä kuormittavien tekijöiden ehkäisemistä. Diakonissat arvioivat hoidon tarvetta selvittäessään asiakkaan vointia, keskustellessaan sairauksista ja arvioidessaan olemassa olevan hoidon riittävyttä ja paikallisen yhteistyön tarvetta asiakkaan hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Asiakkailta on monia erilaisia somaattisia ja psyykkisiä vaivoja, kipuja, unetomuutta, terveysongelmia ja sairauksia. Sairaudet aiheuttavat huolta ja pelkoja. Diakonissat keskustelevat voinnista, oireista ja sairauksista sekä esittävät tarkentavia kysymyksiä psyykkisen ja fyysisen voinnin sekä vireystilan ja kokonaistilanteen selvittämiseksi. (Rättyä & Kotisalo 2015.)

Diakonissat etsivät yhdessä asiakkaan kanssa vointia edistäviä tekijöitä ja ohjaavat seuraamaan oireiden laatua. He arvioivat asiakkaan voinnissa tapahtuvia muutoksia ja rohkaisevat asiakasta hakeutumaan hoitoon. He kiinnittävät huomiota muutoksiin muiden muassa asiakkaan hengityksessä, ihossa, kipu- ja muussa lääkityksessä sekä peruselintoiminnoissa ja asiakkaan orientaatiossa. Oleellista on oireiden ja sairauksien varhainen huomioiminen, niihin puuttuminen ja hoitoon ohjaaminen. Paikallisessa yhteistyössä keskeistä on järjestöjen ja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa tehtävä asiakkaan hoitoon liittyvä monialainen yhteistyö. Asiakkaan kokonaisvaltainen tukeminen edellyttää diakonisoilta terveyden edistämisen menetelmien tuntemista, käyttöä ja paikallista yhteistyötä sosiaali- ja terveystalvelujen toimijoiden kanssa. (Rättyä 2010, 51–52; Rättyä 2012, 97–103; Kotisalo & Rättyä 2014, 101; Rättyä & Kotisalo 2015.)

Diakonissat tukevat asiakkaan omahoitoa keskustelemalla sairauden hoidosta sekä lääkehoidosta, tekemällä hoitotoimenpiteitä ja motivoimalla omahoitoon. Diakonian asiakkailla on tarve keskustella sairauksiensa hoidosta, erilaisista tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä niihin liittyvistä peloista. Diakonissojen tekemät varsinaiset hoitotoimenpiteet liittyvät sairauskohtauksen hoitamiseen, lääkkeiden ja ensiavun antamiseen ja verenpaineen mittaamiseen. Diakonissat motivoivat asiakkaita omahoitoon kertomalla ruokien terveysvaikutuksista, kuntoutukselta ja lääkehoidon noudattamisesta. He ohjaavat oireiden seurannassa, sairauden omahoidossa ja sosiaali- ja terveystalvelujen käytössä, ja he kertovat yhteiskunnan tukimahdollisuuksista sekä sosiaaliturvasta. (Rättyä & Kotisalo 2015.)

Terveysneuvonnalla ja ohjauksella päästään parhaaseen tulokseen, kun se aloitetaan mahdollisimman pian sairastumisen riskin tai sairauden toteamisen jälkeen.

Tällöin potilaan motivaatio muuttaa käyttäytymistään on hyvä. Ohjauksessa käytetään esimerkiksi motivoivaa haastattelua, terveysneuvontaa ja mini-interventiota haitallisen elintavan puheeksi ottamiseksi ja omahoidon edistämiseksi. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009; Häkkinen 2019.) Ohjaus voi toteutua myös videon tai internetin välityksellä esimerkiksi luotettavia verkkoportaaleja, terveyskirjastoa (www.terveyskirjasto.fi) ja sähköisiä sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäen (ks. www.hyvis.fi).

Motivoiva haastattelu on terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön perustuva, asiakaslähtöinen ohjausmenetelmä. Sen avulla pyritään löytämään ja vahvistamaan asiakkaan/potilaan motivaatiota elämäntapamuutokseen. Haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä, reflektoivaa eli heijastavaa kuuntelua ja yhteenvetojen tekemistä. Motivoivan haastattelun pohjalta on kehitetty asiakaslähtöinen terveysvalmennus, jossa autetaan asiakasta tunnistamaan elintavoissaan olevia epäkohtia ja etsimään terveyttä edistäviä käyttäytymismuutoksia. (Motivoiva haastattelu 2014; Kivelä 2019, 85–86, 90–91.)

Erityisesti paljon terveyspalveluita käyttävien ja pitkäaikaissairaiden terveysvalmennuksessa asiakaslähtöisyys on keskeistä pyrittäessä myönteisiin vaikutuksiin terveyskäyttäytymisessä. Terveysvalmennus (*health coaching*) on terveyttä edistävä menetelmä, jolla lisätään asiakkaan hyvinvointia ja edistetään terveyteen liittyvien tavoitteiden saavuttamista. Valmennuksen tarkoituksena on auttaa asiakasta löytämään omat keinonsa ja psyykkiset voimavaransa niin, että hän voi saavuttaa itse asettamansa terveystavoitteet. (Hayes & Kalmakis 2007; Kivelä 2019, 85–86, 90–91.) Diakonissat tukevat asiakkaiden toimintakykyä ja kuntoutumista. He etsivät yhdessä asiakkaiden kanssa keinoja kotona selviytymiseen, toimintakyvyn ylläpitämiseen ja riittävien palvelujen saamiseen. (Rättyä & Kotisalo 2015.)

Diakonissat kohtaavat kuormittavassa elämäntilanteessa eläviä ihmisiä usein. Elämäntilanne on terveysriski erityisesti silloin, kun se uhkaa jaksamista ja arjessa selviytymistä, pitkittää surureaktiota tai altistaa syrjäytymiselle ja turvattomuudelle. Suru, yksinäisyys, vakava sairaus, omaishoitajuus, taloudelliset ongelmat, köyhyys, vanhemmuuteen uupuminen ja alkoholismi aiheuttavat syrjäytymistä ja lisäkuormaa jaksamiselle. Diakonissat auttavat olemalla läsnä ja antamalla tilaa asiakkaan kokemuksille sekä tarinalle. He kuuntelevat, keskustelevat, tukevat ihmistä kokonaisvaltaisesti, käyttävät hengellisen tuen ja sielunhoidon menetelmiä sekä rohkaisevat asiakkaita osallistumaan seurakunnan toimintaan. (Kotisalo 2005, 12; Kinnunen 2009; Rättyä 2009, 90–91; Rättyä 2010, 52–55, 57–58; Rättyä & Kotisalo 2015; Isomäki 2018.)

Yhteenveto

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sisältyy diakoniseen asiakastyöhön. Diakonissa kohtaa ja auttaa erilaisissa elämäntilanteissa eläviä, eri-ikäisiä terveysongelmista ja huono-osaisuudesta kärsiviä ihmisiä. Diakonissat auttavat ja tukevat ihmisiä, perheitä, ryhmiä ja yhteisöjä kokonaisvaltaisesti. He ylläpitävät ja edistävät terveyttä, vahvistavat voimavaroja ja mahdollistavat toivoa sekä tukevat osallisuuteen ja yhteyteen. (Kotisalo 2005, 11–14; Rättyä 2009, 74–77; Rättyä 2010, 97–103; Kotisalo & Rättyä 2014.) Erityisenä diakoniatyön haasteena ovat ihmiset, joiden terveysresurssit ovat niukat, jotka tinkivät varattomuuden takia terveydenhuollosta tai eivät saa riittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. (Isomäki ym. 2018, 47, 105.) Diakonian tilastojen mukaan terveyteen ja sairauteen liittyvät kysymykset ovat toiseksi merkittävin syy hakea apua diakoniatyöntekijöiltä. Sekä talouteen että terveyteen ja sairauteen liittyvät kohtaamiset ovat diakoniatyössä lisääntyneet vuonna 2019. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko.)

Diakoniatyö eroaa muusta sosiaali- ja terveystalouden työstä kokonaisvaltaisuudellaan. Se hoitaa ihmisten taloudellista, sosiaalista, fyysistä, henkistä ja hengellistä hyvinvointia. Diakoniatyön anti on aineeton hyvinvointi ja jokaisen luovuttamaton ihmisarvo. (Isomäki ym. 2018; Rättyä 2012, 87.) Seurakuntien tulee olla aktiivisesti mukana kehitettäessä paikallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Diakonissoilla ja diakoneilla voi olla oman osaamisensa mukaiset roolit koottaessa asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia ja soviteltaessa yhteen monialaisia palveluja. (Koponen ym. 2018, 191–193; Koivisto & Tiirinki 2020.)

Voimistuvan muuttoliikkeen seurauksena väestö keskittyy suuriin kaupunkeihin. Maaseudun autioituviiin kyliin jää ensisijaisesti vanhuksia. Samaan aikaan nuorten määrä kansallisesti vähenee ja nuorten mielenterveysongelmien ennakoidaan lisääntyvän. Ihmisten eriarvoisuus näkyy terveydessä ja elinajanodotteessa sekä riittävien ja laadukkaiden palvelujen saatavuudessa. Haasteisiin voidaan etsiä ratkaisuja esimerkiksi ennaltaehkäisevistä palveluista ja digitalisaatiosta. (Manderbacka ym. 2017; Wallenius 2018, 67–79; Dufva 2020, 22, 25.)

Diakonisen hoitotyön näkökulmasta edellä mainitut haasteet eivät ole uusia. Diakonissoilla on kokemusta niiden ihmisten ja ryhmien auttamisesta, joilla huono-osaisuus kasaantuu, ja joilla on terveysongelmia kuten pitkäaikaissairauksia, toimintarajoitteita sekä puutteita tuen ja palveluiden saamisessa. Diakonissat ovat toimineet haastavissa olosuhteissa syrjäseuduilla, joissa palvelut ovat kaukana. He ovat toimineet asiakaslähtöisesti ja rohkeasti etsiessään ratkaisuja hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitämiseksi. Diakonissat ovat olleet oman aikansa

hoitotyön ja terveyden edistämisen pioneereja viedessään apua sinne, minne muu apu ei yllä. He ovat tarjonneet ihmisille kokonaisvaltaista hoitoa, puolustaneet haavoittuvassa asemassa olevia, tehneet paikallista yhteistyötä, ylläpitäneet toivoa ja tukeneet yksilön ja yhteisön hengellisyyttä. Tälle osaamiselle on nyt ja tulevaisuudessa entistä enemmän tarvetta.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Aaltonen, S., Berg, P. & Ikäheimo, S. (2015). Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Nuorisotutkimusverkosto. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*. Vol. 11, No. 1 Saatavilla 27.3.2020 <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>
- Cone, P. M. H. (2015). Theology of Poverty and Health Applied to Nursing Education. *Christian Higher Education*. 14 (3), 158–176.
- Dufva, M. (2020). Megatrendit 2020. Sitra studies 162. Saatavilla 3.2.2020. <https://media.sitra.fi/2019/12/15143428/megatrendit-2020.pdf>.
- Euroopan unioni. EU:n terveysalan toimintaohjelma 2014–2020. Saatavilla 21.2.2020. https://ec.europa.eu/health/funding/programme_fi.
- Hayes, E. & Kalmakis, K. A. (2007) Coaching as a nurse practitioner strategy for improving health outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Volume19, Issue 11. Saatavilla 21.2.2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1745-7599.2007.00264.x>.
- Holmberg-Marttila, D., Hirso, P., Mattelmäki, U. & Koivuniemi, K. (2014). *Terveydenhuollon kompassi: avain asiakkuuteen*. Helsinki: Duodecim.
- Huttunen, J. (2018). Mistä terveys syntyy? *Lääkärikirja Duodecim*. Saatavilla 21.2.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00928.
- Hyvönen, A.-E. & Juntunen, T. (2018). Resilienssi avaimena laaja-alaiseen kokonaisturvallisuuteen: haasteita ja mahdollisuuksia. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan artikkelisarja 25/2018*. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Härkönen, P. (2012). Elämäntyytyväisyys ja terveys – voimavaruusautunut ikääntyvien henkilöiden seuranta tutkimus. Terveystieteiden laitos. Oulu: Oulun yliopisto.
- Häkkinen, E. (2019). Terveyden edistäminen. *Sairaanhoitajan käsikirja. Sairaanhoitajan tietokannat*. Helsinki: Duodecim. Saatavilla 21.2.2020 <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>.
- Isola, A-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. (2017). *Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehyistä rakentamassa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Isomäki, P., Lehmusmies, J., Salojärvi, P. & Wallenius, V. (2018). *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvot*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus. Saatavilla 21.2.2020. https://www.dtl.fi/media/diakoniabarometri_2018.pdf.
- Juntunen, E. (2014). Diakoniatyöntekijöiden auttamistyö asiakkaan kansalaisuuden tukemisenä. *Diakonian tutkimus* 1/2014, s. 7–31.
- Juntunen, E., Grönlund, H. & Hiilamo, H. (2006). *Viimeisellä luukulla: tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta*. Helsinki: Kirkkohallitus.

- Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. (2013). *Kansanterveystiede*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kinnunen, K. (toim.) (2009). Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus. Saatavilla 21.2.2020. [http://notes.evl.fi/julkaisut.nsf/97E943715BB8B649C2257E2E0012D47A/\\$FILE/sairas%20k%C3%B6yhyys%20kirja.pdf](http://notes.evl.fi/julkaisut.nsf/97E943715BB8B649C2257E2E0012D47A/$FILE/sairas%20k%C3%B6yhyys%20kirja.pdf).
- Kirkkohallitus (2009). Työryhmän raportti terveyden edistämisestä diakoniatyössä. Moniste. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kivelä, K. (2019). Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveyspalveluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa. Oulu: Oulun yliopisto.
- Koivisto, J., Isola, A.-M. & Lyytikäinen, M. (2018) *Osallisuus kuuluu kaikille. Innokylän innovaatiokatsaus*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 21.2.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136074/URN_ISBN_978-952-343-077-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Koivisto, J. & Tiirinki, H. (2020). *Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut -väliraportti*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 21.2.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139138/URN_ISBN_978-952-343-459-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) (2018). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa*. FinTerveys 2017 -tutkimus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. (2007). *Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa*. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Kotisalo, H. (2005). Diakonisen hoitotyön toteutuminen. *Diakonian tutkimus* 1/2005. Saatavilla 22.2.2020. http://dts.fi/dokumentit/DT_1_2005.pdf.
- Kotisalo, H. & Rättyä, L. (2014). *Diakonissat terveyden edistäjinä*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 21.2.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140457/B_58_9789524932196.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Kuntaliitto. Terveyden edistäminen. Saatavilla 21.2.2020. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/terveyden-edistaminen>.
- Laitila, M. (2010). *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä*. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- L 763/1994. Terveysuojelulaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940763>.
- L 1326/2010. Terveyspalvelulaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>.
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>.
- L 410/2015. Kuntalaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2010). Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa A.-M. Pietilä (toim.), Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY, 32–48.
- Manderbacka, K., Aalto, A.-M., Kestilä, L., Muuri, A. & Häkkinen, U. (2017). Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. *Suomen sosiaalinen tila 2/2017*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 21.2.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132346/SST2_2017_15062017.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
- Mittelmark, M. B., & Bull, T. (2013). The Salutogenic Model of Health in Health Promotion Research. *Global Health Promotion*. Vol. 20, No. 2 2013.
- Motivoiva haastattelu. Käypä hoito -suositus (18.6.2014) Helsinki: Duodecim Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>.

- Nuortimo, O. & Vanhanen, H. (2019). Tietoisien läsnäolon yhteys elämäntyytyväisyyteen, koettuun stressiin ja optimismiin resilienssin välittämänä. Psykologian pro gradu -tutkielma. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto. Saatavilla 21.2.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20190335/urn_nbn_fi_uef-20190335.pdf.
- Pietilä, A.-M. (2010). Terveyden edistämisen lähtökohtia – katsaus kirjan ydinsisältöön. Teoksessa A.-M. Pietilä (toim.), *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan*. Helsinki: WSOY, 10–14.
- Rautio, M. & Husman, P. (2012). Työikäisten terveyden edistäminen – esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. Teoksessa A.-M. Pietilä (toim.), *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan*. Helsinki: Sanoma Pro, 165–190.
- Rotko, T., Hannikainen-Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T. & Mustonen, N. (2014). Terveystietojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (2014:1), 92–99.
- Rotko, T., Kauppinen, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. (2012). *Kuulun kaventajat. Kansallinen terveystietojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011, loppuraportti*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 21.2.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90863/URN_ISBN_978-952-245-671-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. (2009). Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* 125, 2351–2359.
- Rouvinen-Wilenius, P., Aalto-Kallio, M., Koskinen-Ollonqvist, P. & Nikula, T. (2011). Osallisuus osana tasa-arvoa. Teoksessa P. Rouvinen-Wilenius & P. Koskinen-Ollonqvist (toim.), *Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnannäyttäjinä*. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Rättyä, L. (2009) *Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa*. Kuopio: Kuopion yliopisto (Väitöskirja, Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1309-7>
- Rättyä, L. (2010) *Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan*. Lisensiaatintutkimus. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Rättyä, L. (2012). Diakoniatyö yksilöiden ja perheiden parissa. Teoksessa R. Gothoni, R. Helosvuori, K. Kuusimäki & K. Puuska (toim.), *Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö*. Helsinki: Kirjapaja, 80–110.
- Rättyä, L. & Kotisalo, H. (2015). Diakonissat terveyden edistäjinä diakoniatyössä. *Diakonian tutkimus* 2/2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden edistäminen. Saatavilla 21.2.2020 <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>.
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendano, M., Muennig, P. & Guida, F. ym. (2017) Socioeconomic Status and the 25 x 25 Risk Factors as Determinants of Premature Mortality: a Multicohort Study and Meta-analysis of 1,7 million Men and Women. *The Lancet*. Saatavilla 21.2.2020. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/180168/Socioeconomic_status.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Suomen evankelis-luterilainen kirkko. Tilastotietoa 2018 ja 2019. Diakonia. Saatavilla 14.2.2020. <https://evl.fi/documents/1327140/0/Tilastotietoa+2018-2019.pdf/3b96ce86-8239-cd41-fca3-18d5a7cce68e>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Heikoimmassa asemassa olevien osallisuus. Saatavilla 21.2.2020. <https://thl.fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus>.
- Wallenius, V. (2018). Diakoniatyön viestintä, vaikuttaminen ja digitalisaatio. Teoksessa P. Isomäki, J. Lehmusmies, P. Salojärvi & V. Wallenius, *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvot*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus. Saatavilla 14.2.2020. https://evl.fi/documents/1327140/51077424/KKH_Diakoniabarometri_2018_verkko_18_08_14.pdf/8144eb3b-2473-859e-deb1-0d82415351cc.
- WHO. World Health Organization (1986). *Ottawa charter for health promotion: An International Conference on Health Promotion, the move towards a new Public Health*, November 17–2. WHO, Geneva.

- YleSHarviointi (2020). Osaamisvaatimusten muutokset kommenttien perusteella. Blogi. Saatavilla 21.2.2020. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>.
- Ylitalo-Katajisto, K. (2019). Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveystalvöjen yhteen kokoaminen. Oulu: Oulun yliopisto.
- Ziebarth, D. J. & Campbell, K. (2019). Describing Transitional Care Using the Nursing Intervention Classification: Faith Community Nursing. *International Journal of Faith Community Nursing*. Vol. 5 Issue 1, 19–57.

III

DIAKONINEN HOITOTYÖ ERI
TOIMINTAYMPÄRISTÖISSÄ

Päivi Thitz ja Minna Valtonen

9 DIAKONISSAN AMMATTI-IDENTITEETTI JA TYÖURAT

Diakonissan koulutus tuottaa pätevyyden toimia sekä sairaanhoitajana että diakoniatyöntekijänä. Hoitotyön ammattitaitoon liittyy valmius hengellisen työn tekemiseen ja ymmärrys kirkon diakoniatyön monitahoisesta kentästä. Monialainen pätevyys ja osaaminen edellyttävät joustavaa ja laaja-alaista ammatillista identiteettiä. Työkentässä tapahtuvat muutokset ja työuralla eteneminen vaativat, että omaa osaamista on päivitettävä ja kehitettävä. Sairaanhoitajan ja kirkon työntekijän identiteetit ovat jatkuvassa vuoropuhelussa ja välillä haastavatkin toinen toisiaan. Esillä olevat diakonissojen uratarinat osoittavat, että sama koulutus mahdollistaa hyvinkin erilaisia, monivaiheisia urapolkuja.

Ammatti-identiteetti ja sen kehittyminen työuralla

Ammatti-identiteetti voidaan määritellä ihmisen yksilölliseksi käsitykseksi omasta ammatillisuudestaan ja roolistaan ammattikunnan jäsenenä. Ammatti-identiteetti sisältää monia osa-alueita ja siihen vaikuttavat yksilön elämänhistoria, elämäntilanne, käsitykset ja kokemukset työstä sekä työhön liittyvästä kehittämisestä. Myös arvot ja uskomukset vaikuttavat ammatti-identiteetin rakentumiseen.

Ammatti-identiteetti ei ole pysyvä olotila, vaan dynaaminen prosessi, jossa ihmisen elämänhistoria ja elämäntilanne, ammatillinen koulutus sekä työelämässä saadut kokemukset ja yhteiskunnallinen konteksti ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa. (Valtonen 2015, 93–94.) Ammatillinen identiteetti on osa yksilön identiteettiä, ja se linkittyy sekä persoonalliseen että sosiaaliseen identiteettiin. Ammatti-identiteetin rakentumisessa on kysymys yksilön persoonallisen kasvun prosessista, mutta samalla myös ammattiryhmään soisaalistumisesta. (Valtonen 2009, 38–43.) On mahdollista, että ihmisellä on useita, joskus jopa keskenään jännitteisiä ammatillisia identiteettejä.

Ammatillinen identiteetti muotoutuu työuran aikana erilaisissa tehtävissä toimimisen ja ammatillisen kehittymisen sekä lisäkouluttautumisten myötä. Perinteinen työuran käsite kuvaa yksilön nousemista vastuullisempaan ja hierarkkisesti korkeampaan asemaan sekä päämäärätietoista etenemistä työelämässä. Tällöin ura nähdään lineaarisesti etenevänä polkuna, jota pitkin työelämässä edetään. Viime vuosikymmeninä selkeä, lineaarisesti etenevä uramalli on saanut rinnalleen joustavampia ja nykypäivän työelämään paremmin soveltuvia uramalleja. Työelämän epävarmuus, työsuhteiden katkonaisuus ja projektimaisuus sekä yksilöiden omat odotukset ja elämänsä moninaistuminen näkyvät työurien yksilöllistymisenä. Nykypäivänä työura sisältää usein monenlaisia vaiheita ja tehtäviä sisältäen välillä työtä, työttömyyttä sekä opiskelu- ja koulutusjaksoja. (Marttila 2015, 19–21; Ojala 2019.)

Koska ammatti-identiteetti on jatkuvasti muuttuva, sen ydintä on vaikea kuvata yksiselitteisillä määrittelyillä. Tarinallinen lähestymistapa on yksi keino tarkastella identiteettiä ja sen rakentumista. Siinä identiteettiä lähestytään kertomusten kautta. Omaa elämänhistoriaa, nykyhetkeä sekä ajatuksia tavoiteltavasta, toivottavasta ja tulevasta minästä on mahdollista linkittää toisiinsa kertomuksen avulla. (Mahlakaarto 2010, 178.) Kun kertoja jakaa ammatilliseen identiteettiin liittyviä kokemuksiaan ja suhteuttaa niitä oman elämänkaarensa tapahtumiin, hän myös samalla rakentaa omaa identiteettiään. Yksilöllisille kokemuksille tulee tilaa ja erilaisten äänten kuuleminen tulee mahdolliseksi. (Valtonen 2015, 95.)

Tässä artikkelissa tarkastelemme diakonissoiksi valmistuneiden urapolkuja. Pyysimme artikkeleita varten urapolkutarinaoita eri tehtävissä toimivilta diakonisoilta eri puolilla Suomea. Saimme tekstit seitsemältä diakonissalta, jotka ovat valmistuneet eri aikoina ja toimineet työuransa aikana erilaisissa tehtävissä. Seuraavat urapolkukertomukset ovat tiivistelmiä laajemmista kokonaisuuksista. Kaikissa kertomuksissa diakonissan identiteetti on kantanut työuralla eteenpäin.

Diakonissojen urapolkukertomukset

Kirsti Kirjavainen - kokonaisvaltaisen terveyden edistäjänä kansainvälisissä tehtävissä

Tultuani uskoon 18-vuotiaana suuntauduin opiskelemaan diakonissaksi. Työskentelin seurakuntatyössä kaksi vuotta, minkä jälkeen kävin Suomen Lähetysseuran (SLS) lähetyskurssin, Lontoossa vuoden kätilökurssin ja trooppisten tautien kurssin. Vuonna 1977 lähdin Nepaliin Yhdistyneen Lähetysseuran ja SLS:n palvelukseen. Toimin ensin sairaanhoitajakoulussa kätilökurssin vetäjänä ja sen jälkeen äitiys- ja lasten terveydenhuollon kehittäjänä. Käytännössä työ oli kenttätö-

tekijöiden koulutusta, kymmeniä klinikoita, yhteistyötä poppamiehien kanssa ripulitautien hoidossa, WC:n, vesijohtojen, keittiöpuutarhojen, taimitarhojen ja eläinlääkinnän valvontaa.

Diakonissan koulutus oli hyvä pohja lähetystyöhön, mutta kokonaisvaltainen työ ihmisten parissa vaati jatkuvaa oppimista. Kävin Englannissa täydennyskursseja lasten terveydenhuoltoon, rauhantyöhön, aikuisopetukseen, kylien kehittämiseen sekä johtajuuteen ja laadun parantamiseen liittyen. Lisäkoulutus auttoi valtavasti uusissa työtehtävissä aikuisten lukutaitotyössä, kylän kehitystyössä sekä sisällissodan aikana rauhan ja sovinnon työssä. Terveyden edistäminen ei ole vain sairauksien poistoa, vaan se on myös yhteisöllisyyden, rauhan ja ihmisoikeuksien tukemista. Kaiken tein tiimityönä nepalilaisten kanssa konsulttina ja kouluttajana ja osallistin kansalaisia toimintaan aina sen suunnittelusta arviointiin saakka.

Urani Nepalissa kesti reilut 30 vuotta. Aloitin avoterveydenhuollon johtajana, lopetin Nepalín maaedustajana. Tärkeimmän ja mielekkäimmän työn tein siinä välissä. Opin maan kulttuurin ja kielen sekä toimin pioneerityöntekijänä syrjäisimmillä seuduilla sisällissodan, nälänhädän, maanjäristysten ja tulvien keskellä. Opin luottamaan Jumalaan ja tiimityöhön ja kuuntelemaan paikallisia, jotka parhaiten tietävät omat asiansa. Muutos tapahtuu hitaasti pienin askelin kannustaen, kouluttaen ja vierellä kulkien. Evankeliumin tarjoama pelastus ei ole pelastumista vain hengellisesti, vaan myös pelastusta syrjinnästä, eriarvoisuudesta, köyhyydestä, pelosta ja sorrosta.

Suurin tehtäväni oli toivon vieminen sinne, missä sitä eniten tarvitaan. Työmme on merkinnyt ihmisarvon ja itsetunnon vahvistamista, haaveiden toteutumista ja aktivointia muutokseen. Se on tarkoittanut alakastisten dalit-tyttöjen kouluttamista ja kastisyrjinnän vähentämistä. Se on merkinnyt maattomille kansalaisuuspapereita, vammaisille syntymä- ja vammaiskortteja, synnytysten lopettamista kivimökeissä ja navetoissa, tyttöjen kouluttamista ja naisten säästöryhmiä ja pankkeja. Se on ollut vammaisten etsimistä, kouluttamista ja aktivointia ja koulutuksen myötä mielekästä toimintaa ja toimeentuloa.

Kaikissa näissä vaiheissa olen luottanut Jumalan johdatukseen. Jumalasuhde ja ihmissuhteet ovat olleet merkityksellisiä silloin, kun oma elämä, vastuu ja tehtävään sitoutuminen haastavat. Laaja-alainen koulutus ja hengellinen tausta ovat mahdollistaneet kokonaisvaltaisen työn kansainvälisissä tehtävissä. Tällä hetkellä olen eläkkeellä, mutta jatkan vapaaehtoistyössä käymällä vuosittain Nepalissa valokuvaamassa onnistumistarinoita ja Suomessa kertoen niistä valokuvanäytteilyiden avulla. Edelleen voimavarani ovat vihkimyksen sanat: Kaikki minä voin hänessä, joka minua vahvistaa (Fil. 4:13).

Sirkka Jakonen – laaja-alaisena vaikuttajana esimiestehtävissä ja hallinnollisessa virassa

Olin nuoruudessa seurakunta-aktiivi, mutta selkeää tavoitetta juuri diakonissaksi minulla ei ollut – jotenkin vain menin avoimesta ovesta. Taustalla oli vahva kristillinen vakaumus, mutta myös idealistinen ja mustavalkoinen maailmankuva. Halusin päästä auttamaan ihmisiä ja vaikuttamaan asioihin. Kävin sairaanhoitajakoulutuksen ja jatkoin diakonissaksi. Valmistuttuani 1976 elin jonkinlaista identiteettikriisiä enkä halunnut seurakuntaan työhön. Sittemmin olen ollut erilaisissa seurakunnallisissa tehtävissä, mutta en diakonian virassa.

Opintojen jälkeen olen tehnyt työtä pääosin terveydenhuollon tehtävissä sairaanhoitajana ja terveydenhoitajana. Jatkoin opintojani suorittamalla ensin terveydenhoitajan tutkinnon ja sitten terveydenhuollon maisterin tutkinnon. Diakonissakoulutus on ollut vahva perusta kaikissa terveydenhuollon tehtävissä. Esimiestehtäviä olen tehnyt terveydenhuollossa, minkä jälkeen työskentelin yliopistolla tutkijana Euroopan terveet koulut -verkostossa. Suoritin osittain työn ohella terveystieteiden tohtorin tutkinnon 2005. Lääninhallituksessa aloitin terveydenhuollon tarkastajana, mistä siirryin vuonna 2010 perustetun Itä-Suomen aluehallintoviraston Peruspalvelut, oikeusturva ja luvat -vastuualueen johtajaksi ja siitä vuonna 2017 viraston ylijohantajaksi.

Aluehallintoviraston tehtävänä on lainsäädännön toimeenpanon ohjaus, lupa ja valvonta. Tavoitteena on edistää tasa-arvoisen ja oikeudenmukaisen yhteiskunnan, terveellisen ja turvallisen työ- ja elinympäristön toteutumista sekä alueellista ja väestöryhmien välistä yhdenvertaisuutta. Virasto turvaa kansalaisten perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumista sekä peruspalvelujen saataavuutta. Ylijohdajan tehtävä, viraston ylimpänä virkamiehenä on johtaa viraston toimintaa niin, että tulostavoitteisiin päästään ja toiminta on tuottavaa, tehokasta ja vaikuttavaa.

Olen urallani ajautunut asiantuntija-, esimies- ja johtotehtäviin. Olen kulkenut rukoillen ja uskoen johdatukseen; en tietoisesti tavoitellut asemia. Minua on ohjannut vahva halu vaikuttaa ja tehdä hyvää niissä tehtävissä, joissa kulloinkin olen ollut. Diakonia on osa minua, kristityn identiteettiäni. Diakonissakoulutus on ollut elämäni parhaimpia koulutuksia niin ihmisenä kasvamisen kuin ammatillisuudenkin suhteen. Ihmisen kohtaaminen ja vuorovaikutustaidot ovat aina kiinnostaneet myös myöhemmissä täydentävissä opinnoissa. Potilas- ja asiakastyössä ihmisen kohtaaminen kulloisessakin elämäntilanteessa ja niillä voimavaroilla, joita hänelle on, on keskiössä. Myös esimiestyössä ja johtamisessa pätevät samat vuorovaikutustaidot.

Olen kokenut, että toteutan kristityn kutsumustani aina siellä, mihin kulloinkin on johdatettu. Viime vuosina olen lähentynyt diakoniakenttää aivan konkreettisesti toimimalla Kuopion hiippakunnan diakonianeuvottelukunnan puheenjohtajana. Vuoden 2019 lopussa jäin virkatyöstäni eläkkeelle. Odotan mielenkiinnolla, miten ja mihin seuraavat askeleet johtavat. Diakonissa sisälläni ei jää eläkkeelle.

Jaana Rannikko – monimuotoisen diakonisen auttamistyön toteuttajana

Olen kokenut Jumalan johdattavan minua läpi elämäni, myös paikkoihin, joihin en ehkä olisi halunnut mennä ja kohtaamaan ihmisiä, joihin en olisi uskonut voivani tutustua. Tulin uskoon rippikoululeirillä. Jo varhain oivalsin, että leiviskäni on kyky kohdata ja kuunnella ihmisiä. Valmistuin diakonissaksi vuonna 1984 Helsingistä ja olin aluksi sairaanhoitajana eri sairaaloissa. Muistan erään vanhemman miespotilaan ottaneen minua kädestä kiinni: ”Älä ikinä muutu.” Sen jälkeen toimin puolitoista vuotta seurakunnan diakoniatyössä Vantaalla, jossa pääpaino oli kotikäynneissä ja vanhusten piireissä.

Sain pyynnön lähteä lähetystyöhön Bangladeshiin. Vaikka en aluksi ollut kiinnostunut, kypsyin vähitellen ajatukseen ja olin lopulta kolme vuotta Bangladeshissa terveysprojektin johtajana. Alaisuudessa työskenteli noin 25 paikallista ihmistä, joista suurin osa islaminuskoisia miehiä. Opin pukeutumaan sariin, puhumaan bengalia ja ymmärsin, että on monta tapaa tehdä asiat ”oikein”. Työskenneltyäni vajaan vuoden Suomessa vanhainkodissa sairaanhoitajana ja osastonhoitajana jatkoin kehitysyhteistyöhön Sambiaan. Tehtäväni keskittyi naisten voimaannuttamiseen, naisryhmien kouluttamiseen ja tukemiseen yhdessä paikallisen sosiaalitoimiston työntekijän kanssa. Ajelin avolava-autolla pitkin puskia, söin sormin maissipuuroa ja tanssin naisten kanssa.

Suomeen palattuani tuli vaihe, jolloin olin välillä työttömänä, välillä työllistettynä psykiatrisella vanhustenosastolla. Tuli kokemus siitä, etten kuulu mihinkään enkä ole arvokas ilman työtä. Viimein sain palata Vantaalle perusdiakoniatyöhön. Seurakunnan diakoniatyöstä siirryin 13 vuodeksi Merimieskirkolle. Sinä aikana seilasin ruotsinlaivoilla ja rahtilaivoilla miehistön tukena laivakuraattorina, sosiaalikiruraattorina Kreikassa ja satamakuraattorina Hamina-Kotkan satamassa. Olen saanut maalata reelinkiä, vaihtaa suodattimia konehuoneessa, soittaa sumutorvea, toimia tarjoilijana ja pedata sänkyjä. Välillä olin toimivapaalla, jolloin työskenteilin työpaikkadiakonina Kotkassa, jossa perinteisellä savupiipputeollisuudella oli meneillään yt-neuvotteluja. Lopulta tulin itse irtisanotuksi Merimieskirkolta yt-

neuvottelujen seurauksena. Kokemus oli raskas ja tuntui, että koko sydämellä tekemäni työ mitätöitiin.

Tällä hetkellä olen palvelun työalajohtajana Tuusulan seurakunnassa. Minulla on alaisena viisi diakonia ja kaksi pappia. Työtehtäviini kuuluvat vastuu työalasta ja sen kehittämisestä sekä muun muassa henkilöstöhallinto, kriisityöstä vastaaminen, työnohjaus, sururyhmät, diakoninen asiakastyö, leirit, retket ja tapahtumat. Työurani aikana olen kouluttautunut suorittamalla esimerkiksi pitkän sielunhoidon koulutuksen, työnohjaajakoulutuksen ja kirkon johtamiskoulutuksen. Diakonian painopiste on siirtynyt kotikäynti- ja vanhustyöstä taloudelliseen avustamiseen, ihmisen kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Verkostoituminen on lisääntynyt. Diakonian osuus jumalanpalveluselämässä on näkyvämpi ja avustajana toimiminen messussa on syventänyt identiteettiäni kirkon työntekijänä.

Sairaanhoitajan pätevyys on antanut mahdollisuuden työskennellä myös kirkon ulkopuolella. Diakonissan pätevyys lisää siihen automaattisesti kristillisen vakaumuksen. Minun ei ole koskaan tarvinnut sitä erikseen kertoa. Identiteettini ja osaamiseni on vahvistunut ajan myötä. Nykyään olen selkeästi kirkon työntekijä, en niinkään sairaanhoitaja. Tänä päivänä osaamiseni on monipuolista. Kykenen kohtaamaan ja auttamaan monenlaisia ihmisiä. En hätkähdä juuri mistään. Tiedän, että jokainen ihminen on arvokas, jokaisella on oma tarinansa. Jumala johdattaa minua edelleen.

Elisa Linkola – kehittäjänä ja johtajana diakoniatyön muutoksessa

Tutustuin seurakuntanuorena seurakuntani nuoreen diakoniatyöntekijään ja kiinnostuin diakonissan ammatista. Halusin ammatin, jossa on mahdollisuus välittää evankeliumia enemmän teoilla kuin sanoilla. Diakonissan koulutuksessa sairaanhoito oli vahvemmassa roolissa, ja suurin osa kurssiltani jättikin opiskelun valmistuttuaan sairaanhoitajaksi. Minä kuitenkin jatkoin diakoniaopintoihin, sillä en kokenut sairaalaa työympäristönä houkuttelevana. Valmistuttuani tein lyhyet sijaisuudet seurakunnassa ja sairaalassa. Sen jälkeen sain seurakunnasta viran, jossa edelleen työskentelen, mutta toki työtehtävät ja maailma ovat muuttuneet.

Kymmenen vuoden kuluttua valmistumisestani opiskelin terveydenhoitajan AMK-tutkinnon. Kuitenkin diakoniatyön vapaus ja monipuolisuus veivät voiton ja palasin omaan virkaani. Minulla heräsi halu työn kehittämiseen ja perusteluiden hakemiseen sille, mitä teen. Diakonian työalavastuu oli ollut teologilla, mutta aloimme kollegoiden kanssa ajaa asiaa, että diakoniatyöntekijöiden lähiesimiehenä voisi olla diakoniatyöntekijä. Ensin sain tehtäväkseni toimia ”diakonian

asioiden esittelijänä” ja lopulta tehtäväni diakoniatyöntekijöiden lähiesimiehenä virallistettiin. Kirkon työalajohtamisen koulutuksen myötä keskityin luomaan yhteiselle työskentelyllemme rakenteita, jossa käytännöt olisivat sujuvia ja tehtävänkuvat selkeitä. Työprosessien kehittämiseen on liittynyt niin atk:n ja sähköisten tietojärjestelmien tuleminen osaksi diakoniatyötä kuin myös vapaaehtoistyön kehittäminen Suurella Sydämellä -hankkeessa.

Tällä hetkellä toimin seurakuntayhtymässä paikallisseurakunnan johtavana diakoniatyöntekijänä. Tehtäviini kuuluu johtamistehtävän ohella myös diakonian perustyötä: asiakastyötä, ryhmiä, retkiä ja leirejä. Toimin työnohjaajana ja vastaan seurakuntayhtymässä diakoniatyön asiakastietojärjestelmän koulutuksesta sekä ylläpitoon ja kehittämiseen liittyvistä asioista.

Diakoniatyön kehittyminen ja oman ammatillisen identiteetin rakentuminen ovat kulkeneet rinnakkain. Diakoniatyö etsi paikkaansa 1980-luvun hyvinvointiyhteiskunnassa, kun kansanterveystieteen myötä selkeitä sairaanhoidollisia tehtäviä ei enää kuulunut diakoniatyöhön. Kuitenkin oman identiteettini pohjalla oli hyvin vahvaksi muotoutunut näkemys kokonaisvaltaisesta hoidosta, johon kuuluvat fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen. Se, että ihmisiä kohdattiin paljon heidän kodeissaan, vaati huomioimaan asioita laajemmin kuin sairaalan seinien sisällä toteutetut tietyt toimintamallit.

Lama 1990-luvulla vei työn painotuksen vahvasti sosiaalityön puolelle. Muistan kyselleeni, mihin tässä sairaanhoitajan tutkintoa tarvitaan. Kuitenkin juuri elämän yllättävien vaikeuksien keskellä ja monien ongelmien kasautuessa tarvitaan kokonaisvaltaista ymmärrystä ja hoitoa. Monella stressi puhkaisi niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisia ongelmia. Vaikka diakonissana en voi ratkaista ongelmia, tehtäväni on kuulla ja ymmärtää, kulkea rinnalla, auttaa oikean avun läheteille ja kannatella. Pitkä sielunhoidon koulutus syvensi osaamistani asiakastyössä.

Sairaanhoitaja-diakonissan identiteetti on vahvasti kiinni arjen asioissa ja läsnä kaikessa työssäni, niin johtamisessa, kehittämisessä, kohtaamisissa kuin työnohjauksissa. Hoidollisen koulutuksen tuomaa osaamista ja identiteettiä tarvitsen yhä vahvemmin toimiessani asiakkaitteni tukihenkilönä tai puolestapuhujana palveluviidakossa, jossa työtehtävät ovat hyvin tiukasti rajattuja, hoidetaan yhtä haavaa, vaikka sen takana on monta ”vammaa” ja moniammatilliseen vuoropuheluun on vaikea päästä. Syvällä oleviin kysymyksiin ja ongelmiin on vaikea löytää ratkaisuja, jos ensin ei kuorita päältä pinnalla olevia asioita. Voi olla myös toisin päin: syvällä olevat haavat estävät tekemästä niitä asioita, jotka veisivät elämässä eteenpäin. Se, mitä yritän tehdä, on tuoda riittävää turvaa niin, että muutokselle tulee mahdollisuus.

Kirsti Rinta-Panttila – kutsuttuna diakonissasukupolvien ketjussa

Valmistuin 20-vuotiaana vastaanottohoitajaksi, minkä jälkeen työskentelin miesten vastaanotto-osastolla psykiatrisessa sairaalassa. Tulin itse hyvin erilaisesta maailmasta, ja elämäni maalaistalon tyttärenä oli ollut turvallista ja huoletonta. Kotonani vallitsi arkinen kristillisuus, ja sieltä olin saanut vahvan uskon ihmisten yhdenvertaisuuteen heidän asemastaan riippumatta. Työpaikkani oli silmiä avaava kokemus, ja viihdyin hyvin. Muutaman vuoden kuluttua lähdin kuitenkin vaatebisnekseen, jossa toimin erilaisissa tehtävissä. Työskentelin myös Etelä-Euroopassa vastaanottohoitajana ja päivystävänä oppaana.

1990-luvun laman alkaessa halusin kiinnittyä pysyvämpään työhön. Pääsin opiskelemaan sisätauti-kirurgiseksi sairaanhoitajaksi Helsingin Diakoniaopistoon. Koin työn kiireisenä ja kliinisenä, siinä ei ollut riittävästi mahdollisuutta ihmisten kohtaamiseen. Päästyäni erikoistumaan diakonissaksi tunsin, että tähän työhön haluan sitoutua. Valmistuin pätkätöiden aikaan, työskentelin sijaisena Helsingin seurakuntayhtymän erityisdiakoniassa kodittomien parissa ja Merimieskirkolla laivakuraattorina. Tämän jälkeen toimin vielä naisten asuntolassa ja aloitin Asumisen tuki -hankkeen kodittomille naisille.

Helsingin Diakonissalaitoksella (HDL) urani alkoi projektijohtajana nais-työn hankeryppäessä. Työn sisältöinä olivat asumisyksikkö, tukipiste, koulutus, työllistyminen, taide- ja kulttuuri. Tämän jälkeen työskentelin myös yhteisöllisyyden kehittämisen erityisasiantuntijana. Yhteistyössä Diakin kanssa kehitimme Diakonissalaitoksen tarpeisiin Kaapeli-yhteisövalmennuksen. Sittemmin olen toiminut valmentajana ympäri Suomea. Tehtäviini on kuulunut myös taide- ja kulttuuritoiminnan koordinointi. Olen kouluttautunut työnohjaajaksi ja suorittanut erilaisia lyhyempiä koulutuksia sekä terveydenhuollossa että kaupallisella puolella.

Vuonna 2018 sain yllättäen kutsun HDL:n johtavan diakonissan tehtävään. Johtavan diakonissan tehtävä on yli 150 vuotta vanha ja työnkuva on vaihdellut vuosikymmenten ja laitoksen eri vaiheiden myötä. Tällä hetkellä sisartraditio, laitoksen historia ja kirkossa tapahtuva kulttuuritoiminta ovat minun aluettani. Toimin Diakonissalaitoksen Ystävät ry:n toiminnanjohtajana ja tuen sisarkotijärjestelmään kuuluneita nyt jo hyvin iäkkäitä sisaria yhdessä hoitolaitosten ja omaisten kanssa.

Diakonissakoulutuksen kautta löysin sen punaisen langan, joka yhdisti aikaisemman koulutus- ja työpolkuni. Merkittävä etappi työurallani oli psykiatrinen sairaala, jossa konkreettisesti kohtasin ihmisen haavoittuvuuden. Työnohjaajakoulutukseni vahvisti diakonissuuttani ja on ollut mukana jokaisessa työtehtävässäni,

vaikka en ole paljon ehtinyt varsinaista työnohjausta tehdä. Jokainen diakonissan tehtäväni on vahvistanut osaamistani, niin kodittomat, ammattilaisten valmentaminen, taiteen ja kulttuurin koordinointi sote-kontekstissa kuin myös Diakonissalaitoksen historia ja sisartraditio.

Koen että toteutan sitä perimääni arkista kristillisyyttä, jonka pohjalle tämä kaikki on rakentunut. Pyrin kohtaamaan jokaisen ihmisen tasavertaisesti ja kunnioittavasti. Kannatan rohkeaa diakoniaa, joka menee tuntemattomiin maastoihin yhteiskunnan sydänääniä kuunnellen, toimii yhdessä ihmisten kanssa ja avaa toivon näkökulmia. Identiteettini diakonissana on vahva, se merkitsee sen pitkän perinnön jatkamista, jonka olen aikaisemmilta diakonissasukupoltilta saanut. He olivat rohkeita ja toimeliaita ihmisiä, jotka Jumalaan turvautuen lähtivät, kun heidät lähetettiin tai kun heitä kutsuttiin. On kunnia olla pieni lenkki pitkässä ketjussa.

Elina Turunen – kokonaisvaltaisen kohtaamisen asiantuntijana, tutkijana ja opettajana

Olin kiinnostunut uskonnosta oppiaineena ja lukioaikana ajattelin hakevani opiskelemaan teologiaa. Päädyin kuitenkin hakemaan optikkokouluun, mutta jäin haussa varasijalle. Etsiessäni muita vaihtoehtoja törmäsin ensimmäistä kertaa sairaanhoitaja-diakonissakoulutukseen. Tunsin vahvasti, että siinä olisi etsimäni ammatti. Sairaanhoitaja-diakonissan tutkinnossa yhdistyivät sekä teologian että terveysalan näkökulmat. Harjoittelupaikoissa kohtasin erityistuen tarpeessa olevia ihmisiä. Opinnot olivat minulle vahvasti sekä ammatillisen että henkilökoh-
taisen kasvun aikaa.

Valmistumisvaiheessa keväällä 2008 päädyin työhön sydän- ja verisuonikirurgian vuodeosastolle. Osatotyössä tavakseni muodostui esitellä itseni sairaanhoitaja-diakonissaksi. Oli yllättävää, kuinka ”diakonissa” toimi avainsanana avaamaan uusia ulottuvuuksia hoitosuhteeseen. Potilaat toivat esiin pelkoja, toiveita ja pohdintoja leikkaukseen, vointiinsa tai tulevaisuuteensa liittyen ja ajoittain joku halusi rukoillakin. Kohtaamiset potilaiden kanssa vahvistivat diakonisen hoitotyön perustan ymmärrystä ihmisestä kokonaisvaltaisena kokonaisuutena: fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, henkisenä ja hengellisenä. Sain kokemuksen diakonisen hoitotyön erityisosaamisen merkityksellisyydestä muiden hoitotyön osaamis-
alueiden rinnalla.

Jo ammattikorkeakouluopintojen aikana olin päättänyt jatkaa hoitotieteen opintoja yliopistossa. Kandidaatin tutkielmassani käsittelin hengellistä hoitotyötä somaattisessa sairaalaympäristössä. Valmistuttuani toimin projekti-

koordinaattorina ja tutkimustöissä yliopistolla ja yritysmaailmassa terveysalan sovelluskehittämiseksi. Samalla opintojen jatkaminen tohtoriohjelmassa tuntui luontevalta. Diakonissan sydän vaikutti voimakkaasti omaan tapaan toteuttaa kehittämistyötä välittömässä yhteistyössä erilaisten ammattilaisten ja asiantuntijoiden kanssa. Caring-teoria vaikutti suunnannäyttäjänä niin kehittämistyössä kuin väitöstutkimuksessani. Väitöskirjani käsittelee preoperatiivista hoidonsuunnittelumallia, jonka lähtökohtana on leikkauspotilaan ja läheisten kokonaisvaltaisen kohtaaminen, vierellä kulkeminen ja tukeminen hoitoprosessin läpi.

Vuonna 2017 sain uusia haasteita, kun minut valittiin terveysalan lehtoriksi Diakonia-ammattikorkeakouluun. Opettajana on ollut etuoikeus kulkea opiskelijoiden rinnalla ja olla tukemassa opintojen etenemistä ja ammatillisen identiteetin kehittymistä. Koen, että minulla on mahdollisuus vaikuttaa siihen, miten hädässä olevia ihmisiä kohdataan, kohdellaan ja hoidetaan terveydenhuollon ympäristöissä. Diakonissan sydän sykkii vahvasti kaikessa tekemisessä, oli kyse sitten omasta toiminnasta, opetuksen sisällöistä tai tutkimuksesta ja kehittämisestä.

Sairaanhoitaja-diakonissan identiteetti merkitsee kaikkea. Se on luonut ammatillisen identiteetin perustan ja vaikuttanut keskeisesti oman maailmankuvan muovautumiseen suhteessa ihmisyyteen, suurempaan voimaan, kaikkeuteen ja merkittävänä näkökulmana omaan minään. Sairaanhoitaja-diakonissan opinnot aloittivat todennäköisesti elämänmittaisen henkilökohtaisen universaalien reflektion.

Mertsi Ärling – diakonian ja romanityön kehittäjänä ja vaikuttajana

Ylioppilastutkinnon jälkeen opiskelin lähihoitajaksi. Lähihoitajakoulutuksessa innostuin ensihoidosta ja jatkoin ammattikorkeakouluun opiskelemaan ensihoitajaksi, mutta niistä opinnoista jäi työ- ja perhetilanteen takia opinnäytetyö aikanaan tekemättä.

Silloisen elämän haasteiden keskellä sain uudistaa lapsuuden uskoni Jumalani kanssa ja elämässä aukesi aivan uusi sivu. Samalla kertaa sain voimakkaan diakonisen kutsun hengelliseen työhön auttamaan etenkin kaikkein köyhimpiä ja kaikkia heitä, jotka eivät löytäneet paikkaansa tässä yhteiskunnassa tai saaneet ääntään kuuluville. Aloitin diakonisen työni vapaaehtoistyönä vapaiden suuntien seurakunnassa perustamalla seurakuntaan useita satoja ihmisiä viikoittain kohtaavan leipäkirkkotyön. Samaan aikaan Jumala puhui vieläkin isommasta unelmasta perustaa diakonissosiaalinen järjestö Operaatio Ruokakassi, jonka tehtävä oli yhdistää Varsinais-Suomessa diakoniset voimavarat. Tässä vaiheessa syttyi aja-

tus suorittaa sairaanhoitajan opinnot loppuun ja saada samalla välineitä diakoniseen auttamistyöhön. Valmistuinkin sairaanhoitaja (AMK) -diakonissaksi Porista vuonna 2010.

Opiskeluvaiheessa sain kutsun Turun Mikaelin seurakunnan kirkkoherralta tulla heille diakoniatyöhön, jossa tehtäviini kuuluivat etsivä diakonia, yhteiskunnallinen diakonia sekä työskentely turvapaikanhakijoiden parissa. Olin ensimmäinen romanitaustainen virkaan vihitty diakoni luterilaisessa kirkossa. Pian siirryin johtavan diakoniatyöntekijän tehtävään, jossa toimin neljä vuotta. Tämän rinnalla tein edelleen toiminnanjohtajana kehittämistyötä Operaatio Ruokakassin parissa. Molempien töiden keskellä koin tarvitsevani uutta osaamista, varsinkin johtamiseen ja organisointiin ja lähdinkin sitä opiskelemaan työn ohella. Johtamista opiskelen edelleen, koska näen sen yhtä tärkeänä elementtinä yhteiskunnallisessa diakoniatyössäni. Johtamisen ydin on minulla palvelemisessa, josta Jeesus antoi meille parhaimman opetuksen.

Vahvasti kehittäjän ja organisoijan otetta vaatineet työni alkoivat pikkuhiljaa löytämään uomaansa ja tiesin, että oli aika jättää työt seuraavien käsiin ja odottaa uutta työmääräystä Kutsujalta. Saimmekin kutsun perheenä muuttaa maaseudulle, jossa minut kutsuttiin vapaiden suuntien seurakuntaan tekemään pastorin tehtäviä teologisten opintojeni ohella. Vuoden päivät autettuani paikallista seurakuntaa kasvussa ja uudenlaisen diakonisen työmuodon organisoimisessa koin, että kohta on jälleen taas aika irrottaa ”telttapaalut” ja odottaa uutta työmääräystä.

Vuonna 2016 sain puhelinsoiton Diakista, jossa minulta kysyttiin kiinnostusta lähteä valtakunnallisen romanien yhteiskunnallista osallisuutta ja työllisyyttä edistävän hankkeen projektipäällikön tehtävään. Vaikka en ollutkaan varsinaisesti tehnyt romanityötä, oli tehtävä samaan aikaan haastava ja kiinnostava. Lähestyin hanketta nöyränä ja ehkä hieman pelokkaanakin, sillä olihan minun näytettävä ”hampaani” upeiden huippuosajien rinnalla. Hankkeen keskellä koin, että tarvitsen jälleen osaamiseeni ja kehittämistyöhön lisää teoriaa ja välineitä. Pohdinnan tuloksena löysin itseni jälleen opiskelemasta. Tällä kertaa se merkitsi ylempää sotealan johtamisen amk-tutkintoa Diakissa. Sain opinnot nopeassa tahdissa valmiiksi ja jatkoin siitä suoraan vielä ammatillisen opettajan pedagogisiin opintoihin.

Sairaanhoitaja-diakonissana olen päässyt vaikuttamaan yhteiskunnallisesti, yhteisöllisesti ja yksilöllisesti merkittäviin asioihin. Olen siis toteuttanut sitä alkuperäistä Jumalalta saamaani kutsua kasvaen itsekkin kutsuni sisällä. Tärkeimpänä tekijänä kutsussani diakonina näen vahvan arkielämässä toimivan uskon Jeesukseen ja Hänen Sanaansa sekä uskalluksen olla suurisieluisen ja samaan aikaan nöyrä sydämeltä. Koen, että olen saanut käyttää Jumalan lahjoittamia armolahjo-

ja sekä kouluttautumisen ja työkokemuksen kautta saatua osaamista kokonaisvaltaisesti pienen ihmisen hyväksi. Iso unelmani tehdä vaikuttavaa yhteiskunnallista diakoniatyötä on muuttunut silmiäni edessä todeksi.

Diakonissan ammatti-identiteetti

Tähän artikkeliin kootuissa diakonissojen urapolkukertomuksissa tulee esille ammatillisen identiteetin kehittymisen prosessimaisuus. Diakonissan ammatti-identiteetti alkaa rakentua jo siinä vaiheessa, kun elämänuraa ja koulutusvalintoja pohditaan. Ammatinvalinnan lähtökohtana näyttää olleen halu auttaa tai vaikuttaa ihmisten hyvinvointiin. Sen rinnalla tärkeinä lähtökohtina ovat olleet kristillinen vakaumus, uskoontulo tai kokemus kutsusta kirkon työhön. Monilla myös seurakunnan nuorten toiminnassa mukana oleminen on herättänyt kiinnostuksen diakonissakoulutukseen.

Diakonissan ammatista kiinnostuin viimeisenä lukiovuotena, kun seurakuntanuorena tutustuin uuteen nuoreen diakoniatyöntekijään seurakunnassani. Hoitotyö oli minulle tuttu työala vanhempieni ammattien kautta ja siihen yhdistettynä seurakuntatyö tuntui kutsuvalta. Halusin ammatin, jossa on mahdollisuus välittää evankeliumia enemmän sanoilla kuin teoilla. EL

Diakonissat kertovat halunneensa alalle, jossa voi palvella ihmisiä tai toimia tehtävissä, joissa yhdistyvät kristillisuus ja terveydenhuolto. Muutamassa urapolkukertomuksessa nousevat esille myös yksittäisten ihmisten rohkaisu ja kannustus tärkeinä uravalintaa vahvistavina tekijöinä. Aiemmin sairaanhoitajana tai muulla hoitoalalla toimineilla diakonissan koulutukseen hakeutumiseen vaikuttivat myös hoitotyön harjoitteluissa tai työkokemuksissa tulleet kokemukset siitä, että haluaisi auttaa vielä kokonaisvaltaisemmin ja vaikuttavammin.

Identiteettiä määrittävät kertomukset voivat vaihdella ja kehittyvät opintojen aikana. Esimerkiksi Elina Ora-Hyytiäinen (2005) löysi sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillisesta kasvusta vaiheita, joissa opiskelijat kuvasivat omaa ammatillisista suuntautumistaan ja rooliaan hieman eri tavoin. Alkuvaiheessa opiskelijoiden käsitys työstä oli vielä maallikkomainen, käytäntöön suuntautuva ja heidän tapansa toimia oli ulkoapäin ohjautuvaa. Opintojen aikana he kuitenkin kehittyivät vastuullisiksi ja itsenäisiksi, itseohjautuviksi toimijoiksi. Myös työn kokonaisuutta hahmotettiin opintojen loppuvaiheessa laajemmin. (Ora-Hyytiäinen 2004, 106–107.) Omassa urapolkutarinassaan kertoja hahmottaa opiskelu- ja harjoitteluaikaa

ammattillisen kehittymisen lisäksi myös merkittävänä henkilökohtaisen kasvun vaiheena.

Koin diakonissaopinnot teoreettiseen ja näyttöön perustuvan osaamisen karttumisen lisäksi merkittävänä henkilökohtaisena kasvuna. Opinnot haastoivat itsereflektioon ja elämän suurien kysymysten pohdintaan. ... Seurakuntaharjoittelulla on ollut suuri merkitys käsityksiini ihmisyydestä, inhimillisyydestä ja Jumalasta. ET

Diakonissan koulutus tuottaa kelpoisuuden sairaanhoitajan ja diakoniatyöntekijän tehtäviin. Sitä, miten näihin liittyvät sisällöt ovat vuorovaikutuksessa koulutuksen aikana, tarkastellaan Valtosen ja Kajander-Unkurin artikkelissa toisaalla tässä kirjassa. Sairaanhoitaja-diakonissan ammatti-identiteetti muodostuu tavalla tai toisella näiden molempien ammattien näkökulmasta. Diakonissojen urapolkukertomuksissa ammatti-identiteetin monisyisyys ilmenee sen puntarointina, suunnatako omaa työuraa seurakuntaan vai terveysalalle.

Seurakuntatyöhön en mennyt, koska en halunnut ”lasikaappiin” töihin. Koin etten täytä mittoja ja seurakuntatyö on liiaksi tarkkailun ja arvioinnin kohteena olemista. SJ

[Sairaanhoidon] harjoittelussa koin, että työ oli hyvin kiireistä ja kliinistä, halusin kohdata ihmiset myös psyykkisesti. Pääsin diakonissa-erikoistumiseen ja koin viimein, että tämä on se työ, johon haluan sitoutua. KRP

Seurakunnassa työskentelevien kokemuksena näyttää olevan, että sairaanhoidon osaamiselle on vahva tilaus diakoniatyössä. Tämä tulee ilmi myös hoitotyön osaamisen merkitystä diakoniatyössä tarkastelevassa Eila Sainion artikkelissa toisaalla tässä julkaisussa. Diakonissojen ammatti-identiteetin monisyisyys mahdollistaa kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja laaja-alaisen ymmärryksen ihmisten tarpeista.

Vaikka tehtävät eivät olleetkaan sairaanhoidollisia, oman identiteettini pohjalta oli sairaanhoitajan ja diakonissan koulutuksessa hyvin vahvaksi muotoutunut näkemys kokonaisvaltaisesta hoidosta, johon kuuluvat fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen. Se, että ihmisiä kohdattiin heidän kodeissaan, vaati huomioimaan asioita paljon laajemmin kuin sairaalan seinien sisällä toteutetut tietyt toimintamallit ja asiat. EL

Työuralla on saattanut kuitenkin olla myös tilanteita, joissa sairaanhoitajakoulutuksen merkitys ei ole ollut itsestään selvä. Osaamisen hyödyntämisen mahdollisuuksia diakoniatyössä on joutunut pohtimaan esimerkiksi silloin, kun työ on painottunut lähes kokonaan taloudelliseen auttamiseen.

1990-luvun laman myötä työ muuttui hyvin nopeasti ja vahvasti sosiaalityön puolelle. Joskus muistan kyselleeni, mihin tässä sairaanhoitajan tutkintoa tarvitaan. Pian ymmärsin, että nyt juuri tarvitaan kokonaisvaltaista ymmärrystä ja hoitoa. EL

Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä tehty kyselytutkimus (Vainonen 2015) tarkasteli hoito- ja seurakuntatyössä toimivien diakonissojen ammatti-identiteettiä. Kyselyyn vastasi neljä sairaanhoitajana ja neljä diakonissana toimivaa henkilöä. Kaikille vastanneille ammatti-identiteetti oli keskeinen voimavara ja työympäristöstä riippumatta työyhteisön tuki koettiin tarpeelliseksi oman ammatillisen identiteetin rakentumisessa. Myös urapolkukertomuksissa ammatti-identiteetin vahva merkitys tuli esille.

Sairaanhoitaja-diakonissan identiteetti on ollut minulle voimavara, se on kehittynyt ja kestänyt eri tilanteissa työuran eri vaiheissa. KK

Olen aina ollut ylpeä siitä, että olen diakonissa. Koen olevani diakonissa, kirkon edustaja, missä ikinä olenkin. Koen kuuluvani historian pitkään ketjuun, jatkavani jo edesmenneiden diakonissojen työtä. JR

Perinteisen luterilaisen käsityksen mukaan kutsumus on Jumalalta saatu tehtävä, jota ihminen toteuttaa elämässään. Sisällöltään kutsumus nähdään arkisen elämän toteuttamisena ja suhteena työhön, perheeseen tai harrastuksiin. Se voidaan nähdä myös elämäntapana, vastuun kantamisena, hyvän tekemisenä ja arvovalintoina (Hytönen 2018). Diakonissojen urapolkutarinoina kutsumus on vahvasti koettu Jumalalta saatuna kutsuna erityisesti kirkon palvelutehtäviin. Myös muissa kuin kirkon tehtävissä toimivat kertovat, että kutsumus on kantanut työuralla eteenpäin – oli sitten kysymys kliinisenä sairaanhoitajana toimimisesta, kehittämistoiminnasta, opetustyöstä tai johtamisesta.

Olen kokenut, että toteutan kristityn kutsumustani aina siellä, mihin kulloinkin on johdatettu. Diakonian periaatteet ovat kaikissa tehtävissä. SJ

Tärkeimpänä tekijänä olen pitänyt suurisieluisen ja samaan aikaan nöyrän sydämen sekä uskollisuuden Kutsujaa kohtaan. Koen, että olen keskellä unelmaani tehden vaikuttavaa diakoniatyötä. MÄ

Diakonissa on saanut koulutuksen hengelliseen työhön. Aiemmin esimerkiksi kirkon tiettyjen virkojen ydinosaamiskuvausten yhteinen osio otsikoitiin kirkon hengellisen työn työntekijöiden ydinosaamiseksi (Kirkkohallitus 2020). On kuitenkin ongelmallista määritellä, mikä työ on hengellistä ja mikä ei. Uusissa, vuonna 2020 voimaan tulleissa ydinosaamiskuvauksissa yhteisen ydinosaamisen sisältävä osio onkin otsikoitu kirkon ammattien yhteiseksi ydinosaamiseksi. Hengellisen työn ideaa ei siten ole niissä sidottu vain sellaisiin tehtäviin, joihin sisältyy julistuksellisia tai liturgisia tehtäviä.

Urapolkutarinoissa työtä kuvataan monessa kohdassa hengelliseksi, oli siinä sitten kysymys diakoniatyöstä, hoitotyöstä, kouluttamisesta, johtamisesta tai ruoka-avun organisoimisesta.

Opin, että evankeliumi, pelastus, ei ole vaan pelastusta vain hengellisesti vaan myös pelastusta syrjinnästä, eriarvollisuudesta ja köyhyydestä, pelosta, sorrosta. Oikeastaan suurin tehtäväni oli tiimissä toivon vieminen sinne, missä sitä eniten tarvitaan. Käytännössä se oli alakastisten dalit tyttöjen kouluttaminen ja täten kastisyrjinnän vähentäminen. KK

Yhteistä urapolkutarinoissa on vahva kokemus siitä, että hengellinen työ suuntautuu toisten auttamiseen ja hyvän tekemiseen. Hengellinen ammatti-identiteetti tai hengellisen työn tekijän ammatti-identiteetti on hyvin lähellä kutsumuksen käsitettä.

*Sain voimakkaan kutsun hengelliseen työhön auttamaan köyhiä ja kaikkia heitä, jotka eivät löytäneet paikkaansa tässä yhteiskunnassa. Tein vapaaehtoistyötä vapaiden suuntien seurakunnassa ja perustin diakonissosiaalisen järjestön Ope-
raatio Ruokakassin. MÄ*

Valtosen (2009) kirkon nuorisotyönohjaajaopiskelijoiden parissa toteuttamassa tutkimuksessa hengellisyys, spiritualiteetti, ilmeni henkilökohtaisena uskona, yhteisöllisenä uskona sekä arvoihin, etiikkaan ja eksistentiaalisiin kysymyksiin liittyvänä pohdintana. Myös urapolkutarinoissa nämä spiritualiteettiin liittyvät ulottuvuudet ovat nähtävissä.

Olen urallani ajautunut asiantuntija-, esimies- ja johtotehtäviin. Olen kulkenut rukoillen ja uskoen johdatukseen, en tietoisesti tavoitellen asemia. Vahvana ajurina työurallani on aina ollut halu vaikuttaa ja tehdä hyvää niissä tehtävissä, joissa kulloinkin olen ollut. Diakonia on osa minua, kristityn identiteettiäni. SJ

Diakonisojen työuran rakentuminen koulutusten ja erilaisten tehtävien kautta

Urakertomuksissa kuvataan yhtäältä yksilön suhdetta yhteiskuntaan ja sosiaalisiin instituutioihin, mutta toisaalta siihen liittyy aina myös henkilökohtainen merkityksellistämisen ja tulkinnan prosessi. Urapolkua voidaan tarkastella objektiivisesti, siirtymisenä tehtävästä toiseen tittleiden, ammattinimikkeiden näkökulmasta. Subjektiiivinen tarkastelu sen sijaan korostaa omaa tulkintaa uratilanteesta, omia arvostuksia ja suhdetta työhön. (Marttila 2015, 19–23.) Päivi Vuorinen-Lampilan (2018) tutkimuksen mukaan korkeakoulutetut usein näkivät mielekkään ja merkityksellisen työn sisällön palkkausta tärkeämmäksi.

Itse en ole suuremmin kiinnostunut suurista viroista, vaan haasteellisista, monimuotoisista ja Nepal-keskeisistä tehtävistä. KK

Ura voi sisältää monenlaisia vaiheita ja tehtäviä, välillä työtä, työttömyyttä sekä opiskelua tai koulutuksia. Vahva työhön sitoutuminen ja sisäistetty sairaanhoitaja-diakonissan identiteetti voivat näkyä myös siten, että työelämän ulkopuolelle joutuminen koetaan arvostuksen menettämisenä. Esimerkiksi työttömäksi tai irtisanotuksi joutuminen on koettu raskaana ja oman työn mitätöinniltä.

Työelämän monimuotoistuesssa yksilö joutuu yhä enemmän räätälöimään omaa polkuaan ja tunnistamaan mahdollisia etenemisen reittejä. Vaikka epävarmuuden kokeminen työelämässä onkin kasvanut, ovat kuitenkin kokoaikaiset ja toistaiseksi voimassa olevat työsuhteet säilyneet pääasiallisena työelämään osallistumisen muotona. (Vuorinen-Lampila 2018.)

Kun lama alkoi, ajattelin, että nyt pitää kiinnittyä johonkin pysyvämpään, ja pääsin opiskelemaan sisätauti-kirurgiseksi sairaanhoitajaksi Helsingin Diakoniaopistoon. KRP

Horisontaalisen työuralla etenemisen rinnalla työuran voidaan nähdä kehittyvän myös vertikaalisesti, jolloin asiantuntijuus laajenee koulutuksen ja erilaisissa tehtävissä toimimisen myötä. Esimerkiksi työnantajan tarjoamiin koulutuksiin osallistuminen voi mahdollistaa panostamisen oman työn ja työyhteisön toiminnan kehittämiseen.

Osallistuin kirkon työalajohtamisen koulutukseen vaiheessa, jolloin tiimityö ja ”väliportaan johtaminen” – kuten sitä silloin kutsuttiin, oli alkumetreillä. Omassa seurakunnassani oli jo pitkään toimittu tiimissä yhteisten tavoitteiden suuntaamana. Koulutuksessa huomasin, että monet muiden pohdinnat olivat meillä jo taakse jäänyttä elämää. Keskityin luomaan yhteiselle työskentelyllemme rakenteita, jossa käytännöt olisivat sujuvia ja tehtävänkuvat selkeitä. EL

Diakonissakoulutuksen tuoma laaja-alainen osaaminen tarjoaa hyvän pohjan oman asiantuntijuuden kehittämiseksi ja suuntaamiselle. Urapolkukertomuksissa tulee esille myös se, miten merkittävässä roolissa tutkinnon jälkeiset koulutukset ovat olleet työuran rakentumisessa. Koulutuksen jälkeen on tarjolla monia jatko-opintojen vaihtoehtoja sekä täydennyskoulutusta.

Osa kirjoittajista on laajentanut hoitotyön osaamistaan kouluttautumalla kättilöksi tai terveydenhoitajaksi. Koska kirjoittajat ovat hyvin eri vaiheissa valmistuneita, kolmella jatkokoulutus on ollut aiempaa opistotasoisista koulutusta. Yksi kirjoittajista halusi päivittää ja laajentaa aiemman opistotasoisesta koulutuksensa ja hakeutui suorittamaan terveydenhoitajan (AMK) tutkinnon.

Ammattikorkeakoulututkinnon ja kahden vuoden työkokemuksen jälkeen henkilö on kelpoinen hakemaan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon (YAMK-tutkinto). Yksi urapolkukertomuksensa kirjoittaneista koki tarvintensa osaamisensa taustalle lisää teoriaa sekä välineitä vaativaan hanketyöhön. Hän päätti jatkaa opintojaan YAMK-tutkinnossa. 90 opintopisteen laajuiset ylempät ammattikorkeakoulututkinnot vakinaistettiin Suomessa vuonna 2005 ja ne tuotavat julkiseen virkaan saman kelpoisuuden kuin maisterin tutkinto.

Tutkimuksen, opetuksen tai julkisen hallinnon tehtäviin suuntautuneet diakonissat ovat jatkaneet opintojaan yliopistojen terveystieteiden, hallintotieteiden tai teologian maisteri- ja tohtoriopinnoissa. Myös näissä opinnoissa on ollut mahdollista sisällyttää diakonisen hoitotyön perusteoriaa osaksi tieteellistä tutkimusta.

Vaikka ammattikorkeakouluopinnoista tulisi suomalaisen koulutusjärjestelmän kuvauksen (Opetus- ja kulttuuriministeriö. Koulutusjärjestelmä.) mukaan olla suora polku maisteriopintoihin, käytännössä tilanne on usein sellainen, että

yliopistot edellyttävät amk-tutkinnon suorittaneelta kandidaatin tutkinnon suorittamista tai täydentäviä opintoja. Eri yliopistoilla on hieman erilaisia käytäntöjä sen suhteen, millä tavoin AMK-tutkinto huomioidaan maisteriohjelmien hakuprosessissa.

Kaikki urapolkutarinansa kirjoittaneet olivat kouluttaneet itseään myös muissa kuin tutkintoon johtavissa koulutuksissa joko kotimaassa tai ulkomailta. Täydennyskoulutusten kirjo on urapolkutarinoissa hyvin laaja lähetyskursseista kaupan alan koulutuksiin. Kirkollista täydennyskoulutusta koordinoi ja tarjoaa Kirkon koulutuskeskus. Urapolkukertomuksista ilmenee, että seurakunnassa tai kristillisen järjestön palveluksessa toimivat diakonissat ovat täydentäneet osaamistaan erityisesti sielunhoidon koulutuksissa, johtamiskoulutuksessa ja työnohjaajakoulutuksissa.

Sairaanhoitaja-diakonissan laaja-alainen koulutus näyttää antavan hyvän lähtökohdan monenlaisille työurille. Kaikki kirjoittajat kuvaavat, että diakonissan identiteetti ja kutsumus ovat kulkeneet mukana jonkinlaisena ytimenä, vaikka työuran vaiheet ja tehtävät ovat kaikilla erilaisia. Joillakin kutsumus on vienyt toisiin kulttuureihin ja haastaviin olosuhteisiin, toisilla suomalaisen seurakuntadiakoniaan tai järjestön kenttään kehittämään diakoniatyötä, toisilla johtamisen tai korkeakoulutuksen pariin. Keskeistä ydinidentiteetissä näyttää olevan pyrkimys ihmisen luovuttamattoman arvon puolustamiseen, hyvän näkemiseen ja tekemiseen ja luottamus Jumalan huolenpitoon.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS:

- Hytönen, M. (2018). *Kutsumus ja elämäntehtävä*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Kirkkohallitus (2020). Kirkon ammattien yhteinen ydinosaamiskuvaus. Saatavilla 6.8.2020 <https://evl.fi/plus/koulutus-ja-tyoelama/kirkon-ammattit/kirkon-tyontekijan-ydinosaaminen/ydinosaamiskuvaukset-pdf-muodossa>
- Kirkon hengellisen työn työntekijän ydinosaaminen 2010. Saatavilla <https://evl.fi/plus/koulutus-ja-tyoelama/kirkon-ammattit/kirkon-tyontekijan-ydinosaaminen> (viitattu 27.2.2020.)
- Launonen, P. (2009). *Kasvu kirkon työntekijäksi: diakoni-, diakonissa- ja nuorisotyönohjaajaopiskelijoiden ammatillinen motivaatio, osaaminen ja identiteetti vuosina 2004–2008*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Marttila, L. (2015). *Ura kerronnallisena työnä. Ammattikorkeakoulun opettajat kertojina*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ojala, K. (2017). *Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot työmarkkinoilla ja koulutusjärjestelmässä*. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteellinen tiedekunta.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. Koulutusjärjestelmä. <https://minedu.fi/koulutusjarjestelma> (viitattu 13.1.2020).

- Ora-Hyytiäinen, E. (2004). *Auttajasta reflektiiviseksi sairaanhoitajaksi. Ammattikorkeakouluopiskelijan kasvu ja kehittyminen ammattiin*. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavilla <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/67086>
- Stenström, M-L. (1993). Ammatillisen identiteetin kehittyminen. Teoksessa Eteläpelto, A. & Miettinen, R. (toim.), *Ammattitaito ja ammatillinen kasvu*. Helsinki: Kasvatustieteiden tutkimuslaitos.
- Vainonen, L. (2015). "Ammatillinen identiteetti muistuttaa minua miksi teen tätä työtä". *Sairaanhoitaja-diakonisojen ammatti-identiteetti seurakunta- ja hoitotyössä*. Opinnäytetyö. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla <https://www.theseus.fi/handle/10024/88600>
- Valtonen, M. (2009). Kertomuksia kirkon työntekijäksi kasvamisesta. Kirkon nuorisotyönohjaajaksi opiskelevien spiritualiteetin ja ammatillisen identiteetin rakentuminen. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Valtonen, M. (2015). Ammatti-identiteetti ja sen rakentuminen. Teoksessa J. Helminen (toim.), *Osamiseksi kokemus jokainen*. (s. 93–107.) Tallinna: United Press Global.
- Vuorinen-Lampila, P. (2018). *Korkeakoulutuksen eriytyvät työelämämuutokset*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos.

Eila Sainio

10 DIAKONISEN HOITOTYÖN OSAAMISEN MERKITYS SEURAKUNNASSA

Sairaanhoidaja-diakonissa on sekä hoitotyön että diakoniatyön asiantuntija. Hoitotyön merkitys kirkon diakoniatyössä on vaihdellut eri aikakausina. Muutoksiin ovat vaikuttaneet sekä lainsäädäntö että yhteiskunnallinen tilanne. Taloudellinen auttaminen on korostunut taloudellisesti vaikeina aikoina, vaikka heikkenevät taloudelliset resurssit vaikuttavat myös ihmisten terveyteen ja terveystalouteen.

Johdanto

Hoitotyön perinne diakoniatyössä on vahva. Ammatillisen diakoniasakoulutuksen perustana on alusta lähtien ollut sairaanhoitajan työ. Myös Suomessa diakonissat toimivat pitkään hoitotyössä: diakonissalaitoksissa, sairaaloissa sekä kotisairaanhoidossa usein seurakuntien ja kuntien yhdessä palkkaamina kiertävinä sairaanhoitajina maaseudulla. Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki ei tunnustanut seurakunnassa työskenteleviä diakonissoja hoitoalan ammattilaisina, mikä muutti oleellisesti seurakuntadiakonian luonteen. Diakoniatyössä alettiin keskittyä monien erityisryhmien kysymyksiin ja virkistystoimintaan. Hoitotyön näkökulmasta toimenpiteet jäivät melko vähiin, kuten verenpaineenmittaukseen. (ks. Paaskoski 2017.)

Taloudellisen nousun päätyttyä dramaattiseen laskuun ja lamaan 1990-luvun alussa diakoniatyö sai eteensä uudet haasteet. Diakoniatyöntekijöihin ottivat yhteyttä taloudellisiin vaikeuksiin joutuneet henkilöt, yllättäen työttömäksi jääneet, jotka etsivät apua itselleen tai tarjosivat osaamistaan vapaaehtoistyöhön. Yhteiskunnan leikattua sosiaali- ja terveystaloutta monet ihmiset jäivät palvelujen ulkopuolelle. (Rättyä 2012.)

Viimeksi kuluneiden 25 vuoden aikana diakoniatyössä on korostunut elintarvikeavun ja muun taloudellisen auttamisen merkitys. Kuitenkin taloudelliset

ongelmat ja terveyteen liittyvät ongelmat näyttävät kietoutuvan vahvasti toisiinsa (Kinnunen 2009). Vuonna 2019 avun hakemiseen kirkolta olivat syynä taloudelliset asiat 222 587 tapauksessa, toiseksi suurimpana syynä olivat sairauten ja terveyteen liittyvät kysymykset 167 285 kertaa (Suomen ev.lut. kirkko. Diakonian tilastot. Tilastotietoa 2018–2019). Jääkö diakonisojen erityisosaaminen näkyvämmäksi kirkon työssä, osataanko sitä hyödyntää? Olisiko aika pohtia jälleen hoitotyön näkökulmaa seurakuntien diakoniatyössä?

Tässä artikkelissa tarkastelen hoitotyön osaamisen merkitystä seurakunnan diakoniatyössä työskentelevien sairaanhoitaja-diakonisojen työorientaatiossa. Artikkelin perustuu haastatteluaineistoon. Siinä tuli vahvasti esille hoitotyön koulutuksen ja osaamisen merkitys sekä työotteelle että omalle ammatti-identiteetille. Artikkelin sitaattit ovat diakonisojen haastatteluista.

Diakoniatyön moninaisuus

Suomen evankelisluterilainen kirkko määrittelee diakonian tehtäväksi ihmisten hädän etsimisen, lievittämisen ja poistamisen. Jokaisessa seurakunnassa täytyy kirkkojärjestyksen mukaan olla vähintään yksi diakonian virka (KJ 1055/1993). Tavoitteena on auttaa ja tukea heikoimmassa asemassa olevia ja heitä, jotka jäävät muun avun ulottumattomiin. Diakonian tehtävään kuuluu myös yhteiskunnallinen ja kansainvälinen vastuu. (Suomen ev.lut. kirkko. Aamenesta öylättiin. Kirkon sanasto.) Ammatillista diakoniaa toteuttavat Suomessa diakonin tai diakonissan koulutuksen saaneet henkilöt.

Diakoniatyöntekijän ydinosaamisen alueiksi on määritelty teologinen ja arvoosaaminen, vuorovaikutusosaaminen, toimintaympäristö- ja yhteisöosaaminen, työelämä- ja kehittämisosaaminen sekä diakonian viranhaltijan tehtäväosaaminen (Kirkkohallitus 2020). Lisäksi työtä ohjaavat diakoniatyöntekijän eettiset ohjeet (Diakoniatyöntekijöiden liitto ja Diak, 2016).

Käytännön diakoniatyötä säätää myös kunkin seurakunnan oma diakoniatyöntekijän johtosääntö. Diakoniatyön toteuttamiseen vaikuttavat jokaisen seurakunnan omat strategiat, toimintasuunnitelmat ja tavoitteet. Useimmiten diakoniatyötä toteutetaan yksilötyönä kuten työnä asiakasvastaanotoilla ja kotikäynneillä sekä monipuolisena ryhmätoimintana. Asiakasvastaanotoilla ja kotikäynneillä yhtenä suurena kysymyksenä ovat asiakkaiden taloudelliset huolet, mutta niiden ohella vastaan tulee paljon terveyteen ja sairauteen liittyviä asioita. Muita aiheita ovat esimerkiksi ihmissuhdekysymykset, yksinäisyys, työttömyys ja hengelliset asiat.

Ryhmätoimintana toteutetaan avoimia ja suljettuja ryhmiä. Ne voivat olla luonteeltaan virkistystoimintaa tai elämäntilanteen tai henkilökohtaisen teeman käsittelyyn tarkoitettuja ryhmiä, kuten kasvuryhmät, sururyhmät, eroryhmät, masennuksesta tai muista vaikeista sairauksista kärsivien ryhmät. Usein ryhmiä toteutetaan vertaistuen periaatteella. Muita ryhmätoiminnan muotoja ovat retket ja leirit sekä erilaiset teemapäivät.

Diakoniatyöntekijät tekevät paljon yhteistyötä sekä seurakunnissa eri ammattiryhmien kanssa että yhteiskunnallisten sosiaali- ja terveystoimijoiden ja kolmannen sektorin kanssa. Ammattilaisten rinnalla diakoniatyössä toimii merkittävä joukko vapaaehtoisia.

Diakoninen hoitotyö on diakonisojen erityisosaamista. Diakonisessa hoitotyössä korostuu ihmisen kohtaamisen merkitys. Marjatta Myllylä (2004, 62) nimeää yhtenä tunnuspiirteinä diakoniselle hoitotyölle ammatillisen lähimmäissuhteen. Diakonisen hoitotyön keskeistä osaamista ovat myös hengellinen työ ja sielunhoito (Gothóni & Jantunen 2010, 64).

Sairaanhoitaja-diakonissaopiskelijat Mirja Jalo, Johanna Lehtonen ja Marjo Suorsa tutkivat opinnäytetyössään (2019) Korson seurakunnassa toteutettavia diakonissan vastaanottoja. Tutkimuksensa johtopäätöksissä he kuvaavat diakonissan terveyden edistämisen osaamista ja pohtivat myös, miten osaamista ylläpidetään. He toteavat diakonissan roolin terveyden edistäjänä perustuvan hänen koulutukseensa. He toivovat, että seurakunta työympäristönä tarjoaisi diakonisoille mahdollisuuden ylläpitää myös hoitotyön osaamista.

Diakonissat kertovat työstään

Tämä artikkeli perustuu keväällä 2019 kerättyyn aineistoon, joka saatiin haastatella 13 seurakunnassa työskentelevää diakonissaa eri puolilla Suomea. Haastatellut olivat valmistuneet eri vuosikymmenillä aina 1970-luvulta 2000-luvulle. Haastateltujen työkokemus vaihteli kolmesta vuodesta yli 30 vuoteen. Osalla oli pitkä kokemus hoitotyöstä ja toisilla taas pitkä kokemus seurakunnan diakoniatyöstä. Haastatteluajankohtana kaikki haastatellut työskentelivät seurakunnassa diakoniatyössä. Suurin osa työskenteli kaupungeissa ja vain muutama maaseudulla.

Haastateltujen joukossa oli muutamia esimiestyötä tekeviä diakonisoja sekä yksi projektityöntekijä, muut toimivat yleisessä diakoniatyössä. Osalla oli lisäksi erikoissairaanhoitajan tutkinto.

Useimmat haastatellut kertoivat tekevänsä vastaanottotyötä, joko ajanvarauksella tai diakoniapäivystyksenä, samoin mainittiin kotikäynnit, ruokailut, ryh-

mät, retket, leirit, juhlat, tapahtumat, rukouspalvelu ja messut. Lisäksi monilla oli erityistehtäviä kuten vapaaehtoistyön organisointi, elintarvikejakelu, perheytyö, parisuhdetyö, Yhteisvastuukeräyksen koordinointi, kirkon henkisen huollon ryhmän organisointi, vammaistyö, yhteistyö hoitolaitosten kanssa, ystävyysseurakuntatyö tai työ paperittomien maahanmuuttajien parissa. Haastatellut kertoivat kattavasti diakoniatyön moninaisuudesta. Työn kuvailu vastasi hyvin Diakonia-barometrin kuvauksiin kapeista sektoreihin pirstoutuneista työnkuvista (Isomäki, Lehmusmies, Salojärvi & Wallenius, 2018). Työtä tehdään kaikkien ikäluokkien parissa ja ihmiselämän huolten kirjo näyttäytyy laajana.

Hirveän monipuolista työtä ihmisten kanssa vauvasta vaariin kaikenikäisiä ihmisiä kohdataan.

Mä tykkään kovasti työstäni edelleen, se on vaihtelevaa ja monipuolista.

Ihan laiasta laitaan koko ihmisen kirjo ja elämä. Hyvin erilaisia ja hyvin yllättäviä asioita saattaa tulla esille niissä tilanteissa.

Ensisijaisena asiakasryhmänä tuli esille työikäiset, mutta myös vanhukset ja lapsiperheet. Yhden haastatellun tehtävänä on maahanmuuttajien parissa tehtävä työ. Syyt, joiden vuoksi diakoniatyöntekijän puheille tullaan, ovat monenlaiset. Päälimmäisenä ovat usein taloudelliset huolet, mutta niihin kietoutuneina erilaiset terveyteen ja sairauteen liittyvät syyt, kuten lääkkeiden kalleus ja hoitoon hakeutumisen vaikeus tai sairauden aiheuttama henkinen kuormitus. Lisäksi mainittiin myös erikseen mielenterveysongelmat, päihdeongelmat, muut riippuvuudet, työttömyys, ihmissuhdeongelmat, yksinäisyys, omaishoitajuus ja suru.

Diakoniatyöntekijät kuuluvat seurakunnassa hengellisen työn tekijöitten ryhmään. Hengellisen tuen tarve tuli yleensä esille vasta pidemmälle edenneissä asiakassuhteissa tai jos työntekijä otti hengelliset asiat puheeksi. Hengellinen ulottuvuus oli kuitenkin vahvasti läsnä työotteessa, ja jotkut haastatellut totesivat asiakkaan odottavan saavansa hengellistä apua, koska asioi seurakunnassa.

Hoitotyön koulutuksen merkitys

Diakonia-ammattikorkeakoulu kuvailee sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia yhdeksänä osa-alueena: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus (Diakonia-ammattikorkeakoulu. Osaamisvaatimukset. Sairaanhoitaja (AMK).

Useimmat osa-alueet kliinistä hoitotyötä lukuun ottamatta ovat suoraan siirrettävissä myös seurakunnan toimintaympäristöön. Seurakunnassa toimivan diakonissan ei ole mahdollista eikä edes tarpeellista toteuttaa kliinistä hoitotyötä. Aineistossa tuli kuitenkin esiin selvästi hoitotyön viitekehys. Sairaanhoitajan koulutus tuo diakonissan toimintaan hoitotyön näkökulman. Diakonissa tarkastelee ihmisiä kokonaisvaltaisesti ja havainnoi myös fyysiseen hyvinvointiin liittyviä asioita. Diakonissa kohtaa asiakkaitaan vastaanotolla ja kotikäynneillä sekä myös satunnaisesti tavaten kaupan kassalla tai kylän raitilla. Lisäksi asiakkaita kohdetaan ryhmätoiminnoissa.

Yksilötyö

Diakonissan hoitotyön orientaatiosta yksilötyön keskeisiä menetelmiä näyttivät olevan terveysneuvonta, palveluohjaus ja myös konkreettisenä toimena verenpaineen mittaaminen. Taulukossa 1 on koottuna diakonissojen haastatteluissa esille nousseita asiakkaiden tuen tarpeita ja niihin vastaamisen keinoja hoitotyön näkökulmasta.

TAULUKKO 1. Yksilötyö

Työmuoto	Asiakkaan tuen tarve	Työntekijän tuen keinot	Hoitotyön merkitys
Vastaanotto Diakoniapäivystys Kotikäynnit Satunnaiset kohtaukset	Sairaskulut: esimerkiksi rahat eivät riitä lääkkeisiin	Keskustellaan lääkkeiden merkityksestä. Talousselvitys Tarvittaessa taloudellinen tuki	Osa arvioida ensisijaisia tärkeitä lääkkeitä ja hoitoja
	Terveyden ja sairauden kysymykset Läheisen sairaus Mielenterveyden ongelmat Masennus Psykoottisuus Päihitteet Riippuvuudet Väsymys Kehitysvammaisuus	Keskustelu Henkinen tuki Tiedon etsiminen Terveyteen ja sairauteen liittyvien dokumenttien selittäminen selkokielellä Terveysneuvonta Palveluohjaus Ergonomia	Ymmärtää sairauksien syntyhistoriaa ja syitä Osa arvioida asiakkaan tilannetta Tunnistaa oireita Holistinen näkökulma Osa selittää mistä on kyse Osa mitata verenpainetta Osa tarkistaa lääkeannokset Huomio kiinnittyy luonnostaan ihmisen vointiin Tieto sairauksista rauhoittaa Osa pyytää tilanteen mukaista apua
	Vakava sairaus Eksistentiaaliset kysymykset Suru	Kohtaaminen Tuki Rukous Virret Vertaistuki	Ymmärtää vakavan sairauden herättämiä eksistentiaalisia kysymyksiä Tietää surun tunnusmerkit Hengellinen hoitotyö Toivon tarjoaminen
	Yksinäisyys Ihmissuhteet	Kohtaaminen Kutsu osallisuuteen	Ymmärtää osallisuuden merkityksen ihmisen hyvinvoinnille
	Paperittomuus	Osa ohjata erityispalveluihin	Tunnistaa hoidon tarpeen

Asiakkaat haluavat kertoa usein lääkityksestään sekä kysellä siitä. Osa haastatelluista etsi yhdessä asiakkaan kanssa tietoa lääkkeistä. Joissakin tapauksissa diakonissa joutui arvioimaan lääkkeiden tärkeysjärjestystä, jos asiakkaalla ei ollut riittävästi rahaa, jotta hän olisi voinut ostaa kaikki määrätty lääkkeet. Tällaisissa tapauksissa seurakunnan diakoniatyö voi avustaa tilapäisesti ja ohjata asiakasta esimerkiksi toimeentulotuen hakijaksi. Haastatteluissa sairaudenhoitokustannukset tulivat esiin todellisena ongelmana. Sama ilmiö tulee esille myös Kaisa

Kinnusen (2009) toimittamassa tutkimuksessa Sairas köyhyys, eikä tilanne näyttänyt muuttuneen.

Moni asiakas kaipasi tukea ymmärtääkseen sairaalasta tai lääkäriltä saamiensa laboratoriotuloksia tai hoito-ohjeita. Vakavasti sairastuneet tai pitkäaikaissairaajat saivat diakoniatyöstä tukea ja keskusteluapua.

Diakonissat keskustelivat asiakkaittensa kanssa myös siitä, miten elämäntapoja voisi muuttaa terveellisempään suuntaan. Monilla saattoi olla ruokailuun ja nukkumiseen sekä riippuvuuksiin liittyviä ongelmia. Keskusteluissa tulivat esiin myös läheisen sairaudet, erilaiset elämän kriisit, yksinäisyys ja suru.

Taloudellisissa asioissa niin ku lääkemeno, sairaalamaksut ja tämmöiset voivat olla vähävaraiselle henkilölle voi olla tai se sairastumisen tilanne voi olla muutos tai kuormittava.

Verenpaineenmittaus, laboratorioarvojen tsekkaus paperista, mikä on ok ja mikä ei, mielenterveys asiat, masentunut ihminen.

Se sairaanhoitajuus on mussa tosi syvällä. Se vaikuttaa paljon... Mä ajattelen, että se on tosi iso juttu, se sairaanhoitajuus tässä työssä.

Kun haastateltavilta pyydettiin esimerkkiä, jossa hoitotyön osaamisella olisi ollut erityinen merkitys, jokainen muisti heti yhden tai useamman kerran. Monet haastatellut kuvailivat tilanteita, joissa heidän hoitajan silmänsä huomasivat poikkeuksia asiakkaan voinnissa ja osasivat lähteä etsimään hänelle oireen mukaista apua terveydenhuollon palveluista.

Tapasin mummon jolla oli erittäin turvoksissa jalat, punakat ja muutenkin oli semmoisen aneemisen näköinen elikkä kalpee ja totesi ettei hänellä ollut mitään lääkkeitä niin sanoin että nyt muuten lähetään terveystakeskukseen.

Kotikäynneillä diakonissa saattoi huomata tilanteen, jossa tarvittiin välitöntä tai pikaista hakeutumista lääkäriin tai sairaalaan. Jotkut tapaukset olivat sellaisia, joissa diakonissan koko ammattitaitoa tarvittiin. Esimerkiksi tilanne, jossa monella tavalla sairaalta asiakkaalta oli katkaistu myös sähkö, ja pakastimessa olevat ruuat olivat pilaantuneet. Asiakas oli kodissaan sairaana, ilman sähköä ja ilman ruokaa. Kotiapu oli käynyt, mutta ei ollut huomannut tilannetta. Erilaisin toimenpitein asiakkaan asiat saatiin kuntoon. Asian hoitaminen lähti liikkeelle hoidon

tarpeen ymmärtämisestä, mutta vaati sekä terveys- että sosiaalialan palvelujärjestelmän tuntemista. Muissa esimerkeissä kerrottiin muun muassa verensokerin laskun, alkavan keskenmenon ja lääkärin hoitoa vaativien sydän- tai halvausoireiden sekä lonkkamurtuman tunnistamisesta. Monet haastatelluista tunnistivat hyvin myös mielenterveyden ongelmia masennuksesta harhaisuuteen.

Ryhmätoiminta

Yhteisöllisyyttä diakoniatyössä syntyy monenlaisen ryhmätoiminnan myötä. Ryhmät tarjoavat hyvän mahdollisuuden erilaisten teemojen tarkasteluun. Ryhmät voivat keskittyä myös elämänkriiseihin, suruun tai omaan henkiseen ja hengelliseen kasvuun. Tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi.

TAULUKKO 2. Ryhmätoiminta

Työmuoto	Asiakkaan näkökulma	Työntekijän tuen keinot	Hoitotyön merkitys
Ryhmätoiminta Kerhotoiminta Toimintapäivät	Tarve virkistykseen Sosiaaliset tarpeet Tiedon tarve Henkinen ja hengellinen kasvu	Tarjoaa erilaisia ryhmätoimintoja Mahdollisuus jakaa tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista Hartaudet	Ymmärtää ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin merkityksen
Retket Leirit	Tarve virkistykseen Huoli pärjäämisestä Lääkehoidon ja toimintakyvyn haasteet	Voi huolehtia lääkähoidosta yhdessä asiakkaan kanssa Voi tukea toimintakykyä Ensiaputaidot Osaa pyytää tarkat terveystietolomakkeet esim. rippileirille	Ymmärtää lääkähoidon merkityksen ja osaa auttaa tarvittaessa mm. peseytymisessä ja ruokailussa Ensiavun osaaminen Osaa arvioida äkillisen hoidon tarvetta

Hoitajan taidot korostuivat haastattelujen mukaan leiri- ja retkitoiminnassa, joissa oli tullut yllättäen vastaan terveysalan osaamista vaativia tilanteita. Periaatteessa kaikilla leirityötä tekeillä pitäisi olla ensiapuvalmius. Sairaanhoidajan koulutuksella on kuitenkin merkitystä, kun pitää arvioida lääkehoitoa tai esimerkiksi jatkohoidon tai kiireellisen hoidon tarvetta.

Rippikoulutyöstä puhuttaessa tuotiin myös esiin erilaisten sairauksien, allergioiden ja lääkitysten merkitys. Leirien turvallisuuden kannalta on tärkeää, että

ainakin jollakin leirin työntekijällä on tarvittavat osallistujien sairauksiin ja lääkehoitoon liittyvät tiedot.

Kehitysvammaisten leirillä olisi hankala olla ilman sairaanhoitajan koulutusta (tuo ymmärrystä).

Kun mä olin viime vuonna mun ekalla leirillä, niin mä sain ne kaikki terveystiedot, niin mä tein semmosen excell-taulukon missä oli kaikkien lääkitys ja migreenit...

No leiriolosuhteissa se tulee ehkä eniten se, että siellä on hyvä että on myös sairaanhoitaja mukana, kun ollaan kaukana kaikesta ja ensiaputaidot ja lääkitykset ja muu.

Järjestetty eläkkeelle valmennusta sairaanhoitajana osaa tuoda erilaisia fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet mukaan.

Diakonissa ei toteuta missään tilanteessa omavaltaisesti lääkehoitoa, vaan siitä sovitaa asiakkaan tai alaikäisen vanhempien ja hoitavan tahon kanssa.

Hengellinen työ

Kaikki haastatellut kertoivat osallistuvansa kirkon hengelliseen työhön monella tavalla. Jumalanpalvelusten toimittamiseen osallistuminen vaihteli. Kaikki kertoivat pitävänsä hartauksia. Hartauksia pidetään ryhmätoimintojen yhteydessä sekä laitoksissa. Kaikki haastatellut kertoivat keskustelevansa asiakkaiden hengellisistä kysymyksistä sekä rukoilevansa asiakkaan kanssa tai puolesta, jos asiakas niin toivoo. Diakonissa saattoi myös aktiivisesti kysyä asiakkaan hengellisistä tarpeista tai toiveista. Kotikäynneillä tuli enemmän esiin sielunhoidollinen tarve. Osa haastatelluista on mukana myös rippikoulutyössä. Siihen ei kuitenkaan viitattu hengellisen työn yhteydessä.

TAULUKKO 3. Hengellinen työ

Asiakkaan tuen tarve	Työntekijän tuen keinot	Hoitotyön näkökulma
Tarve puhua hengellisistä asioista	Luottamuksellinen suhde Osaa ottaa puheeksi Hartaudet esim. ryhmätoimintojen alussa Rukous Virsi laulaminen	Ymmärtää hengellisyyden osaksi ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia
Erilaiset uskon ja elämän kysymykset Monikulttuurisuus	Sielunhoito Vakaumuksen kunnioittaminen	Hengellinen hoito Eksistentiaalisten kysymysten kohtaaminen Toivon tarjoaminen
Seurakuntayhteys	Messun toimittajana Virret, kotiehtoollinen	Osallisuus

Kun esitän, että entäs jos lukisin Herran siunauksen ja ja Isä meidän rukouksen tai sitten että kysyn että oisko mitään lempivirttä tai mikä voitais laulaa tässä, se aukaisee sitten hengellisen puolen.

Täs yhteydes me just keskusteltiin siitä, että tuoks uskonto hänelle mitään lohtua, onko uskonnollista yhteisöä, hän oli muslimi ja mitä toivo merkitsee hänelle, tämmösiä asioita.

Pidän näitä tämmösiä tilaisuuksia, erilaisia, vähän niin kuin sanan ja rukouksen illan tyyppisiä tilaisuuksia oon järjestänyt, rukouspalvelutoimintaa vedän tää on ollut mun työnäky.

Voidaan pyytää seurakunnan työntekijää vaikka käymään sairaalaankin, jos on sellanen tilanne, että on vakavasti sairas, mutta useimmiten siinä puhutaan helpompia... ja rukous on se joka niinkun... ja joka monia kantaa.

Kaikki haastellut pitivät hengellistä työtä työhönsä kuuluvana riippumatta siitä, miten se ilmeni. He toivat esiin sen, että usein hengellisiin kysymyksiin edettiin vasta asiakassuhteen kestätyä pidempään ja luottamuksen synnyttyä. Jos diakonia-työntekijä itse oli aktiivinen ja tarjosi hengellistä tukea, siihen mielellään tartuttiin. Sielunhoidon käsite ei näyttäytynyt aineistossa montaa kertaa, vaikka sinänsä sielunhoidolliselta vaikuttavista keskusteluista mainittiin useaan otteeseen.

Yhteistyö eri toimijoiden kanssa

Yhteistyö sosiaali- ja terveysalan muiden toimijoiden kanssa oli vaihtelevaa. Hoitolaistosten ja kotisairaanhoidon kanssa yhteistyö saattoi olla organisoitua tai satunnaista. Joidenkin haastateltujen toimenkuvaan kuului tiivis yhteistyö kunnalliseen terveysalaan. Muutaman haastateltavan tehtäviin kuului moniammatillinen kriisityö. Useampi kertoi tekevänsä yhteistyötä psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Joku oli ollut mukana projektissa suunnittelemassa tulevaisuuden vanhus-tenhoitoa. Yhteistyötä tehtiin myös erilaisiin sairauksiin liittyvien potilasjärjestöjen kanssa. Hoitotyön osaamisen koettiin tuovan ymmärrystä yhteisiin asioihin ja arvostusta muiden toimijoiden taholta.

TAULUKKO 4. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa

Työmuoto	Asiakkaan näkökulma	Työntekijän tuen keinot	Hoitotyön merkitys
Paikallinen verkostotyö Kotihoito Järjestöjen palvelut Terveystempaukset Saattohoito	Hyvinvoinnin ja terveyden tuen tarve Eksistentiaaliset kysymykset Kuolevan tukeminen	Tietoa alueensa asukkaiden tilanteista ja toiveista Asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen kohtaaminen Toivon tukeminen Palveluohjaus Kouluttajana toimiminen Työn kehittäminen Etsivä työ Yhteistyö	Yhteistyöhön on helppo liittyä sairaanhoitajan koulutuksella Tunnistaa hoidon tarpeen Yhteistyökumppanit arvostavat Ymmärtää mistä puhutaan
Perhetyö yhdessä kaupungin kanssa Hyvinvointineuvola, Yhteistyö terveydenhoitajan kanssa	Tuen tarve, esim. synnytyksen jälkeinen masennus	Kuuntelu, tuki ja ymmärrys Ryhmätoiminta Palveluohjaus	Ymmärtää mistä on kyse
Kriisityö Kirkon henkinen huolto	Tuen tarve kriisissä	Tuen antaminen	Kriisityön osaaminen Kriisin vaiheiden tunnistaminen
Vaikuttamistyö	Syrjäytyminen	Syrjään jäävien äänen esilletuominen	Sosioekonomisten terveyserojen ymmärrys
Vapaaehtoiset	Tarve mielekkääseen tekemiseen	Mielekkäiden vapaaehtoistehävien tarjoaminen ja tuen antaminen	Elämän mielekkyyden merkitys hyvinvoinnille

Tällä hetkellä kehitetään saattohoitoa ja siihen liittyy diakoniatyön ja diakoniatyöntekijöitten paikka siinä paletissa ja siinä erityisesti on hyötyä jos on sairaanhoitaja-diakonissa.

Mitä vaikka paperittomille lapsille kuuluu tai sitten ohjataan ottamaan yhteyttä global clinicille, jossa on ensisijainen tieto siitä.

Jotenkin osata puhua näitten yksin kotona olevien puolesta, mitkä kaikki on niitten tarpeita.

Vankilasta vapautuminen ja tähän yhteiskuntaan takaisin tuleminen ne on tosi vaikeita. Mutta tosi tärkeitä tässäkin olisi moniammatillinen yhteistyö.

Yhteistyötä muiden terveystalon toimijoiden ja järjestöjen kanssa kannattaisi haastateltujen mielestä tehdä enemmän ja järjestelmällisemmin. Terveystapahtumia voidaan järjestää, samoin terveyteen liittyviä kursseja ja luentoja. Näin on tehtykin, mutta tarvetta voisi olla enemmän.

Yhteiskunnallinen vaikuttaminen ei tullut tässä aineistossa erityisesti esiin, vaikka haastatellut selvästi tunnistavat yhteiskunnallisia epäkohtia ja tukevat asiakkaitaan, jotta he selviäisivät vaikeista tilanteista.

Diakonisen hoitotyön merkitys seurakunnan diakoniatyölle

Haastateltavat arvostivat erittäin paljon omaa koulutustaan. Sairaanhoitajuus on itsestään selvä, sisäänrakennettu osa ammatti-identiteettiä. Sairaanhoitaja-diakonissan koulutusta pidettiin hyvänä myös seurakunnan diakoniatyöhön. Lähes poikkeuksetta haastateltavat kuvailivat diakonista hoitotyötä kokonaisvaltaiseksi ihmisen auttamistyöksi. Työorientaatio perustuu kristilliseen ja holistiseen ihmiskäsitykseen, jossa huomioidaan ihmisen fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen ulottuvuus. Ei tuijoteta vain yhtä ongelmaa, vaan yritetään saada asiakkaan tilanteesta kokonaiskuva. Jotkut kokivat myös, että sairaanhoitajan tehtävässä ei voinut toteuttaa kokonaisvaltaista hoitotyötä samalla tavalla kuin diakoniatyössä. Eräs haastateltava kuvaili diakonista hoitotyötä työnsä johtotähdeksi.

Mä tuntisin olevani puolikas työkyvyiltäni, jos mulla ei olisi sairaanhoitajakoulutusta.

Tää on erinomainen työväline tässä diakoniatyössä tää hoitotyön näkökulma.

Ajatushan on, että kaikki tekee diakoniatyötä, mutta on myös tarvista diakoniatyöntekijöille.

Varmaan niitä mahdollisuuksia olisi vaikka kuinka paljon, että tuota sitä siinä on mietitty sellaisessa terveyden edistämishankkeessa.

Hyvänä koettiin myös diakonin ja diakonissan koulutuksen saaneiden yhteistyö. Silloin asioihin tuli laaja yhteinen näkökulma ja osaaminen. Yhdessä esimerkissä kerrottiin, miten diakoni hoiti kotikäynnillä yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa ja diakonissa arvioi terveydentilaa ja mahdollista hoidon tarvetta.

Diakonissan koulutus nähtiin tärkeänä leiri- ja retkitoiminnalle. Lisäksi diakonissan koulutusta voisi hyödyntää enemmän kotikäynneillä ja erityisesti saattohoidossa. Diakonissan työorientaatio nähtiin myös ennakoivana: osataan varautua yllättäviin tilanteisiin. Koulutus antaa ymmärrystä päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kohtaamiseen.

Aineistossa tuli esiin ammattilaisten arvostus: on todella hienoa, kun kirkolla on hyvin koulutettuja ammattilaisia diakoniatyössä. Osa ilmaisi myös toivomuksensa siitä, että sairaanhoitaja-diakonisojen koulutus ei katoaisi. Asiakkailta on paljon sairauteen ja terveyteen liittyvää asioimista, joka vaatii ammatillista osaamista, etiikkaa ja hienotunteisuutta. Jotkut haastatelluista toivoivat täydennyskoulutusta hoitotyön näkökulmasta, ja joku toinen tunsu huolta siitä, ettei osaa välttämättä neuvoa asiakasta oikein esimerkiksi lääkehoitoon liittyvissä asioissa.

Haastatteluissa tuli esiin vahvasti sairaanhoitajakoulutuksen arvostus ja myös sen merkitys omassa työssä ja työotteessa. Hoitotyön osaaminen on osa ammattitaitoa ja se ilmeni monin eri tavoin arjen työssä. Useampi haastateltava totesi, että hoitajuus kulkee mukana, se on osa omaa ammatti-identiteettiä, eikä sitä sairaanhoitajaa itsestään voi eikä tarvitse piilottaa. Osaamiselle on paljon käyttöä seurakunnan työssä.

Tarvitaanko diakonisoja?

Aika ajoin kuulee kysyttävän: tarvitaanko diakonisoja tai tarvitseeko kirkko diakonisoja. Tämän artikkelin aineiston perusteella voidaan vastata yhteen ääneen: kyllä tarvitaan ja kyllä tarvitsee. Teoksen muissa artikkeleissa tarkastellaan sairaanhoitaja-diakonissan koulutuksen merkitystä kliinisessä hoitotyössä, ja uskon

sieltä löytyvän saman vastauksen: diakonisseja tarvitaan. Tämän päivän diakoniatyössä on tärkeää sosiaali- ja terveysalan palvelujärjestelmän tunteminen, asiakkaan oikeuksien tunteminen ja asiakkaan ohjaaminen ja tukeminen monenlaisissa elämäntilanteissa.

Sairaanhoitaja-diakonissan koulutus antaa laaja-alaisen osaamisen kliiniseen hoitotyöhön sekä ihmisen kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Ihmistä ei kohdeta vain sairautensa takia, vaan ihmisyytensä takia. Koulutukseen kuuluu monta harjoittelua, joissa ihmisen kohtaamistaidot kehittyvät ja myös ihmisen hauraus, ruumiillisuus sekä kuolema tulevat tutuiksi. Koulutukseen kuuluu myös sielunhoidon opetusta ja surun kohtaamista.

Seurakunnan diakoniatyöhön diakonissa tuo mukanaan sairaanhoitajan silmät, jotka tunnistavat muutoksia ja hälytysmerkkejä ihmisen fyysisessä ja psyykkisessä voinnissa. Joskus apua on hälytettävä nopeasti. Hoitotyön osaaminen korostuu erityisesti mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä vanhusväestön parissa. Kukaan haastatelluista ei kaivannut työhönsä varsinaisesti kliinistä työtä, mutta monenlainen ohjaus ja neuvonta terveyspalveluissa ja terveen elämän tukemisessa koettiin mielekkäänä. Samoin pidettiin tärkeänä rinnalla kulkemista vakavan sairauden kohdatessa.

Useat kertoivat yhteistyöstä kunnallisten palveluiden ja muun muassa potilasjärjestöjen kanssa. Diakonissa voi järjestää terveyteen ja sairauteen liittyvää koulutusta ja terveystapahtumia. Myös omaisten jaksamiseen annettiin tukea. Jotkut arvelivat diakoniatyön vanhusten palveluiden tarpeen lisääntyvän tulevaisuudessa. Vanhusväestö kasvaa eikä yhteiskunnalla ole riittävästi resurssia vastata palvelutarpeeseen.

Diakonissojen työssä merkittävä osuus on myös hengellisten asioiden kohtaamisella. Seurakunnassa on lupa puhua hengellisistä asioista ja diakonissa voi itsekin aktiivisesti kysyä ihmisen vakaumuksesta ja sen merkityksestä. Haastatellut diakonissat eivät niinkään puhuneet sielunhoidosta, vaikka käsite muutamaaan kertaan näyttäytyi aineistossa. Hengelliset asiat ovat kuitenkin vahvasti läsnä työssä ja niistä puhutaan joko asiakkaan aloitteesta tai työntekijän aloitteesta. Ne ovat kuitenkin harvoin ensisijainen syy siihen, että ihminen hakeutuu diakonissan puheille.

Vuonna 2017 juhlittiin Helsingin diakonissalaitoksen 150 vuotisjuhlaa ja vuonna 2019 Viipurin (nykyisin Lahti) diakonissalaitoksen 150 vuotisjuhlaa. Samalla juhlittiin merkittävää ammatillista koulutusta. Diakonisseja tarvitaan yhä, nyt ja tulevaisuudessa.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Diakoniatyöntekijöiden liitto ja Diak (22.9.2016). *Diakoniatyöntekijän eettiset ohjeet*. Saatavilla https://www.dtl.fi/media/dtl_eettisetohjeet_2016.pdf
- Gothóni R. & Jantunen E. (2010). *Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Isomäki, P, Lehmusmies, J., Salojärvi, P. & Wallenius, V. (2018). *Diakoniabarometri. Yksinäisyyden monet kasvot*. Helsinki: Kirkon tutkimuskeskus. Saatavilla <http://notes.evl.fi/vanhasak.nsf/sp?open&cid=julkaisu&tit=Diakoniabarometri-2018>
- Jalo M., Lehtonen, J. & Suorsa M. (2019). *Diakonissan vastaanotto Korson seurakunnassa. Asiakkaiden odotuksia ja kokemuksia*. Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Saatavilla https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/264414/Jalo_Lehtonen_Suorsa_Diakonissan_vastaanotto_Korson_seurakunnassa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Kinnunen, K. (toim.) (2009). *Sairas köyhyys: Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä*. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kirkkohallitus (2020) Diakonian viranhaltijan ydinosamiskuvaus. Saatavilla 6.8.2020 <https://evl.fi/plus/koulutus-ja-tyoelama/kirkon-ammattit/kirkon-tyontekijan-ydinosaminen/ydinosamiskuvaukset-pdf-muodossa>
- KJ 1055/1993. Kirkkojärjestys. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931055>
- Myllylä M. (11.6.2004). *Diakonisen hoitotyön mallin rakentamien*. (Väitöskirja, Oulun yliopisto). Saatavilla <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514273567.pdf>
- Paaskoski, J. (2017). *Ihmisen arvo: Helsingin Diakonissalaitos 150 v*. Helsinki: Edita.
- Rättyä, L. (2012). Diakoniatyö yksilöiden ja perheiden parissa. Teoksessa Gothoni, Helosvuori, Kuusimäki & Puuska (toim.) *Kantakaa toistenne kuormia* (s. 80–110). Helsinki: Kirjapaja.
- Suomen ev. lut. kirkko. Aamenesta öylättiin. Kirkon sanasto. Saatavilla 27.9.2019 https://evl.fi/sanasto/-/glossary/word/Diakonia#Diakonian_teht.C3.A4v.C3.A4t
- Suomen ev. lut. kirkko. Diakonian tilastot. Tilastotietoa 2018–2019. Saatavilla 28.3.2020 <https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/diakonia/diakoniatutkimus/diakonian-tilastot>

Kirsi Karppinen ja Mirva Kuikka

11 DIAKONINEN VANHUSTYÖ SEURAKUNNASSA

Diakoninen vanhustyö pyrkii kohtaamaan syrjäytymisvaarassa olevia vanhuksia, jotka jäävät tai uhkaavat jäädä muun avun ulkopuolelle. Diakonisessa vanhustyössä huomioidaan vanhuksen elämäntilanne ja yksilölliset tarpeet. Työtä tehdään yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon, järjestöjen ja vanhuksen lähiverkoston kanssa.

Johdanto

Tämän artikkelin tarkoituksena on pohtia diakonisojen tekemää diakonista vanhustyötä. Diakonisessa vanhustyössä diakonissa käyttää diakonisen hoitotyön taitoja. Diakoninen hoitotyö on diakonissakoulutuksen saaneen henkilön ammatillista toimintaa ja se on sidoksissa diakonian luonteen mukaan kristillisiin arvoihin. (Myllylä 2000; Kotisalo 2002; Myllylä 2004.) Diakonissan tekemää vanhustyötä voidaan tarkastella diakonissan työnä sosiaali- ja terveystoimessa sekä Suomen evankelisluterilaisen seurakunnan diakoniatyössä. Diakonisessa vanhustyössä keskitytään kohtaamaan nimenomaan syrjäytymisvaarassa olevia vanhuksia. Diakonissa käyttää työssään hoitotyön menetelmiä, joissa otetaan huomioon vanhuksen yksilöllisyys, elämäntilanne ja sen hetkisen hoidon tarpeet. Diakonissan toteuttama diakoninen hoitotyö on mahdollisuus vanhustyössä, jossa moniammatillinen tiimityö luo uutta asiantuntemusta.

Vanhusväestön kasvun seurauksena tarvitaan sosiaali- ja terveystoimen, avo- ja laitoshoidon, julkisten ja yksityisten palvelutuottajien, seurakunnan sekä myös omaisten ja vapaaehtoistyöntekijöiden välistä yhteistyötä, jotta vanhusten palvelujärjestelmästä tulisi toimiva kokonaisuus. Pöyhösen ja Seppäsen (2012) tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijät näkivät vastuun vanhustyön organisoimisesta olevan julkisella sektorilla, mutta samalla tarpeen entistä tiiviimpään yhteistyöhön ja erilaisten toimijoiden kytkemiseen osaksi vanhusten hyvinvoinnin tukemista.

Väestön ikääntyminen

Tällä hetkellä Suomessa on 65 vuotta täyttäneitä vähän yli miljoona. Väestön ikääntymisen taustalla vaikuttavat suurten ikäluokkien eläköityminen sekä syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen. Väestö ikääntyy koko maassa, mutta kuntien väliset erot ikärakenteessa vaihtelevat tulevaisuudessa. Määrällisesti ikääntyneiden ikäluokkien kasvu tulevaisuudessa näkyy suurissa kaupungeissa. (Helminen, Vesala, Rehunen, Strandell, Reimi & Priha 2017).

Perherakenteiden muutokset vuosikymmenien aikana ovat myös vaikuttaneet siihen, että yhä useammin eri sukupolvet elävät omissa asunnoissaan. Sukulaiset ja läheiset ihmiset eivät enää ole päivittäin tekemisissä suvun ikäihmisten kanssa. Ikääntyminen tuo väistämättä muutoksia perhesuhteisiin, kun mahdollisuus avoimiin, pyyteettömiin suhteisiin vähenee. Tilalle voi tulla vanhuuden raihnaisuuden mukanaan tuoma riippuvuus ulkopuolisista auttajista. (Marin 2008.)

Ikääntyminen tuo myös terveydenhuoltoon ja sen kehittämiseen haasteita. Sellaisia ovat kasvava dementoituminen, laitoshoitopaikkojen saatavuus ja psyykkisen vanhenemisen muutokset, jotka näkyvät esimerkiksi kognitiivisten ja motoristen toimintojen heikkenemisenä. (Saarenheimo 2005.) Toimintarajoitteita ja avun tarvetta on enemmän vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvilla, mutta samalla Suomessa on edistettävä mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen vanhuuden turvaamista.

Tällaisia asioita ovat esimerkiksi esteettömien ja turvallisten asuin- ja elinympäristöjen suunnittelu, palveluiden kehittäminen ja laadun parantaminen. Iäkkäitä ihmisiä ei tulisi nähdä vain sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä, vaan myös niiden kehittäjinä ja vaikuttajina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Palveluiden kehittämisessä vanhusten toiveet ja tarpeet tulisi aina kuulla. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tehtävä työtä, jotta vanhus säilyttää itsearvonsa, itsemääräämisoikeutensa ja yksityisyytensä hoitopaikasta riippumatta. (Etene 2008.)

Ikääntyvien koti- ja laitoshoidossa on välttämätöntä oikea henkilöstömitoitus ja myös hyvin koulutettu henkilökunta. Tutkimukset ovat osoittaneet esimerkiksi, että henkilöstön määrän ohella osaaminen, osaamisen oikea kohdentaminen ja osaava lähijohtaminen ovat yhteydessä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Kirkon vanhustyö

Kasvava vanhusväestön määrä on pakottanut kirkon ottamaan kantaa yhteiskunnan vanhustyöhön. Kirkon vanhustyöllä tarkoitetaan ikääntyvien ihmisten parissa tehtävää työtä, joka voi toteutua esimerkiksi erilaisten ryhmien, yksilöllisten kohtaamisten, hengellisten tilaisuuksien, lähimmäispalvelun, retkien ja leirien kautta (Kirkon vanhustyön strategia 2015).

Kuntien ja seurakuntien alueilla tapahtuvat erilaiset kunta- ja seurakuntaliitokset ovat tuoneet mukanaan haasteita kehittää yhteistyötä ja rakentaa selkeitä suunnitelmia vanhusten laadukkaan hoidon osalta. Suomessa vanhuspalvelulaki (L 980/2012) ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatima laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi ohjaavat myös yhteistyön suuntia. Yhteistyötä on virinnyt kunnissa esimerkiksi siten, että seurakunnan diakoniatyöntekijöitä on pyydetty yhteistyökumppaniksi työstämään kuntien vanhuspoliittisia strategioita. Strategia toimii ohjeena eri seurakunnille ja kirkon työmuodoille siten, että sen avulla voi luoda pohjaa omalle toiminnalle. Toiminnassa on hyvä huomioida oman alueen infrastruktuuri sekä mahdollinen yhteistyö eri tahojen kanssa. Tavoitteena on samalla selkeyttää kirkon seurakuntatyön ja diakonisen vanhustyön toimintakenttää.

Kirkon vanhustyön strategia 2015 sisältää kirkon kannanoton inhimillisestä vanhuudesta, johon liittyvät elämän arvokkuus ja kunnioitettavuus. Strategia korostaa myös sitä, että on tärkeää työskennellä vanhusten sekä vanhusten parissa tehtävän työn arvostuksen nostamiseksi. Strategian avulla halutaan huomioida eri tavalla syrjäytymisvaarassa olevien vanhusten tukeminen ja hoitaminen erityisesti palvelutaloissa ja laitoksissa.

Uskonnolliset perinteet ovat vaikuttaneet vanhojen ihmisten tapaan tarkastella olemassaoloa ja elämän kysymyksiä. Kuitenkaan uskonnolliset asiat eivät ole kaikille vanhoille ihmisille tärkeitä. Vanhukset eivät hengellisesti ja uskonnollisesti muodosta yhtenäistä samalla tavoin ajattelevien ryhmää, vaan nämä asiat nousevat jokaisen omasta elämänsä historiasta ja kulttuurista. Uskonto voidaan kuitenkin nähdä välineenä ratkaista vanhuuden mukanaan tuomia kehityshaasteita. Vanhuuden vaivojen takia ei välttämättä ole mahdollisuutta osallistua uskonnolliseen toimintaan ja seurakuntaelämään, joten ulkopuolisten ihmisten tuki hengellisyydessä on merkittävä. Iän tuomat kehityshaasteet saavat ihmiset tarkastelemaan suhdettaan kuolemaan ja voivat auttaa jäsentämään elämäänsä uskonnon avulla. Erilaiset yksilölliset elämäntapahtumat ovat kuitenkin voineet olla merkittäviä tekijöitä siihen, mitkä asiat esimerkiksi ovat

kasvattaneet tai koetelleet luottamusta Jumalan armoon ja huolenpitoon. (Nieminen 2014.)

Kirkon vanhustyön ja diakonisen vanhustyön painopistealueita ovat vanhusten hengellinen tukeminen ja sielunhoito. Seurakunnan työntekijän yhteydenpito tuo esimerkiksi yksinäiselle vanhukselle tai omaistaan hoitavalle toivoa ja turvallisuutta, jonka avulla jaksaa arjessa.

Diakoninen vanhustyö

Kirkon eri toimintamuodoissa kohdataan runsaasti ikääntyneitä, mutta diakoninen vanhustyö etsii niitä vanhuksia, joita muu apu ei tavoita. Se keskittyy kohtaamaan diakonisen hoitotyön keinoin nimenomaan syrjäytymisvaarassa olevia vanhuksia, jotka jäävät tai uhkaavat jäädä muun avun ulkopuolelle. (Havukainen, Litmanen, Nummela & Viitanen 2010.)

Diakonissat kohtaavat vanhuksia vastaanotoilla, koti- ja laitospöynteillä ja erilaisissa ryhmissä. Heitä kohdataan myös kaupakeskuksissa, toreilla, yhteisöruokailuissa ja muissa yhteisöllisissä toimintamuodoissa. Erityisesti kotikäynteillä diakonissat voivat huomioida vanhuksen yksilöllisyyden, elämäntilanteen ja sen hetkisen hoidon tarpeen. Yhteistyö esimerkiksi kunnan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kanssa on tärkeää.

Diakoniabarometri 2018 kuvaa yhteistyön diakonian osalta olevan edelleen monipuolista vanhustyössä, omaishoitajien tukemisessa, vammaistyössä ja mielenterveystyössä. (Isomäki, Lehmusmies, Salojärvi & Wallenius 2018.) Diakonisen vanhustyön tavoitteena palvella ihmistä kokonaisvaltaisesti. Tämä tarkoittaa hengellisyyden vaalimista, sielunhoitoa, toivon välittämistä ja kiirettömän ajan antamista. Yeungin (2007) mukaan seurakunnan diakoniatyötä ja diakonista hoitotyötä tarvitaan kunnallisten hyvinvointipalvelujen täydentäjänä ja ennen kaikkea niiden rinnalla, koska sitä ei saada samalla tavalla mistään muualta.

Diakonisen vanhustyön toimintamuotoja ovat esimerkiksi erilaiset ryhmät vanhuksille, mielenterveysongelmista kärsiville tai sureville, kotikäynnit ja sielunhoitokeskustelut. Diakonissa on ammatillisesti auttamisroolissa toimiessaan seurakunnassa tai sairaalassa. Työhön kuuluu muun muassa kriisitilanteiden läpikäymistä. Vuorovaikutuksen tavoitteena on lieventää psyykkistä hätää, mutta samalla yhdessä asiakkaan kanssa pohtia ratkaisukeinoja ongelmaan. Ihmistä ei kohdata vain yksilönä, vaan perheensä ja muiden viiteryhmiensä jäsenenä. (Lindqvist 1991; Kettunen 2001.)

Ikäihmisten viriketoiminnalla diakonisessa vanhustyössä on sekä yhteisöllistä että yksilöllistä merkitystä. Ikääntyneen ihmisen osallistuminen itselleen mielekkääseen toimintaan auttaa ylläpitämään toimintakykyä. Lisäksi se parantaa elämän laatua, poistaa yksinäisyyttä sekä lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta. Viriketoiminnalla on merkitystä laitoshoidossa oleville vanhuksille, mutta myös vielä suhteellisen terveinä itsenäisesti asuville ikäihmisille. Oman elämän sairaudet ja erilainen ”raihnaisuus” on helpompi kantaa ja kestää, kun sen voi jakaa vertaistensa kanssa. (Havukainen, Litmanen, Nummela & Viitanen 2010.)

Rättyän ja Kotisalón (2014) tutkimuksessa ikääntyneet ihmiset odottivat diakoniatyöntekijältä terveyttä edistävää yksilöllistä toimintaa. Se voi olla yhteydenpitoa, kotikäyntejä, keskustelemista, kuuntelemista, ohjaamista, tukemista ja läsnäoloa. Vastaajat näkivät myös kotihoidon ja diakonian yhteistyön hoidon järjestämisessä tärkeäksi. Diakonissa voi tukea ikäihmistä ohjaamalla häntä esimerkiksi terveysvalinnoissa ja terveyspalvelujen saamisessa. Tämän lisäksi diakonisessa voi tarvittaessa konsultoida terveyden- tai sosiaalihuollon ammattilaisia asiakkaan luvalla tai tehdä lähetteen julkisen toimijan vastaanotolle. Vastavuoroisesti myös diakonisissa vastaanotolle voidaan ohjata asiakkaita muiden toimijoiden taholta.

Seurakunnassa diakonisissa joustava työaika antaa mahdollisuuden kiireettömään kohtaamiseen. Terveydenhuollon puolella resurssipula, kiire ja palveluiden sirpaloituminen usealle eri tekijälle voivat vaikeuttaa vanhuksen elämän kokonaisvaltaista hahmottamista. Yksinäinen vanhus kaipaa keskustelukumppania, jolla on aikaa kuunnella ja käydä läpi hänen elämänhistoriaansa. Kertomusten kuuntelu ja myönteisten muistojen vahvistaminen ovat osa diakonista vanhustyötä ja vanhuksen toivon tukemista. Juuri tässä tilanteessa diakonisissa on omimmillaan. Ikäihmistä toiveiden huomioiminen ja kunnioittaminen ovat tärkeitä kaikissa kohtaamistilanteissa. Sielunhoito tukee ihmisen hyvinvointia ja auttaa selviytymään arjessa ja sairauksissa. Se voi myös edistää terveyttä ja elämänhallintaa sekä ehkäistä sosiaalisia ongelmia. (Räsänen 2007, 66.)

Heikkilän (2002) tutkimuksesta käy ilmi, että kiinnostus hengellisiin asioihin lisääntyy vanhuksen voimavarojen vähetessä. Se voi olla seurausta lähestyvän kuoleman tiedostamisesta ja kiinnostuksesta kuoleman jälkeiseen elämään. Usein vanhojen ihmisten elämässä kirkko on ollut merkittävä voimavara ja vaikuttaja.

Sielunhoidollisessa keskustelussa diakonisissa voi olla asiakkaalleen toivon lähde ja mahdollistaja. Tämä toteutuu esimerkiksi yksinäisen vanhuksen kohdalla siten, että diakonisissa tukee asiakkaan suhteita läheisiin ja vahvistaa yhteyttä seurakuntaan ja Jumalaan. (Kotisalo 2002.) Myös vanhuksen läheisten huomioiminen sekä omaishoitajien kanssa tehtävä työ ovat osa diakonista vanhustyötä. Diakonisen

vanhustyön toteuttajana diakonissalla on hyvät toimintaedellytykset sekä sosiaali- ja terveystoimen palveluksessa että seurakunnassa.

Ervasti-Inkalan ja Jokirannan opinnäytetyössä (2013) käy ilmi hengellisen hoitotyön merkitys Oulun Diakonissalaitoksen Vesper- ja Veljeskodissa, jossa hengellisyys on osana hoitotyötä. Työtä ohjaavat kristillinen ihmiskäsitys, kristilliset arvot ja hoitotyön etiikka. Hoitohenkilökunta kaipasi kuitenkin käytännönläheistä opasta, jolla se voisi tukea konkreettisesti ikäihmisten hengellisiä tarpeita. Sairaanhoitaja-diakonissan ammattitaitoa voitaisiin siis tällaisessa työyhteisössäkin hyödyntää.

Yhteiskunnan sosiaali- ja terveystoimien rakenteiden muutokset haastavat myös kirkkoa toimimaan palvelujen tuottajina. Diakoniatyön osalta tämä voisi tarkoittaa juuri diakonissojen osaamisen hyödyntämistä esimerkiksi haavoittuvimmassa asemassa olevien vanhusten puolesta puhujina, hyvinvointia tukevana, henkisen ja hengellisen hädän kuuntelijoina ja psykososiaalisen tuen antajina. Lisääntynyt monikulttuurisuus ja moniuskontoisuus haastavat eri toimijoita ja siinä spirituaalisen eli henkisen ja hengellisen ulottuvuuden tunteminen ovat erityisen tärkeitä. (Juntunen, Roivainen & Seppänen 2016.)

Vanhustyössä kohdattuja haasteita ja mahdollisuuksia

Vanhuuden mukanaan tuomat muutokset koetaan yksilöllisesti. Toinen kokee olevansa eläkkeellä olleessaan virkeä ja toimintakykyinen, kun taas toinen voi tuntea olevansa elämän loppupuolella. Vanhuus voi tuoda mukanaan myös elämänhallintaan liittyviä haasteita, jotka saattavat näkyä mielenterveysongelmina, päihteiden käyttönä, yksinäisyytenä, vähävaraisuutena tai kaltoin kohteluna. Vaikeuksien kasautuminen aiheuttaa ulkopuolisuuden ja avuttomuuden tunnetta. Pöyhösen ja Seppäsen (2012) tutkimuksessa diakoniatyöntekijät toivat esille vanhusten yksinäisyyden, turvattomuuden, taloudelliset vaikeudet sekä yhteistyön toimimattomuuden eri auttajatahojen kanssa.

Koposen (2003) tutkimuksessa vanhuksilla erilaisen tuen tarve ilmenee yksilöllisesti ja se on tilannesidonnainen prosessi. Tuen tarpeeseen ja selviytymiseen liittyvät esimerkiksi vanhuksen ikä, terveys, toimintakyky, elinolosuhteet ja taloudellinen tilanne sekä avun tarve ja palvelujen saanti. Sosiaalsiin suhteisiin liittyvät epämuodolliset suhteet kuten perhe ja ystävät sekä muodolliset suhteet kuten osallistuminen järjestettyyn toimintaan ja niistä saatu tuki. Vanhuksen kotona selviytymiseen vaikuttivat kiinteästi yhteistyö eri toimijoiden kesken, mutta myös

perheen ja ystävien kautta saatu tuki. Näin sosiaalinen tuki saa laajemman ulottuvuuden, kun otetaan huomioon vanhuksen läheiset, omaiset, ammattihenkilöt sekä vanhuksen osallistuminen erilaiseen toimintaan. Tämä antaa näkökulmaa myös diakoniseen vanhustyöhön.

Yksinäisyys

Kokemus yksinäisyydestä on yksilöllinen asia. Kuitenkin yksinäisyys nähdään monessa suhteessa ongelmana. Yksinäisyys on laaja-alainen ja moniulotteinen diakoniatyön haaste. Yksinäisyys koetaan eri tavoin ja sitä on määritelty useilla eri tavoilla. Sillä voidaan viitata perheettömyyteen, fyysiseen yksinolemiseen tai yksin asumiseen. Yksinäisyys saattaa olla myös ystävättömyyttä tai ihmissuhteiden vähäisyyttä. (Hiilamo 2011.)

Diakonisen vanhustyön tulisi löytää ja kantaa huolta kaikista haavoittuvassa elämäntilanteessa olevista. Heillä ei ole enää voimavaroja hakea apua itselleen eikä välttämättä ketään muuta, joka pitäisi heidän puoltaan. Yksinäisten vanhusten tukemiseen tarvitaan diakoniatyön lisäksi erilaisia verkostoja, yhdistyksiä, omaisia, valvutuneita naapureita sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Lähimmäisenrakkaus haastaa meitä jokaista huomaamaan myös hiljaiset lähimmäisemme. (Hiilamo 2011.)

Vuoden 2018 diakoniabarometri kertoo, että diakoniatyöntekijät kohtaavat kotikäynneillä yksinäisiä ihmisiä. Tyypillisiä kotikäyntiasiakkaita diakoniatyössä ovatkin juuri sairauden tai vanhuuden takia kotiin jääneet yksinäiset ihmiset. (Isomäki ym. 2018.) Yksinäisyys voi johtaa myös itsehoitolääkkeiden käytön lisääntymiseen tai peli- ja päihdeongelmiin.

Yksinäisyys tuo valitettavan usein mukanaan myös muita ikäviä lieveilmiöitä, joilla on laaja-alaisia vaikutuksia ihmisen henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Pahimmillaan yksinäisyys voi vaikuttaa vanhuksen muistin heikkenemiseen, laitoshoidon aikaistumiseen ja lyhentää eliniän odotetta. Myös laitoshoidossa olevat vanhukset näyttävät ehkä hieman yllättäenkin kärsivän yksinäisyydestä. Omaisten ei kannata siis tuudittautua siihen uskoon, että laitoksessa monien ihmisten ympäröimä läheinen ei kokisi enää yksinäisyyttä. (Kuusimäki 2011.)

Mielenterveys ja päihteet

Ikäihmisen mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi ovat jokaisen vanhuksen elämäkokemuksen ja sosiaalisten suhteiden luoma kokonaisuus. Mielenterveys on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara ja myös hyvinvoinnin tila, joka on oleellinen osa ihmisen terveyttä (Lönnqvist ym. 2011, 22). Ikä ei yksin ole riski

mielenterveydelle, mutta ikääntymiseen liittyy monia asioita, jotka voivat olla riski mielenterveydelle. Niitä ovat mm. erot ja menetykset, sairaudet, eristäytyneisyys, köyhyys ja omaishoitajuus. Myös perheenjäsenen psyykkiset häiriöt voivat olla riski.

Vaikeuksien kasaantuminen voi aiheuttaa syvää avuttomuuden ja ulkopuolisuuden tunnetta. Ikäihmiset, joilla on vaikeuksia liikkumisessa ja yksin kodin ulkopuolelle lähteminen ilman tukea on hankalaa, saattavat eristäytyä muista. Ikääntyneen ihmisen sosiaalisten suhteiden vahvistaminen ja mielekäs toiminta ennaltaehkäisevät todennäköisimmin sosiaalista eristäytyneisyyttä ja tukevat mielenterveyttä. Lisäksi ikäihmisen mahdollisuus osallistua viriketoimintaan tai uskonyhteisöjen tilaisuuksiin ovat mielenterveyttä edistävää toimintaa. (Tamminen & Solin 2013, 35–36, 49.)

Koko elämänkulun kattava lisääntynyt ja arkipäiväistynyt päihteidenkäyttö on yhteiskunnallinen, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoa kuormittava asia. Yhä harvempi ikääntyvä on raitis ja lääkkeiden väärinkäyttö on lisääntynyt. Ikääntynyt voi käyttää alkoholia esimerkiksi yksinäisyyteen, ajan kuluttamiseen ja unettomuuteen. Päihteet vuorostaan vaikuttavat ikääntyneen ihmisen tasapainoon, tapaturmiin, aistitoimintoihin ja tarkkaavaisuuteen. Tulevaisuudessa lisääntyy todennäköisesti erityisesti muuntohuumeiden käyttö. Myös kokaiinin, kannabiksen (kotikasvatus) ja lääkkeiden päihdekäyttö kasvaa. Tämä tarkoittanee sitä, että esimerkiksi opiaattikorvaushoidossa on jo nyt ja vielä enemmän tulevaisuudessa ikääntyneitä ja vanhuksia. (Eriksson & Avellan 2015.)

Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaamisessa tulisi moralisoinnin ja syylistämisen välttämiseksi ymmärtää ikääntyneen ihmisen elämäntilanne kokonaisvaltaisesti. Oikealla asenteella ammattilaiset voivat tukea päihteitä käyttävän ikäihmisen toipumista, syventyä avoimen keskustelun kautta pohtimaan päihteiden käytön syitä, mutta samalla myös auttaa ikäihmistä löytämään oman elämänsä vahvuudet arvokkaana yksilönä. Eettisesti kestävä päihdetyö perustuu ikääntyneen itsemääräämisoikeuteen, elämän merkityksellisyyteen ja mahdollisuuteen olla osallinen omassa elämässään. Päihteiden käytön taustalla voi olla ihmisarvoa murentavia epäonnistumisen, torjutuksi tulemisen ja kelpaamattomuuden kokemuksia. (Laapio i.a.)

Vähävaraisuus, leipäjonot

Käsitteenä köyhyys on hyvin moniulotteinen. Sosiaalisesta näkökulmasta katsottuna voidaan puhua suhteellisesta köyhyydestä ja toimintakyvystä. Tällöin ihminen ei taloudellisesti kykene osallistumaan yhteiskunnassa tavanomaisena

pidettyyn elämäntapaan. Yhä enemmän on vanhuksia, joiden työelämä on ollut pirstaleista; on osa-aikaisuuksia, määräaikaisuuksia, pitkiä aikoja kotiäitinä olemista ja pitkäaikaistyöttömyyttä. Eläkekertymä on jäänyt pieneksi ja tulot eivät riitä menoihin. Vanhuksilla usein lääkkeiden tarve kasvaa ja terveydenhuoltomenoihin menee isompi osa kuin aiemmin. Paljon sairasteleva ja pienituloinen eläkeläinen voi joutua taloudellisesti tiukoille, kun terveysmenot ja etenkin sairaalahoito lisäävät kustannuksia. Myös viime aikoina korotetut lääkekustannusten omavastuuosuudet ja asiakasmaksut vaikuttavat pienituloisiin eläkeläisiin negatiivisesti. (Mukkila ym. 2018.)

Diakoniatyöntekijät kohtaavat pientulaisia eläkeläisiä, jotka eivät välttämättä osaa tai ymmärrä hakea esimerkiksi toimeentulotukea. Lisäksi ongelmia hakemisessa tuottaa palvelujen siirtyminen verkkoon. Diakoniatyöntekijät toimivat usein asiakkaan tukena ja apuna Kelan hakemusten teossa. Diakonisen vanhustyön voimama on juuri asiantuntijuus hädänalaisten kohtaamisessa, kyky luottamuksellisen suhteen luomiseen ja pitkäjänteinen asiakastyö. Lisäksi diakoniatyöntekijällä on mahdollisuudet yhteistyöhön eri verkostojen kanssa.

Diakoniatyössä toteutetaan joko yksittäisen seurakunnan järjestämänä tai yhteistyössä kunnan ja järjestöjen kesken vähävaraisten ruokailuja ja ruoan jakelua. Vähävarainen eläkeläinen joutuu tekemään valintoja joko ruuan tai lääkkeiden oston kohdalla. Vanhusten osallistuminen ylijäämäruoan jakeluun tai ruoka-apuun ei kuitenkaan ole itsestään selvää. Diakoniatyöntekijät tietävät, että monet vanhuksat kokevat yhä häpeää ja pelkäävät, että läheiset saavat tietää asiasta. Osa vanhuksista on tottunut tulemaan toimeen hyvin vähällä. Elämän tyytyväisyys ei aina ole siis suhteessa taloudelliseen tilanteeseen. Diakonisessa vanhustyössä pyritään tarjoamaan edullisia ruokailuja, ohjausta ja neuvontaa.

Vanhusten hyväksikäyttö ja kaltoin kohtelu

Ikääntyneisiin ihmisiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua voi olla vaikea tunnistaa ja se on myös vielä osittain vaiettu puheenaihe. Kaltoinkohtelulla tarkoitetaan yleensä sellaista epäasiallista toimintaa, jossa toista ihmistä kohtaan käyttäydytään väärin ja hänelle aiheutetaan kärsimystä. Tällainen käyttäytyminen voi olla tahallista tai tahatonta, mutta myös kertaluontoista tai jatkuvaa. Valviran tutkimuksessa 2016 selvitettiin kaltoinkohtelua sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa asumispalveluyksiköissä. Tutkimuksessa paljastui yleisimmiksi kaltoinkohtelun muodoiksi esimerkiksi ulkoilun laiminlyönti, karkea, epäasiallinen tai lapsenomainen kielenkäyttö sekä määräily, rankaiseminen ja moittiminen. Myös fyysistä ja seksuaalista kaltoinkohtelua oli havaittu asumisyksiköissä. Useimmiten kaltoinkohtelijaksi

nimettiin toinen työntekijä tai/ja toinen asukas. (Tallavaara, Autti & Uusitalo 2016.)

Diakonisessa vanhustyössä voivat kaltoinkohtelun tapaukset ja tilanteet paljastua kotikäyntien yhteydessä vanhuksen omassa kodissa tai vaikkapa käynnillä asumispalveluyksikössä. Diakoniatyöntekijän havainnointi ja vanhuksen luottamus työntekijää kohtaan voivat tuoda ilmi kaltoinkohtelun. Suomessa vanhus-tenhuollon työntekijät ovat velvollisia ottamaan yhteyttä sosiaalitoimeen, mikäli epäilyksien tarpeesta herää (L 1301/2014 Sosiaalihuoltolaki, 35 §). Laki koskee myös diakoniatyössä toimivia diakonissoja ja diakoneja. Vanhus voi kertoa diakoniatyöntekijälle esimerkiksi, että pelkää omaa lastansa, kun vanhukselle tulee eläkepäivä. Usein taustalla on silloin vanhuksen taloudellinen hyväksikäyttö ja henkisen sekä fyysisen väkivallan uhka. Tilanne aiheuttaa vanhuksessa häpeää ja sen vuoksi siitä on myös vaikea puhua tuntemattomille.

Vanhuksen kanssa keskustellessa voi paljastua, että joku lähiomainen tai edunvalvoja on luvannut huolehtia vanhuksen raha-asioista, mutta tilanne on johtanut vanhuksen taloudelliseen hyväksikäyttöön. Vanhuksella voi siis olla liian vähän rahaa ruuan ostoon ja laskujen maksuun. Tällaiset tilanteet vaativat diakoniatyöntekijältä valppautta ja sitä, että hän pääsee riittävästi havainnoimaan tilannetta vanhuksen kotona sekä saavuttamaan vanhuksen kanssa luottamuksellisen keskusteluyhteyden. Joskus kaltoinkohtelu voi paljastua myös omaishoitajatilanteissa. Mikäli diakoniatyöntekijä on tuntenut pitkään sekä hoidettavan että hoitajan, voi työntekijä havaita väsymystä, uupumusta ja sen seurauksena syntyneitä kaltoinkohtelua esimerkiksi hoidettavan puhuttelussa tai käsittelyssä. Tällaiset tilanteet ovat vaikeita ja niitä on lähestyttävä hienovaraisesti. Tilanteen purkua ja hoitamista varten on diakoniatyöntekijän oltava yhteydessä sosiaali- ja terveystoimeen, mutta myös keskusteltava omaishoitajan kanssa suoraan. Huoli-ilmoituksen tekeminen vanhuksen tilanteesta on erityisen tärkeää.

Diakonisessa vanhustyössä kotikäyntityö nousee hyvin merkittävään ja tärkeään rooliin. Diakoniatyöntekijät ovat kotikäynneillä voineet esimerkiksi syntymäpäiväkäyntien yhteydessä törmätä vanhuksiin, joilta puuttuu kokonaan turvaverkosto. Näissä tilanteissa voi jopa olla takana vakavia mielenterveysongelmia, itsensä laiminlyöntiä esimerkiksi ravitsemuksen, lääkityksen ja hygienian suhteen.

Vanhukset voimavarana

Valitettavan usein vanhuksista puhuttaessa nousevat esille ensin vain haasteet ja uhat. Vanhuksilla on valtavasti myös annettavaa yhteiskunnalle ja nuoremmille sukupolville, sillä heidän elämäkokemuksensa ovat tietotaitoa, jota ei olisi varaa hukata. Monelle ikääntyminen voi olla myös hyvä elämävaihe, joka antaa mahdollisuuksia toteuttaa itseään ja tehdä mielekkäitä asioita. On vanhusten ali-arvioimista nähdä heidät vain työn kohteena ja autettavina. Heillä on oltava tasaveroinen mahdollisuus olla omien voimavarojensa puitteissa myös auttajia ja toimijoita. Kirkon vanhustyön strategian pohjalta syntyneissä teeseissä tuodaan esille vanhusten sosiaalisen pääoman ja kokemuksen hyödyntäminen seurakuntatyössä ja tämän siirtäminen nuoremmille sukupolville. Kirkko haluaa tukea yhteisöllisyyttä, toimia yhteistyössä eri auttajatahojen kanssa ja osallistua myös sosiaalieettisiin keskusteluihin. (Kirkon vanhustyön strategia 2015.)

Vapaaehtoistoiminta on perinteistä kirkon diakoniaa. Mukana olevat vapaaehtoiset tapaavat yksinäisiä eri-ikäisiä ihmisiä kodeissa, sairaaloissa tai vaikkapa vankiloissa. Toimijoina on eri-ikäisiä ihmisiä, myös vanhuksia, jotka rakentavat omalla toiminnallaan yhteistä hyvää sekä tukevat muita yhteiskunnan jäseniä sekä ikätovereitaan. Samalla he tukevat omaa terveyttään ja hyvinvointiaan. (Muukkonen 2019.) Vapaaehtoistoiminta on ikääntyvässä yhteiskunnassa monimuotoinen hyvinvoinnin lähde. Ikääntyneet kansalaiset ovat vapaaehtoisen ja palkattoman toiminnan kantava voima. Diakonisessa vanhustyössä nähdään vanhusten arvo ja merkitys, jota halutaan vahvistaa kutsumalla ikäihmisiä mukaan kirkon vapaaehtoistyöhön. Sukupolvien välinen vuorovaikutus on tärkeää kaikille: eri-ikäiset ihmiset tarvitsevat toisiaan ja kuhunkin elämän vaiheeseen sisältyvää elämäntoimintaa. He saavat oppia toisiltaan ja rikastuttavat toistensa elämää.

Yhteenveto

Diakoniatyöntekijän ydinosaamiseen kuuluu taito tukea ja auttaa haavoittuvassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä. Tätä osaamista hän toteuttaa työssään kirkossa tai yhteiskunnan palveluksessa. Kirkon vanhustyötä ja erityisesti diakonista vanhustyötä tarvitaan löytämään syrjäytymisvaarassa olevia vanhuksia. Diakonisessa vanhustyössä tuetaan vanhuksia, jotka ovat kohdanneet elämässään merkittäviä muutoksia, kuten sairastumisen, yksinäisyyttä, leskeytymisen, taloudellisia vaikeuksia, ihmissuhdeongelmia tai mielenterveys- ja päihdeongelmia. Diakonisojen tekemät kotikäynnit ovat merkittävässä roolissa, kun pohditaan vanhuksen

hyvinvointia. Tarvetta kotikäynneille lisäävät vanhuksen osalta omaisten asuminen muualla tai sellaisten puuttuminen. Lisäksi yhä enemmän pyritään ikäihmisiä hoitamaan kotona. Diakonissan ammattitaitona onkin pohtia omaa rooliaan moniammatillisessa yhteistyön verkostossa.

Diakonisen kotikäyntityön periaatteissa korostetaan vanhuksen oikeutta kii-reettömään kohtaamiseen osana laadukasta vanhustyötä. Diakonisessa vanhustyössä on tarkasteltava myös eettisiä näkökulmia silloin, kun vanhus esimerkiksi taloudellisten vaikeuksien takia ei kykene ostamaan lääkkeitä. Moniammatillisen yhteistyön avulla diakonissa voi tukea ja ohjata vanhusta yhteiskunnan muun avun piiriin. Myös vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen esimerkiksi päihteiden käytössä voi olla merkittävä päänsävyä asioiden selvittämisessä.

Vaikka kirkkoon kuuluminen vähenee, uskonnollisuus ei kuitenkaan katoa. Hengellisten asioiden tunnistaminen vaatii herkkyyttä vanhusten kanssa työskenteleviltä henkilöiltä. Julkisen sektorin muut toimijat voivat kokea hengellisten asioiden rajautuvan heidän osaamisensa ulkopuolelle (Pöyhönen, 2015), mutta kirkon diakoniatyön rooliin tämä kuuluu olennaisesti. Kun sosiaali- ja terveydenhuoltoa siirretään yhä enemmän julkiselta vallalta kansalaisjärjestöille tai liiketaloudellisille yrityksille, antaisi tämä mahdollisuuden hyödyntää nykyistä enemmän sairaanhoitaja-diakonisojen kaksoiskelpoisuutta. (Pyykkö 2004.)

Kirkossa vanhusten arvo nähdään erityisesti perinteen ja uskon siirtämisessä nuoremmille sukupolville. Monelle isovanhempien opettama iltarukous on ollut ensimmäisiä kristillisen kasvatuksen kulmakiviä. Vielä nykyään isolla osalla vanhuksia on kristillisyyden luonnollisena ja arkisena osana elämää. Miten pitkään tämä mahtaa olla todellisuutta? Tämän päivän keski-ikäiset ja nuoret ovat tulevaisuuden vanhuksia. Mikä kokemus heillä on kirkosta ja kristillisistä perinteistä? On surullista, jos vanhuksien sijaitaan laitoksiin ja osin ikään kuin yhteiskunnan ulkopuolelle. Vanhuus on yksi arvokas osa jokaisen elämää ja sen soisi olevan näkyvillä. (Nummela 2019.)

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Eriksson, H. & Avellan, M. (2015) *Ikääntyminen ja päihheet*. Saatavilla 18.2.2020 <https://www.sininauhaliiitto.fi/julkaisut/kirjallisuus/lyhyesti-ja-selkeasti-ikaantymisen-ja-paihteet/>
- Ervasti-Inkala T. & Jokiranta M. (2013). *Kristillinen hengellisyys ikääntyneen terveyden edistämässä Oulun Diakonissalaitoksen Vesper- ja Veljeskodissa*. (Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma.) Saatavilla <https://www.theseus.fi/handle/10024/63998>
- Etene (2008). *Vanhuus ja hoidon etiikka*. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225044>
- Hannikainen K. (2018). *Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan*. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-067-9>
- Havukainen, E., Litmanen, P., Nummela, I. & Viitanen, H. (2010). *Diakoninen kotikäyntityö: tukea ja rohkaisua vanhusten parissa tehtävään kotikäyntityöhön*. Helsinki: Kirkkopalvelut.
- Heikkilä M. (2002). *Vanhusten hengellisen tuen tarpeet ja tuen saanti sekä odotukset diakoniselle hoitotyölle*. (Pro gradu -tutkielma, Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos).
- Helminen V., Vesala S., Rehunen A., Strandell A., Reimi P. & Priha A., (2017). *Ikääntyneiden asuinpaikat nyt ja tulevaisuudessa*. Suomen ympäristökeskuksen raportteja 20/2017.
- Hiilamo R. (2011). *Yksinäisyyttä paikallistamassa*. Diakonia lehti 11(1), 8–9.
- Isomäki P., Lehmusmies M., Salojärvi P. & Wallenius V.(toim) (2018). *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvat*. (Kirkon tutkimuksen verkkojulkaisuja 56). Tampere: Kirkon tutkimuskeskus. Saatavilla <https://julkaisut.evl.fi/catalog/Tutkimukset%20ja%20julkaisut/r/1485/viewmode=infview>
- Juntunen E., Roivainen I. & Seppänen M. (2016). Diakoniatyön paikka palvelujärjestelmän murroksessa, esimerkkinä vanhustyö ja spiritualiteetti. Teoksessa R. Gothóni, S. Hyväksi, M. Kolkka & P. Vuokila-Oikkonen (toim.) *Osallisuus yhteiskunnallisena haasteena – Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-vuosikirja 2*. (Diak Työelämä 7) (s. 109–124). Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-275-2>
- Kettunen P. (2001). *Leipää vai läsnäoloa? Asiakkaan tarve ja diakoniatyöntekijän työnäky laman puristuksessa*. (Kirkon tutkimuskeskus, Sarja A 76). Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Kirkon vanhustyön strategia 2015. Suomen evankelis-luterilainen kirkko. Saatavilla <https://evl.fi/plus/hallinto-ja-talous/strategiat/kirkon-muut-strategiat>
- Koponen L. (2003). *Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä*. (Väitöskirja, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos).
- Kotisalo H. (2002). *Diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön toteutuminen Kuopion hiippakunnan diakonissojen arviomana*. (Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, terveys
- Kotisalo H. & Rättyä , L. (2014). *Diakonissa terveyden edistäjinä. Raportti tutkimus- ja kehittämiss-hankkeesta (1.3.2011–28.2.2014) Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina*. (Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B. Raportteja 58). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-220-0>
- Kuusimäki K. (2011). Yksinäisten seurakunta. *Diakonia lehti* 11(1), 3.
- L 980/2012. Vanhuspalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L4P35>
- Laapio, M., Ikäeettinen päihdetyö. Saatavilla 19.5.2020 https://tiedostot.a-klinikksaatio.fi/Ikeettinen_paihdeetyo.pdf

- Lindqvist M. (1991). *Auttajan varjo: Pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa*. Helsinki: Otava.
- Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen M. & Partonen T. (toim.) (2011). *Psykiatria*. (9.uud. p.). Helsinki: Duodecim.
- Marin M. (2008). Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot. Teoksessa Heikkinen E., Rantanen T. & Aromaa, A. (toim.), *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim.
- Mukkila S., Ilmakunnas I., Moisio P. & Saikkonen P. (2018). Köyhyys ja perusturvan riittävyys. Teoksessa L. Kestilä., S. Karvonen & A. Aalto (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Muukkonen R. (2019). Ikääntyneiden vapaaehtoistyöntekijöiden osallisuuden kokemus Salpausselän seurakunnassa. (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma). Saatavilla <https://www.theseus.fi/handle/10024/168565>
- Myllylä M. (2000). *Näkökulmia diakoniasta ja hoitotyöstä- kohti diakoninen hoitotyö- käsitettä*. (Lisensiaatin tutkimus, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos).
- Myllylä M. (2004). *Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen*. Oulu: Oulun yliopisto. (Väitöskirja, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos). Saatavilla <http://urn.fi/urn:isbn:9514273567>
- Nieminen R. (2014). *Uskonnollisuus vanhuusiässä. Merkitysten muotoutuminen ikä- ja kohorttitekijöiden näkökulmasta*. (Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto, Teologinen tiedekunta).
- Nummela I. (30.7.2019). *Mitä vanhus tarvitsee*. Diakonia+. Saatavilla <https://www.diakoniaplus.fi/mita-vanhus-tarvitsee/>
- Pyykkö R. (2004). Valtion ja kirkon välissä: ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa Henriksson L. & Wrede S. (toim.), *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus. *Päihdelinkki*. Saatavilla 18.2.2020 <https://paihdelinkki.fi/>
- Pöyhönen P. (2015). *Suomen evankelis-luterilaisen kirkon rooli vanhustyössä*. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto, teologinen tiedekunta).
- Räsänen J. (2007). *Potilaiden ja hoitohenkilöstön käsitykset ja odotukset sielunhoidosta terveydenhuollossa*. (Teologinen aikakauskirja 112).
- Rättyä L. (1998). *Diakoniatoimistojen asiakkaiden kokemukset avun ja tuen saamisesta*. (Pro gradu- tutkielma, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos).
- Saarenheimo M. (2005). Psykkisen vanhenemisen tutkimuksen nykytila. *Psykologia* 39 (5), 392–401.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019*. Julkaisuja 2017:6. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>
- Tallavaara M., Autti, L. & Uusitalo, E. (2016). Kالتoinکوhtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana. Valviran kysely 25.2.-18.3.2016. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Saatavilla <https://www.valvira.fi/-/kالتoinکوhtelu-ymparivuorokautisissa-vanhustenhuollon-yksikoissa-tyontekijoiden-havainnoimana>
- Tamminen N. & Solin P. (toim.) (2013). *Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asuminen- ja hoivapalveluissa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-913-8>
- Yeung A. (2007). Diakonia ristipaineiden aallokossa? – Diakonian työnäky ja suhde hyvinvointivaltioon. *Diakonian tutkimus 2007* (1). Saatavilla <http://dts.fi/aikakauskirja/>

Marjo Rundgren

12 DIAKONISSA PERHEIDEN TUKENA

Diakonista hoitotyötä perheiden parissa voi kuvata sanalla perhediakonia. Perhediakonia vaatii laajaa osaamista, työn, koulutuksen ja elämäkokemuksen kautta saatua ammattitaitoa. Työssä kohdataan usein hädän ääripään perheitä. Tyypillisiä asiakasperheitä ovat lastensuojelun tukitoimenpiteitä tarvitsevat perheet. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä osa perheiden auttamistyötä ja vaatii tulevaisuudessa selkiyttämistä.

Kirkkohallituksen kasvatus ja perheasioiden yksikkö on luonut perhelähtöisen seurakunnan suuntaviivat vuonna 2020. Suuntaviivat on tarkoitettu kaikille kirkon työntekijöille ja vapaaehtoisille perheiden kanssa ja parissa tehtävän työn tueksi. Perhelähtöisen seurakunnan suuntaviivoina nähdään neljä elementtiä: 1) Perhe voimavarana 2) Läsnäoleva vuorovaikutus 3) Toimintaympäristön tunteminen 4) Moniammatillinen yhteistyö. (Perhelähtöisen seurakunnan suuntaviivat 2020.)

Perustana kaikille näille ovat kristillisen uskon juuret ja kristillinen ihmiskäsitys. Seurakunta muodostaa yhteisön, jossa perheet voivat olla toinen toistensa ilona ja tukena sekä saavat vahvistusta myös omalle kasvulleen ihmisinä ja kristittyinä. Nämä suuntaviivat ohjaavat myös perhediakonian toteuttamista. (Perhelähtöisen seurakunnan suuntaviivat 2020.)

Perheiden kohtaaminen kuuluu seurakunnan kaikkien työntekijäryhmien ammattitaitoon. Laaja-alaista perhetyön osaamista on diakoniatyöntekijöillä, nuorisotyönohjaajilla, varhaiskasvatuksen ohjaajilla sekä kirkon perheneuvonnan työntekijöillä. Seurakunnan perhetyötä tehdään osana moniammatillista verkostoa esimerkiksi paikallisissa perhekeskuksissa. Perhediakonian osaajat ovat vahvasti osa tätä verkostoa. He ovat koulutettuja ammattilaisia, jotka voivat auttaa ja tukea perheitä myös vaikeuksien ja kriisien keskellä. Lisäksi seurakunnassa on vapaaehtoisia, jotka voivat toimia esimerkiksi tukihenkilöinä, vertaisryhmien ohjaajina tai kerhomummoina tai -pappoina. (Perhelähtöisen seurakunnan suuntaviivat 2020.)

Tämä artikkeli pohjautuu omakohtaiseen kokemukseen diakoniatyön ja perhetyön asiantuntijana. Kuvaukseni yksinhuoltajaperheen arjesta tuo esille diakonissan työskentelyä seurakunnan diakoniatyössä. Kuvaus perustuu tositarinaan, mutta olen muokannut sitä siten, etteivät henkilöt ole tunnistettavissa. Artikkelini aineistona käytän ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötäni Perhediakonia vaikeissa olosuhteissa elävien perheiden tukena sekä siihen kokoamaani aineistoa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata diakoniatyöntekijän toteuttamaa perhediakoniaa sekä tuottaa kuvaus muotoutumassa olevasta työmuodosta, jota kutsutaan seurakunnissa eri nimikkeillä (diakoniatyön perhetyö, diakoninen perhetyö, perhediakonia, lapsidiakonia). (Rundgren 2008.)

Diakoniatyö on aina ollut lähellä sydäntäni. Seurakuntatyö on antanut minulle uskon, tulevaisuuden ja toivon. Tässä artikkelissa kuvaan perhediakonian arkea ja peilaan käytännön työtä opinnäytetyöni tuloksiin. Uskon, että sairaanhoitaja-diakonissan peruskoulutus antaa kantavat siivet kehittyä työssä ja elämässä!

Kohtaaminen diakoniatoimiston käytävällä

Eräänä aamupäivänä toimiston käytävällä kävelee hätääntynyt nuori nainen. Kutsutaan häntä nimellä neiti X. Hän on peloissaan, hämmentynyt ja levoton. Hän etsii kuuntelijaa, ihmistä, joka ottaisi hänet todesta. Diakoniatyöntekijänä olen päivystämässä ja pyydän hänet sisään saman tien, vaikka hän ei ole varannut aikaa. Tunnen hänet vuosien takaa ja hän muistaa minut. Hän alkaa kertoa tarinaansa. Hänen elämäntarinansa on koskettava. Tämänhetkinen huoli hänellä on suuri, sillä hän on raskaana. Hän kertoo, ettei tiedä, mitä tehdä. Hän haluaa pitää lapsen, mutta hänellä ei ole rahaa ruokaan ja elämä on täysin sekaisin. Nyt hän pelkää lapsensa puolesta, koska vahva lääkitys voi aiheuttaa sikiövaurioita. Hän kysyy: ”Mitä teen, minne mennä? Äitini on vakavasti sairas eikä lähiomaisia ole, muutamia ystäviä. (Onko oikeasti luotettavia ystäviä?) En halua, että lapseni kuolee.”

Diakoniatyöntekijänä kuuntelen häntä aidosti. Hän on sensitiivinen, aistiherkkä persoonallisuus ja aistii herkästi, voiko hän luottaa minuun. Hän puhuu vuolaasti ja suuttuu helposti, jos valitsen väärän sanan. Hänen kanssaan kommunikointi tuntuu haastavalta tuossa hetkessä. Työntekijänä minussa herää vaisto suojella syntymätöntä lasta. Tuossa hetkessä autan häntä keskustelemalla ja luomalla toivoa hänen elämäänsä. Kerron hänelle, kuinka Ensi- ja turvakoti voi auttaa häntä. Se on paikka, minne voi mennä mihin vuorokaudenaikaan tahansa. Avustan häntä diakoniaostokortilla kauppaan ja annan lähetteen ruokapankkiin.

Kehotan häntä varaamaan neuvolaan ajan ja miettimään, kuinka tämä raskaus voi olla mahdollisuus muuttaa elämän suuntaa.

Hän kokee, että enkelit ovat suojelleet häntä lapsesta asti. Hän kertoo joskus käyneensä pyhäkoulussa ja uskoo Jumalan johdatukseen. Rukoillaan yhdessä. Annan hänelle yhteystietoni ja hän lähtee jatkamaan matkaansa. Minulle jää työntekijänä huoli ja mietin, näenkö häntä enää koskaan. Osasinko auttaa oikealla tavalla? Suojeleeko Taivaan Isä häntä? Miten vaikeissa tilanteissa lapset saa alkunsa? Voimme me arvostella muiden ratkaisuja, kun emme ole kulkeneet samoja elämänpolkuja? Toimistoon jää hiljaisuus. Käytävältä kuuluvat nopeat, rivakat askeleet ja ovi kolahtaa kiinni.

Perhediakonian toimintaroolit

Usein kohdatessani diakoniatyöntekijänä hyvin erilaisesta elämäntilanteesta tulevia ihmisiä koen olevani yksin. Elämäntarinat ovat koskettavia. Voi mennä vuosia, että alan hahmottaa perheen kokonaistilannetta. Se rakentuu pienistä palasista, jotka eivät aina ole selvillä edes ihmisellä itsellään. Luottamuksen rakentaminen ei ihmisten välisissä suhteissa ole helppoa. Työntekijänä painin ammatillisuuden ja ihmisyyden rajamaastossa, mikä toimintarooli missäkin tilanteessa olisi perheen parhaaksi.

Opinnäytetyössäni nousi esille viisi perhediakoniaa kuvaavaa toimintaroolia:

1) *Lapsen näkyväksi tuojana* diakoniatyöntekijänä kohtaan kaikki perheenjäsenet kotikäynnillä ja erityisesti muistutan lapsen tarpeista ja tuon lasten hyvinvoinnin esille. Kysyn, mitä lapsille kuuluu, keskustelen aidosti lasten kanssa ja autan heitä ymmärtämään, mitä perheessä tapahtuu ja ottamaan huomioon lasten iän. Tässä roolissa usein kokee riittämättömyyden tunnetta.

Luonteva yhteistyö voi rakentua seurakunnan sisällä. Esimerkiksi lastenohjaaja voi lähteä kotikäynnille yhdessä perhediakoniaa tekevän diakoniatyöntekijän kanssa. Tästä syystä on kehitetty työparityöskentelyä lastenohjaajien kanssa. Työparityöskentely antaa mahdollisuuden jakaa vastuuta, kotikäynnillä diakoniatyöntekijä voi keskittyä vanhemmuuden tukemiseen, kun lastenohjaaja kohtaa lapset ja samalla tekee havaintoja lapsen kehitykseen ja kasvatukseen liittyen. Yhteistyössä voidaan pohtia, miten auttaa perhettä arjessa. Samalla työtoverit voivat jakaa ajatuksia ja tunteita, joita työskentely perheen kanssa herättää.

2) *Perheen rinnalla kulkijana* autetaan koko perhettä hetken matkaa.

3) *Perheen toiminnan mahdollistajan* rooli näkyy neljästä eri työskentelytavasta, jotka tulevat neiti X:n tapauksessa esille: a) Arjen asioissa diakoniatyöntekijä ohjaa eri auttajatahoihin ja antaa ohjausta sekä neuvontaa terveyteen, kodinhoitoon, talouteen ja käytännön asioihin. b) Henkisen ja hengellisen tuen antajana välittyy lähimmäisenrakkaus tekojen ja työntekijän persoonan kautta. Tukea tarvitsevan ihmisen kanssa voidaan rukoilla yhdessä ja kutsua seurakunnan eri tilaisuuksiin ihmisen ehdoilla. c) Taloudellinen tuki mahdollistaa normaaliin elämään osallistumisen avustuksen avulla. d) Voimavarojen esiin nostajan työvälineitä ovat keskustelu ja kuuntelu sekä läsnäolo, erilaiset terapeutit ja muut esimerkiksi tarinalliset menetelmät. Usein hyvin tärkeää on ottaa lapset puheenaiheeksi.

Toinen tapaaminen psykiatrisessa sairaalassa

Työpuhelimeni soi. Vastaan. ”Hoitaja Z soittaa täältä psykiatrisesta sairaalasta. Tällä on meillä potilaana nuori nainen, hän mainitsee ainoastaan teidän nimenne, kun kysymme kenelle hänen asioissaan tulisi soittaa.” Olen hieman hämmentynyt, mutta kysyn, diakonisella työotteella, kuinka voin auttaa häntä. Puhelunkeskustelumme pohjalta huomaan tulleeni kutsutuksi verkostoyhteistyöpalaveriin psykiatriseen sairaalaan.

Ajan autolla sairaalaan noin 30 kilometrin päähän kaupungista. Mietin ajaessani, mitä tämä kaikki tuo tullessaan. Onko tämä diakoniatyöntekijän tehtävä? Onko tämä rinnalla kulkemista, henkistä vaiko hengellistä tukea vaiko mitä? Olen onnellinen, että minut kutsuttiin verkostoyhteistyöpalaveriin, vuosien työ palkittiin. Diakoniatyöntekijänä olen huomannut vuosien varrella, ettei verkostoihin kutsu tule helposti. Joskus on suorastaan joutunut tunkeutumaan verkostopalaveriin, koska asiakas on niin toivonut. Muut työntekijäryhmät eivät ole ymmärtäneet diakoniatyöntekijän roolia.

Saavun sairaalaan ja minut ohjataan neuvotteluhuoneeseen. Pöydän ympärillä on joukko ammattilaisia: lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, psykologi. Pöydän päässä pieni naisihminen (neiti X) istuu ja ilahtuu minut nähdessään. Hänen lääkityksensä on lähes tulkoon lopetettu ja raskaus on edennyt. Nyt on kyse jatkosuunnitelmista. Neuvotellaan, mitä potilas toivoo (lääkärin sanat) ja miten edetään, jotta tukitoimet ovat riittävät. Kerron ajatuksistani Ensi- ja turvakodista. Muut näkevät tärkeänä, että on yhteys äitiyspoliklinikalle ja keskussairaalan sosiaalityöntekijään. Asuntoasiaa selvitetään ja tehdään kotiutumissuunnitelmaa. Minulta kysytään, millä tavoin voin olla tukena.

Diakoniatyöntekijänä kerron, että voin auttaa arjen sujuvuudessa, mm. kodin sisustamisessa, erilaisten hakemusten täyttämässä, kaupungin perhetyön käynnistä-

misessä Ensi- ja turvakoti jakson jälkeen. Lisäksi ohjaan neiti X:n lapsen syntymän jälkeen seurakunnan perheberhoon, missä ensimmäiset kerrat käymme yhdessä. Kotikäynneille on mahdollisuus ottaa lastenohjaaja mukaan tarvittaessa.

4) Perheen parhaaksi yhteistyön tekijä

Tässä neiti X:n tarinassa tulee esille verkostoyhteistyö voimavarana. Moniammatillisuus toteutuu niin työyhteisössä kuin yli hallintorajojen. Neiti X:n asiakasprosessissa verkostoyhteistyö lähti käyntiin psykiatrisen sairaalan kutsusta tai oikeastaan neiti X:n omasta toiveesta, jota kuunneltiin. Tähän verkostoyhteistyöhön liittyi keskussairaala, lastensuojelun sosiaalityö ja Ensi- ja turvakoti sekä myöhemmin kaupungin lastensuojelun perhetyö, mielenterveyden palvelut ja seurakunnan lapsityö. Moniammatillisuudessa on kyse jaetusta asiantuntijuudesta. Verkostopalaverissa jokainen osallistuja, myös perheenjäsen, nähdään asiantuntijana. Jaettu asiantuntijuus voi toteutua vain dialogin eli vuoropuhelun kautta, jossa jokaista arvostetaan ja kuunnellaan. Verkostossa aina asianomainen on keskiössä, tässä tapausesimerkissä neiti X.

Verkostoyhteistyön perheen kanssa tekevät haasteelliseksi ja joskus jopa kaoottiseksi monet eri näkökulmat. Voidaan puhua hallitusta kaaosvaiheesta, jolloin työntekijät ja perheenjäsenet yhdessä kartoittavat erilaisia tarpeita ja ratkaisuja. Vuoropuhelussa ja yhteistyössä suunta vähitellen löytyy.

Diakoniatyöntekijän roolista käsin verkostot on aina koottava ihmisestä nousevan tarpeen mukaan. Pitkään tietyllä paikkakunnalla työskennellessä alkaa erilaisia verkostoja ja yhdyspintoja muotoutua. Perheiden parissa toimiessa on lähes pakko liittyä erilaisiin verkostoihin. Diakoniatyöntekijällä on mahdollisuus perhekontaktiensa kautta osallistua verkostopalaveriin.

5) Perheen kokonaistilanteen selvittäjä

Usein juuri diakoniatyöntekijällä voi olla parhaiten tiedossa perheen kokonaistilanne. Perheen rinnalla kulkeminen mahdollistaa kokonaisuuden hahmottamisen eri tavalla kuin viranomaisen kanssa työskennellessä. Perhediakoniassa ei ole sosiaalityön tavoin laki- eikä kirjaamisvelvoitteita. Tämä mielestäni auttaa pääsemään lähemmäksi perhettä. Työntekijänä on kuitenkin tärkeää tehdä havaintoja perheen tilanteesta ja kunnioittaa perheen omia arvoja ja toiveita. Lisäksi diakoniatyöntekijän pitää huomioida mahdollinen tuen tarve ja kertoa avoimesti se myös perheelle.

Joissakin tilanteissa voi joutua tekemään ilmoituksen lastensuojeluun, jotta perhe saa riittävästi tarvitsemaansa tukea. Mikäli tapaamisista kirjataan jotain,

on se tärkeää saattaa perheelle tiedoksi. Kirjallisen raportoinnin kehittäminen on perhediakoniassa lapsen kengissä, ja tämä voi aiheuttaa ongelmia työn jatkuvuuden kannalta.

Yhteistyö eri auttajatahoihin tulee perustella perheiden parhaaksi. Palveluihin voidaan ensimmäisiä kertoja mennä yhdessä tai diakoniatyöntekijä voi olla läsnä sosiaalityön käydessä kotikäynnillä. Diakoniatyöntekijänä luottamuksellisen suhteen luominen perheeseen on ensiarvoisen tärkeää. Rakennetun luottamuksen kautta saa perheen motivoitua ottamaan apua vastaan eri palveluista, joita tarjoavat esimerkiksi kaupungin perhetyö, kirkon perheneuvonta tai lastensuojelun sosiaalityöntekijä.

Loppujen lopuksi koko prosessi ja perheen kokonaistilanteen selvittely ja tukeminen voi jatkua useita vuosia. Verkostoituminen on siinä aivan keskeistä. Perheiden kanssa työskentely onkin motivoinut eri auttajatahoja kehittämään yhteistyötä hankerahoituksen avulla.

LAPE-hanke ja verkostoyhteistyön mahdollisuuksia

Perheiden parissa tehtävää työtä kehitettiin valtakunnallisesti Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmalla (LAPE 2016–2019). Sen tavoitteina olivat nykyistä lapsi- ja perhelähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut sekä toimintakulttuurien uudistaminen. Etusijalla ovat lapsen etu ja vanhemmuuden tuki. Tarkoituksena on peruspalvelujen vahvistaminen ja painopisteen siirto hallitusti ehkäiseviin palveluihin ja varhaiseen tukeen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.)

Perhediakonia näkyy LAPE-hankkeessa Pohjois-Suomessa parhaiten siten, että seurakunnan kaikista eri työmuodoista (diakoniatyö, lapsityö, perheneuvonta, nuorisotyö) on edustus Lapin alueen yhteistyötyöryhmässä. Siellä on voinut tuoda esille perhediakonian mahdollisuuksia perheiden tukemiseksi. Paikalliset olosuhteet määrittävät paljon, miten yhteistyötä lähdetään kehittämään. Pitkien etäisyyksien Lapin maakunnassa paikkakuntaakohtaiset perhekeskukset eivät palvele vaan on jalkauduttava ihmisten pariin.

Rovaniemen kaupungin alueella toimii jo kaupungin perhepalvelukeskus, mihin on keskitetty kaupungin tarjoamia palveluita. Samoin Rovaniemen seurakunnan lapsityö koordinoi vahvasti lapsiperheille suunnattua toimintaa. Perhediakoniaa tekevä diakoniatyöntekijä tekee vahvaa yhteistyötä seurakunnan lapsityön kanssa. Hänen vastuullaan on perheleiri yhteistyön koordinointi, mistä on tehty yhteistyösopimus Rovaniemen kaupungin kanssa. Tämä toteutuu mo-

niammatillisena yhteistyönä, jossa toimijoina ovat kaupungin lastensuojelun sosiaalityö, perhetyö, koulupalvelu- ja päivähoito, perheneuvola sekä seurakunnan perhediakonia, lapsityö, erityisnuorisotyö ja perheneuvonta.

Perheneuvonnan ja perheneuvolan asiantuntijuutta käytetään leirityössä vanhemmille suunnatuissa alustuksissa. Perheleirille kootaan vuosittain 10–12 lastensuojelun tarpeessa olevaa perhettä haastatteluiden kautta. Leiri on maksuton ja se suunnitellaan yhteistyössä moniammatillisessa tiimissä, jota koordinoi perhediakoniaa tekevä diakoniatyöntekijä.

LAPE-hankkeeseen liittyvä Oulun hiippakunnan Turva-hanke mahdollisti kuvapuhelupalvelun aloittamisen perheneuvonnassa. Rovaniemen seurakunnan perheasiainneuvottelukeskus on koko kirkon pohjoisin keskus. Lapissa välimatkat ovat pitkiä ja erityisosaamista vaativien palveluiden saatavuudessa on puutteita. Digitaaliset palvelut kuten perhe- ja pariterapia kuvapuhelupalvelun kautta ovat mahdollisuus ennaltaehkäistä kriisejä ja auttaa perheitä jaksamaan arjessa. Tuki digitaalisten palvelujen kokeiluun ja käyttöönottoon on koettu tärkeäksi, mutta digitaalisten palveluiden vakiinnuttaminen työvälineiksi on vielä alkuvaiheessa. (Airaksinen, Jääskeläinen & Koisti 2019.)

Neiti X:n tarinassa verkostoyhteistyön mahdollisuudet tulivat hyvin esille. Hänen saamansa apu on malliesimerkki toimivasta yhteistyöstä. Tänä päivänä hänelle ja hänen perheelleen kuuluu hyvää. Verkostoyhteistyö on jatkunut ja tällä tavoin tuettu vanhemmuutta.

Yhteenveto

Diakonissakoulutus on antanut valmiuksia perheiden kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Koulutukseen kuuluneet sairaalaharjoittelut lasten neurologisella osastolla sekä korvapoliklinikalla, maahanmuuttajaperheiden kohtaaminen ja avoin päiväkotiharjoittelu ovat vahvistaneet osaamista lasten ja perheiden tarpeiden huomioonottamiseen. Erityislasten kohtaaminen on ollut luontevampaa, kun tietää sairauksista ja rohkeasti uskaltaa kysyä niistä. Perheille annettu konkreettisen tuen tarve vahvistuu, jos perheessä on pitkäaikaissairautta poteva lapsi, vanhemmalla on vaikea ja vakava sairaus ja perheen normaali arki ei suju. Erityisesti vanhempien mielenterveyden haasteet ja päihteiden ongelmakäyttö edellyttävät koko perheen tukemista ja huolenpidon varmistamista perheen lapsille ja nuorille. (Rättyä 2009.)

Terveyden edistäminen on viime vuosina noussut ykkösaiheeksi kuntapolitiikassa sekä erilaisissa maakunnallisissa ja hiippakunnallisissa hankkeissa. Dia-

konissan on helppo ottaa puheeksi esimerkiksi perheen ruokavalioon liittyvät asiat tai liikunnan merkitys ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Näissä asioissa on pyritty tukemaan ihmisiä ryhmämuotoisella toiminnalla ja taloudellisesti antamalla tukea uintilippuihin tai kuntosalikortteihin. Diakonissat ovat toteuttaneet ryhmätoimintaa, jossa teemoina ovat olleet elämäntarkoituksen hallinta, yhteinen ulkoilu ja kuntosaliharjoittelu, ryhdin ja äänen hallinta, elämän tarkoituksen pohdinta, terveelliseen ruokavalioon tutustuminen sekä yhteinen rentoutuminen.

Perhediakonian tulevaisuuden suunta ja mahdollisuudet ovat moninaiset. Perhelähtöisen seurakunnan suuntaviivoissa todetaan, että erilaiset perhemuodot ovat yleistyneet ja seurakunnissa tarvitsemme yhteistä tietoa siitä, minkälaisissa todellisuuksissa perheet elävät ja miten perheitä kohdataan. Perhediakoniaa tehdään keskellä ihmisten arkea, missä olemme aitiopaikalla. Perheyhteisöt ovat aina olleet voimavaramme. Jokainen itse määrittelee, keitä hänen perheeseensä kuuluu. (Perhelähtöisen seurakunnan suuntaviivat 2020.)

Diakonissan tai muun seurakunnan työntekijän tulee kohdata jokainen ihminen kunnioittavasti kristillisen ihmiskäsityksen mukaisesti. Ihmisen perustarpeena on tulla nähdyksi, hyväksytyksi ja rakastetuksi juuri sellaisena kuin on. Jokainen perhe on yksilöllinen ja elää erilaisissa toimintaympäristöissä. Perhediakonian tehtävänä on tulevaisuudessa edistää tasa-arvoisen ja oikeudenmukaisen lapsuuden toteutumista. Tämä toteutuu, kun rakennamme ja kehitämme toimivia verkostoja seurakunnan, kunnan ja järjestöjen kesken. Samalla vahvistamme asiantuntijuutta ja digitaalisia palveluita.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Airaksinen, S., Jääskeläinen, A. & Koisti, P. (2019). *Parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen Lapin seurakunnissa: Turva-hankkeen tuloksia*. (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma). Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019111921605>
- Perhelähtöisen seurakunnan suuntaviivat (2020). Kirkkohallitus. Saatavilla <https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/aikuiset-ja%20-perhe/perhelahtoisen-seurakunnan-suuntaviivat>
- Rundgren, M. (2008). *Perhediakonia vaikeissa olosuhteissa elävien perheiden tukena*. (YAMK-tutkinnon opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma).
- Rättyä, L. (2009a) *Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa*. Kuopio: Kuopion yliopisto (Väitöskirja, Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1309-7>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (LAPE). Saatavilla 20.3.2020 <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lapsi-ja-perhepalveluiden-muutosohjelma-lape->

Mirva Heikkilä-Tyni ja Riina Viitala

13 DIAKONISSAT MIELENTERVEYDEN EDISTÄJINÄ, TOIVON JA VOIMAVAROJEN TUKIJOINA

Mielenterveyden edistämisen osaaminen on osa diakonista hoitotyötä ja sairaanhoitaja (AMK) -diakonissan asiantuntijuutta. Seurakunnissa toimivien diakonissojen asiakkaista lähes 70 prosentilla on mielenterveyden haasteita. Diakonissojen toteuttaman mielenterveyden edistämisen lähtökohtana on positiivinen mielenterveys ja voimavaralähtöisyys, sillä ne korostavat mahdollisuuksien ja toivon näkökulmia. Diakonissojen mielenterveyden edistäminen toteutuu sekä yksilö- että yhteisötasolla.

Johdanto

Mielenterveyden edistäminen on yhteiskunnan hyvinvoinnin, yksilön elämänlaadun ja kansantalouden kannalta arvokasta. Lönnqvistin (2017) mukaan mielenterveyden häiriöitä arvioidaan olevan lapsista 15–20 prosentilla, aikuisista 20–25 prosentilla ja yli 65-vuotiaista 16–30 prosentilla. Lapsilla ja nuorilla on eniten käytös- ja mielialahäiriöitä, aikuisilla ja ikääntyneillä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia muun muassa terveydenhoidon, sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden takia (Reini 2016). Mielenterveystyön laatua voidaan arvioida rakenteiden, prosessien ja tulosten kannalta (Gaebel 2015). Campbellin ym. (2000) mielestä laatua voidaan yksinkertaisimmillaan mitata saavutettavuudella ja vaikuttavuudella (Gaebel ym. 2012).

Diakoniatyössä kohdataan usein ihmisiä, joilla on erilaisia mielenterveyden haasteita. Seurakunnan diakoniatyössä kohdataan ihmisiä, joita yhteiskunnan mielenterveystyö ei välttämättä tavoita (Kivelä 2014, 102). Marginaaliin jää huono-osaisuutta, johon diakonia pyrkii vastaamaan matalan kynnyksen periaatteella.

Seurakuntien työn vahvuutena on työntekijöiden laaja ammatillinen osaaminen. Seurakuntien diakoniatyön tehtävä on kokonaisvaltainen huolenpito lähimmäisistä. Diakonissoilla, diakonisen hoitotyön asiantuntijoilla, on laaja-alaisen

terveysalan koulutuksensa myötä kykyä ymmärtää erityisesti terveyteen ja sairau-
teen liittyviä kysymyksiä ja käsitteitä. (Kirkkohallitus 2009; Gothóni & Jantu-
nen 2010, 70; Heikkilä-Tyni 2011, 83–87; Diakonia-ammattikorkeakoulu 2020.)
Diakoniatyössä korostuu mielenterveyden edistäminen (Ranta 2011; Kotisalo &
Rättyä 2014; Gävert 2016).

Seurakunnissa tehdään monipuolista, työalarajat ylittävää työtä yhdessä eri
ammattiryhmien kanssa. Lisäksi tehdään yhteistyötä kuntien ja järjestöjen kans-
sa. Seurakuntien työssä toteutuva mielenterveyden edistäminen on osa mielenter-
veyspalveluita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a.)

Tässä artikkelissa keskitytään kuvamaan diakonisojen toteuttamaa mielenter-
veyden edistämistä seurakuntien työssä. Mielenterveyden edistämisen lähtökoh-
ta on positiivisessa mielenterveydessä, jolloin näkökulma painottuu voimavara- ja
ratkaisukeskeiseen lähestymistapaan. Mielenterveyden haasteista huolimatta ih-
misellä on aina kykyjä, voimavaroja ja toivoa.

Saadaksemme ajantasaista tietoa diakonisojen tekemästä mielenterveystyöstä
seurakunnissa, toteutimme kyselyn diakonisen hoitotyön asiantuntijoille. Kyse-
lyymme vastasi kymmenen diakonissaa. Heidän keski-ikänsä oli 47 vuotta ja työ-
kokemuksensa keskimäärin 22 vuotta. Kaikki vastaajat työskentelivät yli 30 000
asukkaan paikkakunnilla. Kyselyyn vastanneiden diakonisojen mukaan lähes 70
prosentilla diakonian asiakkaista on mielenterveyden haasteita.

Mielenterveys käsitteenä

Mielenterveys on olennainen osa terveyttä. Se ei ole pysyvä ominaisuus, vaan
mielenterveys muovautuu koko elämän ajan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
(2019b) määrittelee mielenterveyden yksilön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kan-
nalta tärkeäksi voimavaraksi.

Mielenterveyden käsitettä voidaan tarkastella sekä positiivisena että negatiivi-
sena. Negatiivisesti ajateltuna huomio kiinnittyy mielenterveyden häiriöihin tai
sairauksiin, positiivisesti ajateltuna ihmisen voimavaroihin. Maailman terveysjär-
jestön WHO:n (2013) käsitys mielenterveydestä on positiivinen. Se kuvaa mie-
lenterveyttä hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä
mielenterveyden haasteista huolimatta. Hän kykenee ottamaan osaa yhteisönsä
toimintaan. Tästä esimerkkinä on skitsofreniaa sairastava ihminen, joka kokee
elämässään myös onnea ja merkityksellisyyttä sairaudesta huolimatta (Valkonen
2019). Positiivinen mielenterveys on voimavara, jolla voidaan lisätä mielen hyvin-
vointia. Positiivisen mielenterveyden tukeminen suojaa sairauksia vastaan, auttaa

selviytymään niiden kanssa ja edistää toipumista. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016.)

Mielenterveyttä voidaan ajatella myös jatkumona. Kukaan ei ole täysin terve tai sairas vaan sijoittuu mielenterveyden jatkumossa kohtaan, johon vaikuttaa moni asia elämänsä elämässä. Salutogeenisuus (Aaron Antonovsky) viittaa terveyden alkuperään, niihin terveyttä synnyttäviin ja tukeviin tekijöihin, jotka liikuttavat ihmistä terveysjatkumon positiiviseen päähän pitäen toiset ihmiset terveempinä kuin toiset. Kaikki ihmiset altistuvat stressille, mutta ihmisten välillä on eroja sopeutumisessa stressaavaan tilanteeseen tai ympäristöön. On havaittu, että esimerkiksi taloudellisesti paremmin toimeen tulevat sopeutuvat stressaavaan ympäristöön helpommin, heillä on enemmän resursseja stressistä selviämiseen ja he ovat terveempiä kuin heikommassa asemassa olevat ihmiset. (Vinje ym. 2017.)

Antonovskyn (1987) mukaan salutogeenisuus on koherenssin tunnetta (SOC, sense of coherence). Koherenssin tunne on eräänlainen ihmisen, mutta erityisesti yhteisön elämänasenne. Se on luottamuksen tunnetta ympäristön ennustettavuudesta ja asioiden järjestymisestä parhaalla mahdollisella tavalla. Koherenssin tunne yhteisössä syntyy esimerkiksi rituaaleista, kielestä ja huumorista, jotka auttavat sen jäseniä stressin hallinnassa. Koherenssin tunne on sitä, että elämä tuntuu ymmärrettävältä, hallittavalta ja merkitykselliseltä. Tärkeämpää kuin saada tukea on tunne siitä, että on hyödyllinen muille. (Vinje ym. 2017.)

Koherenssin tunne on olennainen osa resilienssiä eli psyykkistä joustavuutta vastoinkäymisten kohdatessa. Resilienssi on positiivisen mielenterveyden tärkeä ulottuvuus. Se kuvaa ihmisen sinnikkyyttä selvitä eteen tulevista haasteista luovuttamatta. Resilienssi on sekä ihmisen ominaisuus että taito, jota voidaan lisätä. Näitä taitoja voivat olla ongelmanratkaisukyky, joustavuus, itsesäätelykyky ja optimismi. (Poijula 2018, 16–21; Mieli 2020a.) Hengellisyys ja elämän tarkoituksen löytyminen lisäävät resilienssiä (Poijula 2018, 198–205).

Mielenterveyden haasteet diakonian asiakkailta

Vuoden 2016 diakoniabarometrin (Gävert 2016, 27) mukaan diakoniatyöntekijöistä 23 prosenttia kertoi kohtaavansa psyykkisesti sairaita päivittäin ja lähes 50 prosenttia viikoittain. Myös Kinnusen (2009, 73), Hiilamon, Häkkisen ja Kinnusen (2011, 16) sekä Kotisalonen ja Rättyän (2014, 68) selvityksissä todetaan, että diakonian asiakkaista suurella osalla on mielenterveyden häiriöitä. Diakonian asiakkailla on myös esimerkiksi yksinäisyyttä, surua ja kaltoinkohtelua (Kotisalonen & Rättyä 2014, 62). Nämä haastavat elämäntilanteet kuormittavat mieltä ja

vaikkeuttavat jaksamista. Omassa kartoituksessamme diakonissat kertoivat, että mielenterveyden ongelmia oli keskimäärin 67 prosentilla heidän kohtaamistaan asiakkaista. Sen vuoksi diakonissan kyky tunnistaa ja kohdata terveyttä ja hyvinvointia uhkaavia tekijöitä sekä tukea ihmisen voimavaroja on keskeistä heidän työssään.

Rättyä ja Kotisalo (2014, 75) kuvaavat raportissaan, että diakonian asiakkaila on hyvin monenlaisia mielenterveyden haasteita. Tämä ilmeni myös kyselytämme. Asiakkailla oli *diagnosoituja mielenterveyden häiriöitä* kuten masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, paniikkihäiriötä, skitsofreniaa ja riippuvuus-sairauksia. Muita mielenterveyden haasteita olivat psykoottisuus, erilaiset pelkotilat, ahdistus, itsetuhoisuus, pakko-oireet ja persoonallisuushäiriöt. Diakonissojen mielestä useat diakonian asiakkaat ovat moniongelmaisia. Mielenterveyden haasteet ovat siis usein yhteydessä fyysisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin vaikeuksiin. Tuoreimman sosiaalibarometrin (Eronen ym. 2019) mukaan useiden ongelmien kanssa kamppailevien hyvinvointi on selvästi heikentynyt viiden viime vuoden aikana. Erityisesti nousivat esille mielenterveyskuntoutujat, ylivelkaantuneet ja maahanmuuttajat.

Huono-osaisuus ja sairaus liittyvät usein toisiinsa; köyhyys sairastuttaa ja sairaus köyhdyttää (Hiilamo ym. 2011, 9). Vakava sairastuminen johtaa usein ansionmenetyksiin, jopa pitkäaikaiseen työttömyyteen, joka puolestaan altistaa psyykkisille sairauksille stressaavan elämäntilanteen ja syrjään joutumisen vuoksi (Gävert 2016, 28–29). Myös kyselymme mukaan mielenterveyden haasteilla on monenlaisia taloudellisia seurauksia kuten työttömyyttä ja pienituloisuutta. Taloudelliset haasteet puolestaan aiheuttavat mielenterveyden haasteita.

Huomattava osa diakoniatyön asiakkaista saa *toimeentulotukea*. Toimeentulotukiasiakkaat ovat masennuksen ja muiden mielenterveysongelmien suhteen heikommassa asemassa muuhun väestöön verrattuna. Hannikainen-Ingmanin, Kuivalaisen ja Sallilan (2013, 129) mukaan etuuskäsittelyyn painottuvassa kuntien toimeentulotukityössä osa asiakkaista on jäänyt ”pysyvästi” kirjalliseen käsittelyyn ja syrjään varsinaisesta sosiaalityöstä. Heitä ovat usein pitkään työttömänä olleet ihmiset, joiden tilanteen taustalla voi olla mielenterveys- tai päihdeongelmaa. Vuoden 2017 alussa voimaan tulleen toimeentulotukimuutoksen myötä perustoimeentulotuen myöntäminen on siirtynyt Kelalle (Isomäki ym. 2018, 27; Kela 2019). Sen lisäksi kunnan sosiaalitoimi käsittelee täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen hakemukset (Kela 2020). Yhdenvertaisuuspyrkimyksensä ja muutoksesta huolimatta diakoniatyöntekijät ovat kokeneet, ettei sosiaalityö ole kohdannut asiakkaita entistä paremmin tai nopeammin. Diakoniatyönteki-

jät ovat joutuneet avustamaan asiakkaitaan kirjallisten hakemusten tekemisessä (Isomäki ym. 2018, 28). Useinkaan apua hakevilla ei ole selkeää käsitystä siitä, milloin kuuluu hakea Kelan perustoimeentuloa ja milloin kuntien myöntävää täydentävää ja ehkäisevää toimeentulotukea. (Eronen ym. 2019.)

Mielenterveyden haasteiden myötä toimintakyky laskee ja asioiden hoitaminen vaikeutuu. Erityisesti lisääntynyt sähköinen asiointi vaikeuttaa palveluiden käyttämistä päihde- ja mielenterveyskuntoutujilla. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvä *itseohjautuvuuden vaatimus* voi vähentää palveluihin ohjautumista (Eronen ym. 2019). Vuoden 2018 diakoniabarometrissa tuodaan esille diakoniatyöntekijöiden erityinen huoli digitalisaation synnyttämästä eriarvoistumisesta ja digisyrjäytymisestä. Ne ihmiset, joilla ei ole osaamista tai varaa hankkia digitaalisia laitteita voivat syrjäytyä. (Gävert, Malkavaara & Porkka 2018, 163.)

Palvelujen saatavuudessa ja terapiakulujen korvauskäytännöissä on eroja kuntain. Hoitoon ja kuntoutukseen pääsy vaihtelee paikkakunnan ja varallisuuden mukaan. Lisäksi yli 65-vuotiaat eläkeläiset eivät saa Kelan psykoterapiaa (Kela 2020). Sairaalahoidoakin saavat vain todella huonokuntoiset. On näyttöä siitä, että joustava hoitoon pääsy ja monipuoliset avopalvelut vähentävät muun muassa itsemurhien määrää. (Näätänen ym. 2017.) Hoitoon pääsyn vaikeus näkyy myös kyselyyn osallistuneiden diakonissojen työssä. Vastaajan kertoivat kuntien pitkistä hoitajonoista, asiakkaiden vaikeudesta löytää toimiva ja riittävän pitkäaikainen hoitosuhde sekä sopiva lääkitys. Mielenterveyden haasteista kärsivillä ilmeni myös vaikeutta huolehtia itsestä, turvattomuutta ja asunnottomuutta, vaikeutta vastaanottaa apua sekä päihteiden käytöstä johtuvia henkisiä ja fyysisiä oireita.

Yksinäisyys on yksi isoimmista haasteista diakoniatyössä. Asiakkaina on yksinäisiä ihmisiä vuosi vuodelta enemmän. Tämä on merkittävä havainto, koska yksinäisyydellä on todettu olevan selkeä yhteys mielenterveyden haasteisiin ja päihteiden käyttöön. (Isomäki ym. 2018, Kinnunen 2009.) Saaren (2016, 130–139, 147) mukaan lapsuuden vaikeat olot ja torjutuksi tulemisen kokemukset kuten omat tai vanhempien terveysongelmat, perheen sosioekonominen asema ja vanhempien päihteiden käyttö voivat synnyttää mielikuvan omasta voimattomuudesta ja mitättömyydestä. Nämä tuntemukset vaikuttavat myöhemmin koettuun yksinäisyyteen. Tästä samasta raportoivat kyselyyn vastanneet diakonissat, jotka kertoivat asiakkaidensa yksinäisyydestä ja sosiaalisten suhteiden vaikeudesta. Vaikeuksien taustalla saattoi olla esimerkiksi koulukiusaamista, henkistä tai fyysistä väkivaltaa tai haasteita lapsuudenperheessä. Heidän mukaansa yksinäisyyden kokemusta ja mielenterveyden haasteita esiintyi useissa ikäryhmissä ja elämäntilanteissa. Erityisesti mainittiin yksinasuvat, nuoret, lapsiperheet ja ikääntyneet.

Yksin asuvien mielenterveyttä saattavat diakonissojen mukaan koetella haastavat olosuhteet kuten parisuhteen puuttuminen, työttömyys, taloudelliset ongelmat, asunnon saaminen ja väkivalta. Ne voivat aiheuttaa eristäytymistä, ulkopuolisuuden kokemusta, rajattomuutta, sairauksien havaitsemattomuutta ja hoitamattomuutta.

Nuorten mielenterveyttä haastavat kyselyyn vastanneiden diakonissojen mukaan opiskelupaikan löytyminen, opintojen loppuun saattaminen, työllistyminen, asunnon hankkiminen ja ihmssuhdehuolet. Laskeneen mielialan taustalla voivat olla nuoruuden tuomat elämänmuutokset tai jo lapsuuden ajan kokemukset (Isomäki ym. 2018). *Lapsiperheiden* mielenterveyttä ja jaksamista kuormittavat tukiverkoston ohuus tai puuttuminen, parisuhdeongelmat, yksinhuoltajuus, huoltajuusristiriidat, osaamattomuus, peliriippuvuus ja työttömyys. Samansuuntaisia lapsiperheiden haasteita toivat esiin Kotisalo ja Rättyä (2014, 43–44) selvityksessään. Vuoden 2019 sosiaalibarometrin mukaan tuen tarvetta on erityisesti nuorilla ja lapsiperheillä. Nuorista 20–29-vuotiaista aikuisista lähes 20 prosentilla on merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta, johon sisältyy mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä. (Näätänen ym. 2017.)

Keski-ikäisten mielenterveyden haasteeksi mainittiin erityisesti terveysongelmat. *Ikääntyvien ja ikääntyneiden* elämää kuormittaviksi tekijöiksi diakonissat nimesivät erilaiset sairaudet, liikuntakyvyn heikkenemisen, muistisairaudet ja arjesta selviytymisen. Lisäksi ikääntyneillä oli huolta läheisistä ja menetyksistä johtuvaa surua. Myös palvelujen puute ja yhteiskunnan digitalisoitumisen kerrottiin haittaavan ikäihmisiä. Heikkilä-Tynin (2011, 48) selvityksessä tuli esille ikääntyneiden mielenterveyden haasteet kuten yksinäisyys ja masennus. Rättyän ja Kotisaloon (2014, 53–55) tutkimuksessa mainittiin ikääntyneiden elämään haastaviksi tekijöiksi muun muassa kotitöiden raskaus ja elintapoihin liittyvät ongelmat. Kyselyyn osallistuneiden diakonissojen mukaan *kaikkia ikäryhmiä* kuormittivat taloudelliset ongelmat ja päihderiippuvuudet.

Mielenterveyden häiriöistä kärsiviin henkilöihin kohdistuva *häpeäleima* (stigma) on yleistä ja se hankaloittaa avun hakemista. Aromaa ja Aromaa ym. (2011) selvittivät häpeäleimaa ja sen yhteyttä mielenterveyspalveluiden käyttöön. Vaikka sairastumista ei pidetä sairastuneiden omana syynä, väestö koki toipumisen olevan mielenterveyskuntoutujien omalla vastuulla. Lisäksi häiriöiden paljastumisesta aiheutui kielteisiä seuraamuksia kuten esimerkiksi ystävien kaikkoamista ja syrjivää kohtelua terveyspalveluissa. Mielenterveyskuntoutujat leimautuvat helposti muiden silmissä, mutta myös omassa silmissään ja häpeävät sairauttaan. Esimerkiksi masennusta sairastavista 79 prosenttia on kokenut syrjintää, 37 pro-

senttia ei enää tee aloitteita löytääkseen läheisen ihmissuhteen, 25 prosenttia on lopettanut työnhaun ja 20 prosenttia koulutukseen hakeutumisen (Lasalvia ym. 2013). Mielenterveysongelmista ei myöskään mielellään kerrota työpaikalla, sillä pelkona on työpaikan, arvostuksen tai aseman menettäminen (Mielenterveysbarometri 2019).

Mielenterveysbarometrin (2019) tulokset vahvistavat mielenterveyden haasteisiin liittyvää stigman kokemusta. Lähes joka toinen mielenterveysongelmia kokenut on ajatellut joutuneensa leimatuksi mielenterveyshäiriönsä vuoksi. Myös sairastuneiden läheisistä lähes puolet uskoo sairastuneen lähiomaisensa tulleen leimatuksi. Mielenterveystyön ammattilaisten näkemys asiasta on synkempi, sillä yli 60 prosenttia uskoo, että mielenterveyden ongelmia kokevat joutuvat leimatuksi. Niiden määrä, jotka eivät toivo mielenterveyshaasteista kärsivää naapuriinsa, on kasvanut neljä prosenttia vuodesta 2017. Edelleen siis voidaan havaita ilmiö ”pois silmistä, pois mielestä”. Myös diakonissoille tehdyssä kyselyssä nousi esiin asiakkaiden stigman kokemus. Erityisesti mainittiin vankilasta vapautuneiden ja maahanmuuttajien kokema häpeä.

Mielenterveyden edistämisen näkökulma

Mielenterveyden edistäminen on toimintaa, jonka tavoitteena on lisätä vahvistavia ja suojaavia tekijöitä. Yksilötasolla vahvistetaan esimerkiksi ihmisen itsetuntoa ja elämänhallintaa. Yhteisötasolla vahvistetaan sosiaalista tukea ja osallisuutta. Rakenteiden tasolla turvataan taloudellista toimeentuloa sekä tehdään epätasa-arvoa ja syrjintää vähentäviä yhteiskunnallisia päätöksiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.)

Mielenterveyden edistäminen voi olla promotiivista eli mahdollisuuksien luomista tai preventiivistä eli varsinaisten sairauksien ehkäisyä ja niiden seurauksien pienentämistä. Preventiivinen terveyden edistäminen voidaan jakaa kolmeen tasoon, sairauksien primaariseen, sekundaariseen ja tertiaariseen ehkäisyyn. Primaaripreventio pyrkii ehkäisemään mielenterveyden häiriön synnyn muun muassa päihdevalistuksella. Sekundaarinen ehkäisy pyrkii sairauksien varhaiseen toteamiseen esimerkiksi psyykkisten oireiden tunnistamisella. Tertiaarinen pyrkii torjumaan sairauden etenemisen ja sairaudesta kuten masennuksesta johtuvien haittojen pahenemisen. (Koivu & Haatainen 2010, 76–95; Terveyskirjasto 2020.)

Kansanterveyden ja terveyden edistämisen ohjaus- ja valvontavastuu on Suomessa sosiaali- ja terveysministeriöllä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyspalveluiden lainsäädännöllisenä perustana

on Suomen perustuslaki (L 731/1999), joka määrittää yksilön perusoikeudet yhdenvertaiseen kohteluun terveydentilasta riippumatta. Muita mielenterveyden edistämistä ohjaavia lakeja ovat muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992), terveydenhuoltolaki (L 1386/2010), kansanterveyslaki (66/1972), laki kansanterveyslain muuttamisesta (L 928/2005), kuntalaki (L 410/2015) ja mielenterveyslaki (L 1116/1990) sekä laki terveydenhuolloin ammattihenkilöistä (L 559/1994).

Suomalaisten mielenterveydessä ei ole havaittavissa samanlaista myönteistä kehitystä kuin fyysisessä terveydessä. Tästä syystä on tärkeää, että mielenterveyden edistäminen on terveyden edistämisen keskiössä. (Wahlbeck ym. 2017.) Sosiaali- ja terveysministeriö (2020) on käynnistänyt ohjelman nimeltä Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Ohjelma sisältää mielenterveysstrategian valmistelun. Strategiassa on vahva mielenterveyden edistämisen näkökulma. Sen viisi painopistealuetta ovat mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa, mielenterveysoikeudet, ihmisen tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut ja hyvä mielenterveysjohtaminen.

Voimavara- ja ratkaisukeskeinen mielenterveyden edistäminen diakonisessa hoitotyössä

Yksilötasolla

Voimavara- ja ratkaisukeskeinen menetelmä on laajasti käytössä terveys- ja sosiaalialalla sekä kirkon työssä. Evankelis-luterilaisen kirkon kentälle työskentelytavan ovat tuoneet professori Elam Nunnaly ja rovasti, perhetyön kouluttaja Liisa Tuovinen (Gothóni 2014, 33). Menetelmä soveltuu hyvin diakoniatyöhön ja siellä toteutettavaan mielenterveyden edistämiseen. Sitä voidaan hyödyntää sekä lievempien mielenterveyden ongelmien että haastavien häiriöiden hoitoon (Furman 2017). Diakoniatyössä menetelmän käyttöä puoltavat useiden asiakassuhteiden lyhytkestoisuus ja keskittyminen ihmistä tukeviin positiivisiin voimavaroihin. Menetelmään liittyy vahva toivon näkökulma, joka voimauttaa myös työntekijää. Ratkaisukeskeinen työtapana on salliva ja siihen voidaan liittää muista auttamistavoista tuttuja ideoita kuten esimerkiksi kognitiivisen terapian harjoituksia tai motivoivaa haastattelua.

Kyselyyn vastanneet diakonissat kuvaavat diakoniatyötä matalan kynnyksen luottamuksellisena kohtaamispaikkana, jossa voi keskustella mieltä kuormittavista asioista. Apu on helposti kaikkien saatavilla riippumatta kirkon jäsenyydestä tai

elämänhaasteen luonteesta. Palvelu on myös maksutonta eikä se sijoitu vain vastaanottotiloihin. Kotikäyntien tekeminen on aina kuulunut diakonisojen työkuvaan. Kirkon työntekijä koetaan turvalliseksi, luotettavaksi ja arvostetuksi ammattilaiseksi. Vastaajien mukaan mielenterveyden haasteista kärsivät ottavat yhteyttä diakoniatyöntekijöihin, koska heillä on aikaa kohdata asiakas kasvotusten, kyky kuunnella ja kulkea rinnalla tarvittaessa pidemmänkin aikaa. Heidän kanssaan voi halutessaan keskustella myös hengellisistä ja eksistentiaalisista kysymyksistä. Kotisalo & Rättyä (2014, 88) havaitsivat tutkimuksessaan, että diakonissat kokevat hengellisyyden terveyttä suojaavana ja edistävänä tekijänä. Se antaa elämäniloa, tasapainoa ja toivoa. Diakoniatyössä läsnä olevan hengellisen ulottuvuuden vuoksi mielenterveyskuntoutujat ja päihdeongelmista kärsivät saattavat hakeutua diakonian avun piiriin ja seurakunnan toimintaan. Lisäksi työntekijä on asiakkaan ääni yhteistyötahojen suuntaan.

Ratkaisukeskeisyyteen yhdistyy kiinteästi Milton Ericksonin ajatus: ihmisellä on ratkaisu ongelmaan, mutta hän ei vielä tiedä sitä itse (Aarninsalo & Mattila 2012, 154). Ratkaisukeskeisyys kiinnittyy läheisesti terveyden edistämisen salutogeeniseen malliin, joka korostaa terveyttä ja ihmisen voimavaroja. Painopiste ei ole sairauden tai ongelman syitä selvittävässä patogeneesissa (Antonovsky 1987, mukailtu Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 29). Kielellä on keskeinen rooli ratkaisukeskeisyydessä. Miksi-kysymysten sijaan keskitytään kuka-, mitä-, miten-, milloin- ja kuinka-kysymyksiin. Ratkaisukeskeinen puhetapa on myönteistä ja muutosta edistävää diskurssia. Sen vastakohta on ongelmapuhe, joka keskittyy pelkästään ongelmiin ja ylläpitää niitä. Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen kunnioittava kieli etsii mahdollisuuksia, onnistumisia, valmiuksia ja kykyjä, toivoa ja tulevaisuutta. (Malinen 2003; Berg & De Jong 2008.) Myös kyselymme tuloksissa diakonissat korostavat asiakkaan kohtaamisessa voimavaroja etsivää ja toivoa luovaa keskustelua. Olennaista on mieltää asiakas vastuulliseksi toimijaksi elämäänsä ja tukea häntä käyttämään olemassa olevia voimavarojaan.

Ratkaisukeskeisen lähestymistavan *asiakaslähtöisyys* näkyy siinä, että auttaja huomioi asiakkaan omat *tavoitteet*. Tämä lähtökohta oli keskeinen kyselyyn vastanneiden diakonisojen työssä. Psykiatriassa diagnoosi nähdään herkästi pysyvänä ominaisuutena, mikä antaa vain vähän keinoja tilanteen muuttamiseen. Sen sijaan ratkaisukeskeisyydessä tavoite on asiakkaan oma, konkreettinen, positiivisesti määritelty ja se näkyy käyttäytymisen tasolla. Se kuvaa jonkin alkamista loppumisen sijaan ja on saavutettavissa oleva. (Aarninsalo & Mattila 2012, 153.) Ratkaisukeskeinen haastattelu lähtee usein liikkeelle siitä, millaista asiakkaan elämä olisi, jos hänen ongelmansa olisivat jo ratkenneet tai helpottuneet (ihmeky-

symykset). Tähän liittyy ajatus, että ongelmat ovat eräänlaisia tienviittoja kohti *toivottua tulevaisuutta*. (Mattila 2011, 166.)

Voimavara- ja ratkaisukeskeisen työskentelyn avulla voidaan hahmottaa ihmisen ongelmaan sisäänrakennetut muutostoiveet. (Aarninsalo & Mattila 2012, 157.) Keskustelussa kiinnitetään huomiota myönteisiin *poikkeustilanteisiin*, jolloin ongelmaa ei ole tai se on ollut lievempi. Niissä tilanteissa ihminen on toiminut toisin. Näitä poikkeuksia pyritään tekemään näkyviksi kysymällä esimerkiksi, milloin olosi oli parempi. Jatkokeskusteluissa voidaan esimerkiksi asteikkokysymyksillä tarkistaa, onko toivottu tulevaisuus, ”hyvä elämä”, jo lähempänä. (Berg & De Jong 2008, 105–112.)

Voimavara- ja ratkaisukeskeisen menetelmän yksi tunnuspiirre on siis asioiden näkeminen uudessa valossa. Tätä kutsutaan näkökulman vaihtamiseksi tai *uudelleen määrittelyksi*. Asioiden näkemistä uudessa valossa toteutetaan muun muassa edellä mainituin ihme- ja poikkeuskysymyksin. Mattilan (2011, 22–24, 166) mukaan ”toisin käsittämisen myötä” vaikea menneisyys voidaan hahmottaa myönteiseksi voimavaraksi. Masennuskin voidaan nähdä ”elämän tienhaarana”, jossa auttaja etsii asiakkaan kanssa vaihtoehtoisia tulevaisuuden visioita. Myös ulkoistamisen avulla voidaan luoda uutta näkökulmaa. Siinä korostetaan, että ihmisellä on ongelma, mutta hän ei ole ongelma. Menetelmä auttaa ihmistä irtautumaan ongelmastaan, mutta ei poista henkilökohtaista vastuun ottamista. (White 2008, 125.)

Menetelmän lähestymistapaa kohtaamisessa kuvaa auttajan *ei-tietämisen asenne*, josta voidaan puhua toisella nimellä ”tietämättömyytensä”. Se tarkoittaa, että auttaja kykenee kyseenalaistamaan omat olettamuksensa ja tietämyksensä sekä sietämään epävarmuutta. (Pruuki 2009, 13–15.) Ei-tietämisen asenne auttaa kuulemaan tarinan kohdattavan näkökulmasta (Berg & De Jong 2008, 30–31). Sama ajatus voitiin havaita myös kyselyyn osallistuneiden diakonissojen vastauksissa. He korostivat ihmisen elämäntarinan kuuntelemisen ja kärsivällisyyden merkitystä sekä kunnioittavaa ja arvostavaa asennetta ihmisen elämää ja kokemuksia kohtaan.

Ratkaisukeskeisyyden kulmakivi on positiivisten ja voimaannuttavien asioiden vahvistaminen. Omien heikkouksien tunnistamisen ja tunnustamisen lisäksi on tärkeä löytää omat vahvuudet. Siihen tarvitsemme palautetta toisilta ihmisiltä. Dialogin avulla näemme asiat uudessa valossa ja rikastamme omaa ymmärrystämme. Ihminen tarvitsee toisten esittämiä näkemyksiä, kokemuksia ja vastaväitteitä kasvaakseen oman rajoittuneen minänsä yli. (Mattila 2011, 20.) Emme aina voi muuttaa asioita tai tapahtunutta, mutta voimme päättää, miten niihin suhtaudumme.

Palautteen antaminen ja saaminen ovat avaimia ”todellisen minän” esille tulemiseen. Myönteinen palaute lisää resilienssin sekä pystyvyyden tunnetta sekä yhteyden kokemusta toisiin ihmisiin. (Heikkilä-Tyni & Niemi 2016, 131.) Myönteisten asioiden huomaaminen vaikeissakin tilanteissa auttaa ihmistä kestäämään ja selvittämään niitä paremmin. Myönteiset mielikuvat tulevaisuudesta voivat tehdä mahdolliseksi nykyisten ja menneiden vaikeuksien näkemisen vain osaksi omaa elämäntarinaa. Pienenkin positiivisen muutoksen näkeminen lisää toiveikkautta tulevaisuuteen. (Furman & Ahola 2016.)

Voimavara- ja ratkaisukeskeinen työskentelytapa hyödyntää motivoivan haastattelun elementtejä (W. Miller, 1983). Motivoivan haastattelun avulla taitava ohjaaja voimaannuttaa asiakkaan neuvomaan itse itseään elämäntapamuutoksessa. Siinäkin auttamistavassa oleellista on selvittää asiakkaan omat arvot ja tavoitteet: millainen merkitys tavoiteltavalla muutoksella on asiakkaalle, ja mitkä ovat asiakkaan käytettävissä olevat resurssit muutokseen, koska ne ohjaavat potilaan motivoitumista. Suostuttelu ja taivuttelu, käskeminen ja potilaan puolesta tietäminen vähentävät asiakkaan motivaatiota. Taustaoletuksena on, että muutoksen este on asiakkaan kokemaa ristiriitaa muutoshalun ja vanhoissa tavoissa pitäytymisen välillä. Kysymällä esimerkiksi niistä hyödyistä ja haitoista, joita asiakas nykytilanteessa kokee ja joita hän toisaalta näkee muutoksesta koituvan, ammattilainen tekee ristiriidan asiakkaalle näkyvämmäksi. Keskeisiä menetelmiä ovat avoimien kysymysten esittäminen, muutospuheen huomaaminen, heijastava kuuntelu eli asiakkaan kertoman toistaminen tai toteaminen, sekä yhteenvetojen tekeminen. Sekä ratkaisukeskeiselle työskentelytavalle että motivoivalle haastattelulle ominaista on kysyminen, kuunteleminen ja kannustaminen. (Anglé 2020.)

Kyselyyn osallistuneiden diakonissojen kohtaamisen tavoissa tuli esille ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys, kuten voimavaroja etsivä keskustelu ja elämän positiivisten seikkojen korostaminen. Kartoitus osoittaa, että diakonissat kokivat tarpeelliseksi hyödyntää ratkaisukeskeistä lyhytterapeuttista menetelmää vielä vahvemmin diakonisessa mielenterveytyössä. Diakonissat toivoivat myös sujuvaa konsultaatiomahdollisuutta hoitaviin tahoihin.

Yhteisötasolla

Voimavara- ja ratkaisukeskeinen näkökulma on yhteisötason mielenterveyden edistämisen taustalla seurakunnissa. Yksittäinen ihminen voi tunnistaa vahvuuksiaan ja voimavarojaan yhteisön kautta. Yhteisön kautta hän voi löytää sosiaalisia kontakteja ja oman merkityksensä yhteisössä. Diakonian periaatteena on nähdä ihminen toimijana, joka voi rikastuttaa omaa yhteisöään omilla

taidoillaan ja erityisominaisuuksillaan (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2020).

Yksi diakoniatyön keskeisistä tavoitteista on vähentää yksinäisyyttä ja syrjäytymistä vahvistamalla eri-ikäisten osallisuutta ja yhteisöllisyyttä (Kotisalo & Rättyä 2014, 25). Tässä auttavat esimerkiksi erilaiset kohtaamispaikat, yökahvilat, yhteisöruokailut ja olohuoneet, jotka mahdollistavat yksin elävien, nuorten, perheiden ja ikääntyvien tapaamisen ja yhdessä tekemisen, myös muiden auttamisen. Vertaistukiryhmistä esimerkkejä ovat muun muassa perhekerhot, ero- ja sururyhmät sekä riippuvuussairauksista kärsivien läheisten ryhmät. Näitä voidaan suunnitella ja toteuttaa yhdessä myös kuntien, mielenterveys- ja päihdejärjestöjen sekä toimintaan osallistuvien kanssa.

Seurakunnat tukevat työelämän ulkopuolella olevia ihmisiä tarjoamalla heille määräraaikaisia työkokeilu-, työssäoppimis-, ja palkkatukipaikkoja. Niiden kautta ihminen voi löytää reitin kohti sopivaa työ- tai opiskelupaikkaa. Vapaaehtoistyö tarjoaa kokemuksen tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä. Kuten edellä mainittujen erilaisten kohtaamispaikkojen, myös vapaaehtoistyön kautta voidaan jakaa vertaistukea, johon oma kokemus tuo osaamisen ja motivaation. (Mieli 2020b.)

Ikäihmisten mielenterveyden edistämiseksi sosiaaliset aktiviteetit ovat tehokkaita. Ne iäkkäät, joilla on vähän sosiaalista pääomaa, kärsivät muita todennäköisemmin mielenterveyden ongelmista. Sosiaaliset aktiviteetit luovat tunteen ryhmään kuulumisesta, jokapäiväisen elämän merkityksellisyydestä ja toiveikkaasta tulevaisuudesta. Mielenterveyden edistämiseksi on tarpeellista aktiivisesti ylläpitää ja vahvistaa ikäihmisten verkostoitumista. (Heikkilä-Tyni 2011; 58–62; Forsman 2012.)

Mielenterveyskuntoutujien ryhmät ovat diakoniatyön perinteistä toimintaa. Niissä tavoitetaan ihmisiä seurakunnan yhteyteen ja luodaan yhteisöjä, mutta myös jaetaan vastuuta lähimmäisten hädästä (Igendia 2013). Nämä ryhmät voivat koontua esimerkiksi kuntoutujien asumisyksiköissä, avoterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa tai vaikka seurakunnan tiloissa. Ihanteellista on, jos mielenterveyden häiriöstä kärsivä, mielenterveys- tai päihdekuntoutuja voi osallistua muiden kanssa tasavertaisesti esimerkiksi retkille tai leirille, toki voimavarojensa mukaan.

Kyselyssämme selvitimme, millaisia uusia mielenterveyttä edistäviä kohtaamisen tapoja ja käytäntöjä diakonissat haluaisivat kokeilla tai ottaa käyttöön. He kokevat tarpeelliseksi erityisesti yhteisöllisten kohtaamistapojen lisäämisen. Näitä olivat muun muassa kaikille avoimet kohtaamispaikat, avoimet kirkot ja yhteisöruokailut. Muita olivat ulkoiluystäväverkoston rakentaminen, yhteisövalmennuksen (kuten Kaapelivalmennus) toteuttaminen, luovat ryhmät (valokuvaus,

maalaus) ja voimavararyhmät. Yhteisövalmennuksen tavoitteena on tukea ihmisten vahvuuksia ja kyvykkyyksiä, jotta heidän toimijuutensa yhteisön ja oman elämän hyväksi herää (Diakonissalaitos 2020). Voimavararyhmät puolestaan ovat työelämän ulkopuolella olevien ihmisten hyvinvoinnin tukemista yhteistyössä Tampereen kaupungin työllisyys- ja kasvupalveluiden kanssa (Tampereen seurakuntayhtymä 2020). Seurakuntien ikääntyville tarkoitettua ryhmätoimintaa ovat myös ystäväpiirit, jotka tutkitusti tukevat mielenterveyttä vähentämällä yksinäisyyttä (Vanhustyön keskusliitto 2020). Edellä mainittuja voidaan toteuttaa joko seurakunnan omana toimintana tai yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Näissä yhteisötason toimintamuodoissa lähtökohtana on voimavara- ja ratkaisukeskeinen lähestymistapa.

Yhteenvedo

Kirkolla on tärkeä rooli yhtenä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarjoajana ja täydentäjänä. Seurakunnissa toimivat diakonissat kohtaavat mielenterveyden haasteista kärsiviä asiakkaita. Diakonissojen mielenterveyden edistämistyölle on selkeä tarve. Tästä yhtenä esimerkkinä on se, että seurakunnan työntekijöistä myös diakonissoja aletaan kouluttaa perheneuvonnallisiin tehtäviin. Mielenterveyserojen kaventamiseksi, mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, ongelmien ehkäisemiseksi ja hoidoksi tarvitaan vaikuttavia yhteisö-, perhe- ja yksilötason psykososiaalisia toimenpiteitä (Wahlbeck 2014). Näiden toimenpiteiden toteuttamiseksi diakonissoilla on jo peruskoulutuksen tuomaa osaamista, mutta työssä tarvitaan jatkuvaa kouluttautumista ja lyhytterapeuttisten, voimavara- ja ratkaisukeskeisten menetelmien hallintaa.

Seurakuntien toteuttaman mielenterveystyön yksi keskeinen tavoite voisi olla se, että kaikilla ihmisillä on mahdollisimman matala kynnyksensä tarjoamiin palveluihin ja yhdessäolon muotoihin. Forsman (2012) toteaa, että joskus psyykkisiin sairauksiin liittyvä epäsosiaalinen käytös voi hankaloittaa asioimista ja johtaa jopa poiskäännyttämiseen ja palvelujen ulkopuolelle putoamiseen. Tästä syystä mahdollisimman kynnyksettömien palveluiden kehittämiseksi täytyy edelleen tehdä töitä. Vinje (2017) toi esille yhteisötoiminnan näkökulman todeten, että joskus ihmistä auttaa parhaiten se, että hän kokee olevansa hyödyllinen muille. Yksinäisyys on yhteiskunnassamme suuri haaste, se on osa huono-osaisuuden kokemuksta (Saari 2016, 51). Erilaiset määräaikaisten ja tavoitteellisten vertaisryhmät auttavat pääsemään mukaan yhteisöön. Niissä voi tutkiskella ja toteuttaa itseään. Niistä voi löytää kaivatun yhteisön ja ystäviä.

Ihmisten mielenterveyden haasteet voivat olla vakavia tai lievempi oireisia. Fyysisten sairauksien tavoin psyykkiset sairaudet ja oireet voivat olla väliaikaisia. Ihmisten hyvinvoinnin tueksi tarvitaan usein monien palveluiden yhteistyötä. Helénin (2010) mukaan diagnoosit ovat väline mielenterveystyössä, koska ne tarjoavat yhteisen ammatillisen kielen. Hän kuitenkin kysyy, mitä seuraa siitä, jos ihmisten surua, epäonnistumisia, onnetonta oloa, epätoivoa ja ongelmia käsitellään esimerkiksi masennuksen kehyksessä ja niistä puhutaan masennuksen kielellä. Tässä diakonialla on tehtävänsä. Ei ole yhdentekevää, miten kohdataan ja puhutaan elämänkulkuun kuuluvista normaaleista kriiseistä ja toisaalta mielenterveyden haasteista ja niistä kärsivistä ihmisistä. Diakonissa toimii usein asianajajana ihmisten asioissa. Se antaa mahdollisuuden positiivisen mielenterveysnäkökulman viestimiseen negatiivisen ja patologisoivan mielenterveyskäsityksen sijaan. Kieli on tehokas vaikuttaja. Sen avulla voidaan vaikuttaa aina yhteiskunnan rakentemisiin saakka.

Diakoniatyöntekijät ovat verkostotyön ammattilaisia. Diakonissojen mielenterveyden edistämistyötä toteutetaan yhteistyössä kunnan ja järjestöjen mielenterveyden toimijoiden kanssa. Mutta onko palvelupolku aina selkeä? Missä määrin seurakunnan sisäiset ja ulkoiset rakenteet tai prosessit tukevat mielenterveyden edistämistä? Kyselyyn vastanneiden diakonissojen mukaan edelleen tarvitaan mielenterveyden palvelukokonaisuuden päivittämistä, hoitopolun ja rakenteiden selkiyttämistä. Tätä näkemystä peräänkuuluttaa myös vuoden 2019 sosiaalibarometri (Eronen ym. 2019). Sosiaali- ja terveysministeriö (2020) on juuri käynnistänyt Kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman vuosille 2020–2030. Mikä on Suomen evankelisluterilaisen kirkon rooli tässä prosessissa? Kirkon sisällä on useissa yhteyksissä puhuttu mielenterveystyön strategian luomisesta kokonaisuuden hahmottamiseksi. Tässä prosessissa on tärkeä arvioida työn saavutettavuutta ja vaikuttavuutta kohderyhmän näkökulmasta.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Aarninsalo, P. & Mattila, A. S. (2012). Ratkaisukeskeinen psykoterapia. Teoksessa Matti O. Huttunen & Hely Kalska (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim.
- Ahola, T. & Furman, B. (2016). *Ongelmista ratkaisuihin. Lyhytterapian perusteet*. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti.
- Anglé, S. (14.8.2019). *Motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen työskentelytapa*. Käypä hoito. Duodecim. Saatavilla www.kaypahoito.fi/nix02726.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Appelqvist-Schmidlechner, K. Tuisku, K. Tamminen, N. Nordling, E. & Solin, P. (2016). Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen Lääkärilehti*. Saatavilla <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2016/SLL242016-1759.pdf>.
- Aromaa, E. (2011). *Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. (2011). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 11, 52 (2011). Saatavilla: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-52>.
- Berg I. K. & De Jong P. (2008, 2016). *Ratkaisukeskeisen terapian oppikirja*. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti.
- Diakonia- ammattikorkeakoulu (27.1.2020). Sairaanhoidaja (AMK) Opetussuunnitelma. Saatavilla <https://www.diak.fi/hakeminen/koulutukset/amk/sairaanhoidaja/>
- Eronen, A., Londén, P. & Peltosalmi, J. (2019). *Sosiaalibarometri 2019*. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Saatavilla <https://www.soste.fi/sosiaalibarometri/sosiaalibarometri-2019/>
- Gävert, T. (2016). *Diakoniabarometri 2016*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus
- Forsman, A. K. (2012). *The importance of social capital in later life. Mental health promotion and mental disorder prevention among older adults*. Göteborg: Nordic School of Public Health NHV.
- Furman, B. (2017). *Ratkaisukeskeinen terapia: teoreettinen viitekehys ja indikaatiot*. Saatavilla <http://www.benfurman.com/blog/2018/01/09/ratkaisukeskeisen-terapia-teoreettinen-viitekehys-ja-indikaatiot/>.
- Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B., Munk-Jorgensen, P., Musalek, M., Rössler, W., Sommerland, K., Tansella, M., Thornicroft, G., & Zielasek, J. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. *European Psychiatry* 27 (2), 87–113. Saatavilla Doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.
- Gaebel, W., Großimlinghaus, I., Heun, R., Janssen, B., Johnson, T., Kurimay, P., Montellano, M., Muijen, P., Munk-Jorgensen, W., Rössler, M., Ruggeri, G., Thornicroft & Zielasek, J. (2015). European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *European Psychiatry*, 30(3), 360–387. Saatavilla <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.011>.
- Gothóni, R. & Jantunen E., (2010). *Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Gothóni, R. (2014). *Auttava kohtaaminen II. Sielunhoidon menetelmät ja käyttö*. Helsinki: Kirjapaja.
- Gävert, T., Malkavaara M. & Porkka J. (2018). Pohdintoja Diakoniabarometri 2018:n tuloksista. Teoksessa P. Isomäki, J. Lehmusmies, P. Salojärvi, & V. Wallenius (2018), *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvot*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Hannikainen-Ingman, K., Kuivalainen, S. & Sallila, S. (2013) Toimeentulotuen asiakkaiden elinolot ja hyvinvointi. Teoksessa S. Kuivalainen (toim.) *Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 81–114. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-866-7>.

- Heikkilä-Tyni, M. (2011). *"Tullee sielu ja ruumis hoiettava"*. Oulun hiippakunnan diakonisojen kokemuksia vanhusten kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä. Pro gradu -tutkielma. Teologinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.
- Heikkilä-Tyni, M. & Niemi H. (2016). Ratkaisukeskeisyys terapiassa ja sielunhoidossa. Teoksessa R. Gothóni, M. Malkavaara & M. Valtonen (toim), Muutosvoimaa: *Tutkielmia Diakista ja teologiasta*, 119–135.
- Helén, I. A. (2010). Psykiatrian muodonmuutos ja depression nousu kansantaudiksi: historiallis-sosiologinen interventio. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 17(1), 45–58.
- Hiilamo, H., Hänninen, S. & Kinnunen, K. (2011). Huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkennästä diakonian asiakkailta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48(1), 4–21.
- Igendia, M. (2013). *Diakonian asiakkaiden kokemuksia voimavararyhmästä terveyden edistäjänä*. Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma.
- Isomäki, P., Lehmusmies, J., Salojärvi, P. & Wallenius, V. (2018). *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvot*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Janhunen, A. (2015). *Kolmas sektori mielenterveystyön edistämisen tukena. Maksuttomat kolmannen sektorin palvelut aikuisille mielenterveyskuntoutujille*. Opinnäytetyö, Lapin ammattikorkeakoulu, Hyvinvointipalveluiden osaamisala.
- Kela (23.10.2019). Perustoimeentulotuen Kela-siirto. Saatavilla <https://www.kela.fi/toimeentulotuen-kela-siirto>.
- Kela (10.02.2020). Kuntoutuspsykoterapia. Saatavilla <https://www.kela.fi/documents/10192/3239760/Kuntoutuspsykoterapia.pdf>.
- Kinnunen, K. (toim.) (2009). *Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä*. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kirkkohallitus (2009). *Työryhmän raportti terveyden edistämisestä diakoniatyössä*. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kivelä, P. (2014). *Syrjässä syrjäytyneet. Pelon sosiaalipolitiikka ja verkostoyhteistyön mahdollisuudet maaseudulla*. Helsinki: Sininauhaliitto. Saatavilla https://storage.googleapis.com/sininauhaliitto-production/2017/12/111088ed-syrjassa_syrjaytyneet_kirja_sininauhaliitto.pdf.
- Koivu, A. & Haatainen, K. (2010). Mielenterveyden edistämisen näkökulmia. Teoksessa A.-M. Pietilä (toim.) *Terveyden edistäminen – teorioista toimintaan*. Helsinki: WSOY.
- Kotisalo, H. & Rättyä, L. (2014). *Diakonissat terveyden edistäjinä*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- L 731/1999 Perustuslaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.
- L 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- L 1386/2010 Terveydenhuoltolaki (voimaantulo 1.5.2011). Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- L 559/1992 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- L 66/1972 Kansanterveyslaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.
- L 928/2005 Laki kansanterveyslain muuttamisesta. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050928>.
- L 410/2015 Kuntalaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150410>.
- L 1116/1990 Mielenterveyslaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.
- Lasalvia, A., Poppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., Vasseur Bacle, S., Van Audenhove, C., van Weeghel, J., Reneses, B., Germanavicius, A., Economou, M., Lanfredi, M., Ando, S., Sartorius, N., Lopez-Ibor, JJ. & Thornicroft, G. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *The Lancet* 381(9860): 55–62. Saatavilla [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61379-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8)

- Laukkanen, M. (31.10.2017). *Perhearviointi – Perheen voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä*. Suomen mielenterveysseuran koulutuskeskus. Saatavilla <https://docplayer.fi/67712795-Perhearviointi-perheen-voimavarojen-vahvuuksien-ja-vaikeuksien-arviointimenetelma.html>.
- Leskelä L. & Luoma H. (2013). *Diakonissa mielenterveyden edistäjänä*. Opinnäytetyö, Diakoniammattikorkeakoulu, Terveyden edistämisen yamk-tutkinto.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.) (2017). *Psykiatria*. 12. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Mielenterveysbarometri 2019. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto. Saatavilla <https://www.mtkl.fi/toimintamme/julkaisut/mielenterveysbarometri2019/>.
- Mieli (2020a). *Mitä on resilienssi?* Suomen mielenterveys ry. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/sairastuminen-voi-olla-kriisi/mit%C3%A4-resilienssi>.
- Mieli (2020b). *Miksi vapaaehtoistyö lisää hyvinvointia?* Suomen mielenterveys ry. Saatavilla <https://mieli.fi/fi/tule-mukaan/vapaaehtoiseksi/>
- Näätänen, A.-M. & Londén, P. & Peltosalmi, J. (2017). *Sosiaalibarometri 2017*. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Saatavilla https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2018/11/soste_sosiaalibarometri_2017.pdf.
- Pojijula, S. (2018). *Resilienssi. Muutosten kohtaamisen taito*. Helsinki: Kirjapaja.
- Reini, K. (2016). *Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi*. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavilla https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-678-4.pdf.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suomen evankelis-luterilainen kirkko (2020). *Diakoninen mielenterveystyö*. Saatavilla <https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/diakonia/terveys/mielenterveys>.
- Tampereen seurakuntayhtymä (2020). *Diakonia- ja yhteiskuntavastuu*. Saatavilla https://tampereenseurakunnat.fi/kirkko_tampereella/seurakuntayhtyma/organisaatio/diakonia_ja_yhteiskuntavastuu.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (11.10.2019a). *Mielenterveyspalvelut*. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (10.9.2019b). *Mielenterveyden edistäminen*. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>
- Terveyskirjasto 2020. *Lääketieteen sanasto*. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03006.
- Valkonen, J. (2019) *Promootio päihde- ja mielenterveystyössä – Mistä puhutaan kun puhutaan terveyden edistämisestä*. Saatavilla: https://tietopuu.a-klinikkasaatio.fi/tietopuublogi/jukka_valkonen
- Vinje, H. F., Langeland, E. & Bull, T. (2017). Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. Teoksessa Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer.
- Wahlbeck, K., Nordmyr, J, Reini, K., Forsman, A., Aromaa, E., Nyqvist, F.& Herberts K. (2015). Länsi-Suomen mielenterveyskysely 2005–2014. Teoksessa: Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., ... Wuorio, S. (Toim.) (2015). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Miten tästä eteenpäin?* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla https://thl.fi/documents/10531/728886/THL_Wahlbeck_+Mielenterveyskysely_2015.pdf/0af29066-6e7d-4784-bd22-4dcf6e0c74d8.
- Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J. Valkonen, J. & Solantausta, T. (2017). Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Duodecim* 133(10):985–992. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/duo13731>.

Elina Turunen ja Tiina Ervelius

14 DIAKONISSA KRIITTISESTI SAIRAAAN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ

Kriittisesti sairas potilas määritellään tässä artikkelissa henkilöksi, joka on hoidossa terveydentilansa vuoksi erikoissairaanhoidon vuodeosastolla, päivystyspoliklinikalla, tehohoidon osastolla tai näitä vastaavassa yksikössä. Artikkelissa käsitellään hengellisen ja diakonisen hoitotyön merkitystä ja mahdollisuuksia kriittisesti sairaiden akuuttipotilaiden hoitotyössä. Esille tulevat ajatukset ja kokemukset on koottu kirjoituksina viideltä yliopistollisessa sairaalassa työskentelevältä sairaanhoitaja-diakonissalta.

Kriittisesti sairaan potilaan hengellinen hätä

Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyö on tiivistä yhteistyötä potilaan, läheisten ja sairaanhoitajan välillä. Hoitotyössä kohdataan usein erilaisia eettisiä tilanteita. Potilaan vointi voi vaihdella nopeasti, ja hänen tukeensa saattaa olla sukulaisia ja muita läheisiä. Terveyttä uhkaavat kriisitilanteet mahdollistavat syvällisiä keskusteluja samalla kun hoitaja turvaa potilaan elintoimintoja erilaisilla hoitotoimenpiteillä, lääkkeillä sekä laitteilla. Potilaat ja läheiset saattavat kysyä hoidon ennustetta ja omaa kohtaloaan. Kriisitilanteet avaavat mahdollisuuksia potilaslähtöisiin keskusteluihin eksistentiaalsiin elämän suuriin kysymyksiin liittyen.

Kriittisesti sairaat akuuttipotilaat kärsivät usein hengellisestä hädästä sairaalahoidon aikana ja esimerkiksi kolmasosa leikkauspotilaista kokee merkittävää hoitoon liittyvää pelkoa ja ahdistusta (Sanson ym. 2018). Hengellisyys on ihmisen henkilökohtainen ulottuvuus ja hengellinen hätä voidaan määritellä yksinäisyyden tai separaation tunteeksi. Ihminen voi kokea turvattomuutta, toivottomuutta, syyllisyyttä, pelkoa tulevaisuudesta, kuolemasta ja menetyksestä tai pohtia elämän tarkoitusta. (Ramezani ym. 2014; Fitch 2018.) Potilaalle tunteet ja ajatukset voivat olla uusia ja yllättäviä, jolloin niiden sanoittaminen tai niistä keskustelu voi tuntua vaikealta. Potilaille ja läheisille tulisi tarjota aktiivisesti mahdollisuuksia keskustella heidän hengellisistä tarpeistaan. (Fitch 2018.)

Vakavasti vammautuneella ja sairaalla hengelliset asiat usein aktivoituvat. Pyrin havainnoimaan tarvetta hengelliselle tuelle. (sairaanhoitaja-diakonissa (shd), kirurgian vuodeosasto)

Työssäni kohtaan ihmisiä, joilla on jonkinasteisia pelkoja. Nämä pelot liittyvät usein sairauteen, kuolemaan ja elämän jatkumiseen sairauden toteamisen jälkeen. Osa ihmisistä näyttää pelkonsa helposti, mutta osa peittää sen esimerkiksi huumorin alle. (shd, teho-osasto)

Merkittävä osa sairaalahoidossa olevista potilaista kokee myös hoitoyksinäisyyttä, mikä voi ilmetä hylätyksi ja unohdetuksi tulemisen kokemuksena. Hoitoyksinäisyys voi liittyä suhteeseen maailmaan, Jumalaan, fyysiseen ympäristöön, hoitavaan ammattilaiseen, perheeseen ja läheisiin, sosiaaliseen verkostoon tai omaan itseensä. (Karhe 2017.) Eksistentiaalinen yksinäisyys on yhteyden menettämistä muihin ihmisiin ja kaikkeuteen, mikä voi ilmetä eristäytymisen, muukalaisuuden, tyhjyyden ja hylätyksi tulemisen tunteina. Sairaanhoitajilla on eettinen velvollisuus tunnistaa potilaiden eksistentiaalinen yksinäisyys ja kohdata potilaat tunnetasolla. (Bolmsjö ym. 2019.)

Hengellinen ja diakoninen hoitotyö hoitotieteessä

Diakoninen hoitotyö pohjautuu teologiaan sekä caring-teoriaan perustuvaan hoitotieteeseen. Ihminen nähdään holistisena eli kokonaisvaltaisena eksistentiaalisena yksilönä. Diakoninen hoitotyö voidaan määritellä ammatilliseksi palvelemiseksi, jossa hoitotyön auttamismenetelmien lisäksi hyödynnetään karitatiivisia ja liturgisia menetelmiä. (Myllylä 2004.) Caring-teoriaan liitetään huolenpidon ja lähimmäisen rakkauden näkökulmia, ihminen käsitetään kokonaisvaltaisena olentona, jossa yhdistyvät fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen ulottuvuus. Caring-teoria tunnistaa vahvasti eri ulottuvuuksien välittömät vaikutukset toisiinsa, esimerkiksi potilaan hengellisen hädän suhteen potilaan kokemaan kipuun tai leikkauspotilaan kokeman pelon yhteyden anestesian onnistumiseen ja potilaan toipumiseen. (Eriksson 1988, Watson 2012.)

Diakoninen hoitotyö on suurimmalle osalle vierasta. Kun käsitettä lähtee avaamaan, huomataan, että kyseessä on varsin tavallinen asia. Siihen liittyy pyyteetön auttaminen, tasavertainen kohtaaminen, potilaan ja omaisten rinnalla kulkeminen, ohjaus, toivon antaminen, pelkojen kohtaaminen ja lieventämi-

nen sekä sanaton läsnäolo. Samat asiat kuuluvat kaikkien sairaanhoitajien työtehtäviin. Jostain syystä kipeimmät elämiseen ja olemiseen liittyvät kysymykset ja pohdinnat tunnutaan haluavan ulkoistaa sairaalapastorille. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Hengellinen hoitotyö on aktiivista läsnäoloa, yhteyden luomista, oman persoonan käyttämistä hoitotyössä, hienovaraista tunteiden sallimista ja tarkastelua, potilaskeskeisyyttä ja tarkoitusten etsimistä. Hengelliseen hoitotyöhön voi liittyä potilaan kulttuuritaustan mukaisten uskonto- tai muiden traditioiden mahdollistamista, niissä tukemista sekä ammatillista osallistumista. Hengellisen hoitotyön auttamismenetelmillä kuten aktiivisella kuuntelulla ja läsnäololla voidaan ehkäistä potilaiden kokemaa hengellistä hätää ja hoitoyksinäisyyttä. Hengellinen hoitotyö edistää potilaiden hengellistä hyvinvointia, psyykkistä eheyttä sekä tyytyväisyyttä hoitoonsa. Hoitajien näkökulmasta hengellisen hoitotyön toteuttaminen voi vahvistaa heidän tietoisuuttaan ihmisen hengellisyydestä ja edistää hoitajien kokemaa työtyytyväisyyttä. (Ramezani ym. 2014.)

Kohtaamisessa hoitajan ja potilaan todellisuudet leikkaavat toisiaan hetkelisesti ja muokkaavat molempien tulevaisuutta (Watson 2012). Kohtaaminen edellyttää ymmärrystä kulttuurisensitiivisestä hoitotyöstä ja haastaa omien ennakkokäsitysten ja -luulojen tiedostamiseen ja pohdintaan. Potilaan kohtaaminen henkilökohtaisella ja hengellisellä tasolla on osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Hengellinen hoitotyö edellyttää emotionaalista älykkyyttä ja empatiakykyä, joita voidaan kehittää jatkuvalla reflektiolla. (Beauvais ym. 2014.)

Hengellisen ja diakonisen hoitotyön auttamismenetelmät

Kriittisesti sairas potilas saatetaan nähdä sairauksiensa tai oireidensa ilmentymänä, jolloin korostuu ammatillinen taito nähdä ja kuulla potilasta hengellisenä yksilönä. Kriittisesti sairaan potilaan hoitotoimenpiteet ja hoitotyön auttamismenetelmät valikoituvat hoitolinjauksien ja yksilöllisten tilanteiden mukaisesti, samat hoitotyön auttamismenetelmät eivät välttämättä sovi kaikille potilaille. Kriittisesti sairaiden potilaiden fyysiset terveysongelmat ovat usein helposti havaittavissa ja niitä seurataan systemaattisesti tarpeisiin vastaten. Myös potilaiden ja läheisten hätä ja huolet tulee huomioida ja kohdata osana kokonaisvaltaista ja laadukasta hoitotyötä. (Pyykkö 2004.)

On vammaa, vaikeaa ja helpompaa, mutta ihminen onnistuu. Olen läsnä omana itsenäni, läsnä ihmisenä ihmisen rinnalla ja yritän aina kohdata pinnan alta sen, kuka sinne on vamman alle joutunut piiloutumaan, selviytymään. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Hengellisen ja diakonisen hoitotyön auttamismenetelmillä voidaan vastata potilaiden ja läheisten hengelliseen hätään sairaalahoidon aikana. Esimerkiksi ammatillisella kosketuksella voidaan vaikuttaa potilaan verenpaineeseen, hapettumiseen, kipuun, mielialaan ja levottomuuteen sekä edistää potilaiden unen saantia. Kosketuksella voi myös olla myönteisiä emotionaalisia vaikutuksia hoitajan omaan työssäjaksamiseen. (Anderson ym. 2017.) Kosketuksen merkitystä kuvataan laajemmin Raili Gothónin artikkelissa toisaalla tässä teoksessa.

Kosketus on kaikista tärkein ja tiedän, että moni nuori hoitaja ei uskalla koskettaa – oikeasti koskettaa. En minäkään kosketa, jos näen ettei se ole sopivaa, mutta uskallan halata, silittää kädestä tai poskesta. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Kosketus on minulle tärkeää ja luonnollinen asia hoitotyössä. Kun sanoja ei ole, kosketus, läsnäolo ja empaattinen kuuntelu riittävät. Halaus on myös tärkeää ja monesti halaan työtovereita ja ajoittain myös kuntoutujia. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Läsnäolo on moniulotteinen fyysistä läsnäoloa laajempi ilmiö, mikä koostuu tunnetason kohtaamisesta, potilaan tukemisesta sekä arvostuksesta (Hosseini ym. 2019). Vaikean sairauden vuoksi potilas ja läheiset tarvitsevat rinnalla kulkijaa, rehellistä ja tukevaa keskustelua niin sairaalassa, kotiutuessa kuin vielä kotonakin. Sanaton läsnäolo ja potilaan ja läheisten pelkojen kohtaaminen, kuunteleminen ja niiden lieventäminen ovat ammattilaisia haastavia asioita.

Jokaisen potilaan hoitotyön toteutus toteutuu potilaan tahtiin. Tämä ei aina ole mahdollista akuutissa hoitotyössä. Kiireellä annettu ohjaus voi joskus pilata potilaan tunteen selviämistään. Yleensä potilas tarvitsee hetken, jolloin häntä kuullaan. Kuulluksi tultuaan potilas usein rauhoittuu ja kokee olonsa rauhallisemmaksi. (shd, teho-osasto)

Ihmiselle tulee olla aina läsnä ja kuulla häntä juuri niin kuin hän haluaa itseään kuultavan. On tilanteita, joissa potilasta pelottaa, eikä hän tiedä miten hänen käy. On luontevaa olla rinnalla kulkija, antaa toivoa ja kertoa asiat mahdollisimman totuudenmukaisesti juuri niin kuin ne ovat. En pelkää koskettaa potilasta. On aivan hirvittävä ajatus, että hoitaisimme vain vaivaa, yleensä luunmurtumaa, kun kuitenkin se henkilö, joka murtumasta kärsii, on se, joka tulee kohdata. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Terveydenhuollon tarpeisiin on kehitetty useita uskontoihin liittymättömiä hengellisen hoitotyön työvälineitä ja puheeksi ottamisen työkaluja kuten esimerkiksi Avaus-malli (Karvinen 2017), Jaksamisen jakkara (Itkonen 2017) ja SPIKES (Laaksovirta 2017). Potilastietojärjestelmien yhtenäistä kirjaamista ohjaava hoidon tarveluokitus sisältää selviytymiseen liittyvän tuen tarve -luokan (5074), jota voidaan tarkentaa surulla (5077), henkisen tuen tarpeella (5078) tai syyllisyyden tunteella (5079). (Suomalainen hoidon tarve luokitus SHTaL 4.0.) Sairaanhoidajien toteuttaman hengellisen hoitotyön esteenä voi olla osaamisen, ohjeistusten tai ajan puute, emotionaalinen väsymys tai esimerkiksi organisaatiokulttuuri (Rushton 2014).

Diakonissat ovat hengellisen hoitotyön asiantuntijoita ja haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten asianajajia. Diakonissat toteuttavat hoitotyötä kristillisen arvopohjan mukaisesti, ja hoitotyö nähdään palvelemisena. Diakoninen hoitotyö ei kuitenkaan edellytä kohdattavilta ihmisiltä erityistä vakaumusta. (Myllylä 2004).

Hoitotyössä toteutan kristillistä ihmiskäsitystä. Minulle ihminen on kokonaisuus kaikkine tarpeineen ja puolineen. Kohtelen ihmisiä tasavertaisesti taustasta huolimatta ja kunnioittavalla tavalla. Minulla on rintataskussani diakonissan merkki ja risti, joka antaa ”luvan” keskustella myös hengellisistä asioista. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Hoidon laatu tai kohtaaminen ei muutu, vaikka hoidon kohteena olevalla henkilöllä olisi millainen ihmiskäsitys. Jokainen ihminen on tasavertainen ja yhtä tärkeä, hänen tarpeensa, olivatpa ne millaisia tahansa ovat yhtä tärkeitä. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Kohtaan paljon ennakkoluuloja. Diakoninen hoitotyö mielletään jostain syystä yksinomaan kirkkoon ja uskontoon. Todellisuudessa diakoninen hoitotyö kattaa kaikki hengellisyyden muodot ja niiden tukemisen aina ateismista hartaaseen kristinuskoon tai abstraktiin spiritualiteettiin. Myös muiden uskontojen huo-

*mioiminen kuuluu osaksi diakonista hoitotyötä. Oleellista on ihminen, hänen oma tarinansa ja tapansa sanoittaa sitä. Jokaisella meillä on tarve tulla kuul-
luksi ja nähdyksi. Haemme toivoa ja pyrimme ymmärtämään asioita suurem-
massa kokonaisuudessa. (shd, kirurgian vuodeosasto)*

Diakonisessa hoitotyössä vuorovaikutus potilaiden ja läheisten kanssa nähdään ammatillisena lähimmäissuhteena, jossa on aina mukana jokin ihmistä korkeampi voima. Korkeampi voima heijastaa vuorovaikutustilanteisiin toivoa, voimia ja rakkauden tunteita. Diakonisen hoitotyön työkalut tukevat muita hengellisen hoitotyön auttamismenetelmiä uskonnollisesta näkökulmasta. (Myllylä 2004.)

Minulle Kristus on työ- ja keskustelukumppani ja rukous toistuvaa ja päivittäistä keskustelua yläkertaan kaikenlaisissa asioissa. Haastavissa tilanteissa usko luo turvaa ja luottamusta siihen, ettemme ole yksin ja Joku on kanssani työtoverina ja matkakumppanina. Olemme suuremmissa käsissä ja ajan kuluessa saatomme huomata, että tapahtumilla on voinut olla tarkoituksensa ihmisen elämässä.

Tykkään sinutella kuntoutujia, koska se korostaa tasavertaisuuttamme. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Potilaan tasavertainen kohtelu ja erilaisuuden hyväksyminen on itsestänselvyyttä. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Sinuttelen potilaita. Sinuttelu tuo tasavertaisuutta hoitosuhteeseen. (shd, teho-osasto)

Kolmiosuhdetta on vaikea kirjoittaa auki, mutta koen, että tämänkaltainen suhde on se missä itekin saan voimaa hoitoon ja sen toteuttamiseen. Se on myös rohkeutta olla omana itsenä työssä mitä teen, käyttää itseä välineenä hoitamisessa. Ei hoideta vain roolien kautta (potilas versus hoitaja), ollaan läsnä inhimillisinä ihmisinä.

Epätoivon ja epäoikeudenmukaisuuden kohtaaminen on haasteellista ja kun potilas on joutunut kohtaamaan esimerkiksi perheen tai perheenjäsenen kuoleman onnettomuuden seurauksena. Näitä elämän tuomia hirveimpiä tilanteita tulee aina aika ajoin, mutta olen huomannut, että meitä tilanteisiin sopeutuvia

hoitajia käytetään näiden potilaiden hoitamiseen. Tämä sopii minulle koska koen, että kohtaamalla heidät voin auttaa, edes sen pienen hetken jaksamaan siinä hetkessä edes vähän eteenpäin. En koe näitä tilanteita liian haastavina tai vaikeina, unohdan niissä itseni, käytän täysin omaa osaamistani apuvälineenä ja tukena potilaalle, jotta hän jaksaisi. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Diakonisen hoitotyön auttamismenetelmiin kuuluu keskeisesti sielunhoito. Sielunhoidolla tarkoitetaan potilaan ja läheisten ongelmien kuuntelemista, lohduttamista ja tukemista. Sielunhoidon avulla voidaan vaikuttaa ahdistuksen ja kuolemanpelon kokemuksiin. Sielunhoidolla voidaan vahvistaa turvallisuuden tunnetta, poistaa syyllisyydentunteita ja vastata uskonnollisiin tarpeisiin. Muita auttamismenetelmiä ovat rukous potilaan kanssa tai hänen puolestaan, hengellisten laulujen hyödyntäminen, öljyllä voitelu ja Raamatun sekä muiden hengellisten tekstien lukeminen. (Myllylä 2004.)

Uskonnolliset ihmiskäsitykset välillä pomppaavat esiin, kun keskustelen potilaiden kanssa. Olen valmis keskustelemaan näistäkin asioista potilaiden kanssa. Uskonnolliset keskustelut eivät pelkästään tule esille kuoleman lähestyessä vaan näitä keskusteluja voi tulla muissakin tilanteissa. Minusta hoitajilla tulee olla valmiutta kuunnella ja osallistua myös uskonnolliseen keskusteluun. Diakonisan koulutus antaa tähän hyviä valmiuksia.

Rukousta ja sielunhoitoa olen hyödyntänyt silloin, kun hoidettava on sitä pyytänyt. Luterilaiset peruserukoukset on hyvä osata tai löytää vaikka netistä. Omin sanoinkin voin rukoilla, jos sitä pyydetään. Sielunhoidolliset keskustelut jäävät usein pinnallisiksi hoitajan työn hektisyyden vuoksi tai potilaan kunnon vuoksi. Aktiivinen kuuntelu näissä keskusteluissa korostuu. (shd, teho-osasto)

Olen rukoillut potilaan pyynnöstä hänen kanssaan. Puheessani viljelen kristillistä sanastoa luontevalla tavalla toki haistellen ilmapiiriä. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Olen laulanut kuolleen äärellä Maa on niin kaunista, saattaen häntä. Kyseessä oli vanhus ja tiesin että hän oli yksinäinen. Emme tiedä, onko hän ollut hengellinen eläessään, mutta jokaisen tulee lähteä maailmasta arvokkaasti. Omaiselle kerroin hänelle laulettun, ja hän ilahtui, yliopistollisessa sairaalassa laulettiin vainajalle viimeiselle matkalle lähtiessä. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Kohtaan usein työssäni seuraavia kysymyksiä: Miksi minä? Mitä paha olen tehnyt ansaitakseni tämän? Mitä sitten kun minä kuolen? Miksi minä en kuolutkaan? Miksi minusta näin välitetään? Muun muassa näihin kysymyksiin diakoninen hoitotyö pyrkii vastaamaan ja tarjoamaan työkaluja.

Hengellisen hoitotyön välineille, kuten esimerkiksi rukoukselle, Raamatulle, virsikirjalle, hengelliselle musiikille ja sielunhoidolliselle keskustelulle on kysyntää sairaalassa. Jos en olisi käynyt diakonissakoulutusta, en varmasti olisi rohjennut rukoilla erään potilaan puolesta, kun hän sitä niin hartaasti toivoi. Mielestäni rukous oli kömpelö eikä lainkaan sellainen kuin olin itse toivonut. Kuitenkin se tarjosi suurta lohtua ja helpotusta tuolle potilaalle. Myöhemmin oivalsin, ettei hänen kohdallaan ollut kyse oikein asetelluista sanoista, vaan perimmäinen tarve oli tulla nähdyksi, kuulluksi ja autetuksi. Kun lääketieteen keinot olivat loppu, hän halusi välittää toiveensa yläkertaan, vaikka oli omin sanoin ”vannoutunut ateisti”. Häntä lohdutti suunnattomasti tieto, että olen myös hengellinen viranhaltija – eräänlainen sanansaattaja. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Diakonissan kaksoistutkinnon tuottama osaaminen osaksi työyhteisön hoitotyön kehittämistä

Hoitotyön johtajilla on keskeinen rooli näyttöön perustuvan hengellisen hoitotyön toteutumisen edistämisessä (Draper 2012). Diakonissoilla on hengellisen hoitotyön asiantuntijoina velvollisuus toteuttaa erityisosaamistaan potilaiden kohtaamisessa, mutta myös jakaa tietoa ja osaamistaan muille ammattilaisille. Terveysalan toimintayksiköiden velvollisuutena on edistää vahvan organisaatiokulttuurin muodostumista, jossa erityisosaaminen tunnustetaan, tunnustetaan ja hyödynnetään kokonaisvaltaisesti.

Erikoissairaanhoidossa työskentelee paljon sairaanhoitaja-diakonissoja, joilla on erityistä osaamista diakoniseen hoitotyöhön ja sen menetelmien käyttöön. Yksiköissä olisi mahdollista luoda erilaisia malleja ja kouluttaa muita. Yhteistyötä voitaisiin myös tehdä yli yksikkörajojen. Kuitenkaan näin ei useinkaan tapahdu. Diakonissat sulautuvat sairaanhoitajien ”tavalliseen” massaan ja arvokas lisäkoulutus jää vain opintopisteiksi tutkintotodistuksessa tai henkilökoh-

taiseksi tavaksi tehdä käytännön hoitotyötä. Edes kaikki esimiehet eivät tiedä yksikössä olevan moista osaamista.

Diakonisen hoitotyön erityisosaamista voisi verrata yhtä arvokkaaseen osaamiseen kuin mitä tahansa lisäkoulutusta, kuten esimerkiksi haavanhoitaja, diabeteshoitaja ja sydänhoitaja, tai miksei yhtä lailla kättilö ja terveydenhoitaja. Jokaisella on sairaanhoitajan koulutuksen lisäksi sitä jotain lisäosaamista. Jostain syystä ”diakonissa” ei kuitenkaan tunnu olevan sairaalassa näiden muiden osaamisten rinnalla. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Hoitotyöntekijät ovat päivittäin tekemisissä kriisitilanteissa olevien potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Kohtaamiset voivat olla eettisesti ja emotionaalisesti kuormittavia. Terveystuon organisaatioiden tulisi osaltaan tukea henkilökunnan emotionaalista jaksamista luoden aikaisempaa tehokkaampia hyvinvointia tukevia rakenteita järjestämällä ammattilaisille riittävästi mahdollisuuksia kuormittavien kokemusten käsittelyyn jaksamisen ja hyvinvoinnin tukemiseksi.

Eettisyys on tärkeää työssäni ja seison aina sanojeni ja tekojeni takana. Pystyn keskustelemaan kaikista asioista. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Diakonisen hoitotyön voima on se, että en koe itse työtä raskaana, kun hoidan potilasta diakonisen hoitotyön keinoin. Saan siitä itekin voimaa ihan valtavasti, enkä koe olevani itse mitenkään haasteellisen tehtävän keskellä. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Jo vuodeosaston työhistorian alussa huomasin, että minulle jaettiin usein potilaita, jotka olivat saaneet huonoja uutisia kuten esimerkiksi huonoennusteisen diagnoosin. Asiasta myös keskusteltiin hoitajien kesken ja keskusteluissa nousi esille, että jotkut hoitajista kokevat sellaiset tilanteet itselleen liian raskaaksi ja ahdistaviksi. Minä taas koen olevani parhaimmillani, kun voin auttaa potilaita ja heidän omaisiaan kriisin aikana.

Hoidin kerran potilasta, joka puolisonsa kanssa odotti lääkärintuon potilashuoneessa. Lääkärintuonrolla he saivat musertavia uutisia ja pariskunta romahti tilanteessa täysin. Minulla oli sinä aamuna myös opiskelija kanssani. Opiskelija järkyttyi tilanteesta kovasti ja poistui huoneesta kesken kierron. Anonin pariskunnalle heidän tarvitsemaansa tukea ja sen jälkeen lähdin etsimään

opiskelijaa. Keskustelimme opiskelijan kanssa tilanteesta samana päivänä ja vielä seuraavana aamuna. Opiskelijan mukaan tilanne järkytti, mutta ei jättänyt traumoja. Minulle on henkilökohtaisesti tärkeää, että myös henkilökuntaa järkyttävistä asioista keskustellaan ja tilanteet puretaan. (shd, kirurgian vuodeosasto)

Sairaalaorganisaatiot ovat käyttäneet viime vuosien aikana runsaasti resursseja kehittääkseen potilas- ja perhekeskeisiä toimintamalleja. Suomessa on myös käynnistynyt kilpailu ensimmäisen magneettisairaalaatusertificaatin saavuttamiseksi. Potilaat ovat tietoisia omista oikeuksistaan, heillä on jo osittain mahdollisuus valita oma hoitopaikkansa ja yksityissairaaloiden määrät ovat lisääntyneet. Organisaatiot ovat pyrkineet osallistamaan kokemusasiantuntijoita toimintojen ja palveluiden kehittämiseen ja tehneet erilaisia palvelulupauksia.

Potilaista on tullut asiakkaita, jotka käyttävät sujuvia potilaan luokse järjestettyjä sairaalapalveluita. Kansallisen suosituksen mukaisesti organisaatiossa kannustetaan potilaita palautteen antamiseen. Tutkimustiedon valossa hengellisesti kohdatut potilaat ovat tyytyväisempiä hoitokokemuksiinsa (Ramezani ym. 2014). Kysymys kuuluukin: riittävätkö sujuvasti eteenpäin soljuvat potilasprosessit takaamaan hyvän hoidon laadun? On mahdollista, että ihmisen hengellisen ulottuvuuden ymmärtämisestä ja kohtaamisesta tulee merkittävä vetovoimatekijä potilaiden valitessa hoitavaa yksikköään.

Diakonisen hoitotyön asiantuntijuus vastaa modernin terveydenhuollon tarpeisiin ja luo uusia kehittämismahdollisuuksia. Ammattikorkeakoulusta valmistuneita hengellisen ja diakonisen hoitotyön menetelmiä hallitsevia sairaanhoitaja-diakonisoja työskentelee laajasti erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Diakonisen hoitotyön asiantuntijuus ja sen tuomat mahdollisuudet tulee hyödyntää kokonaisvaltaisesti potilaiden, läheisten ja henkilökunnan hyväksi.

Myös diakonisen hoitotyön koulutusta tulee kehittää systemaattisesti. Koulutuksen tulee perustua tutkimukseen ja parhaaseen saatavillaan olevaan näyttöön. Diakonisesta hoitotyöstä ilmiönä sekä sen vaikutuksista tarvitaan lisää systemaattista tietoa. Diakonisen hoitotyön laadukasta tutkimusta tulee vahvistaa kehittämällä koulutusrakenteita sekä vahvistamalla ammatti- ja tiedekorkeakoulujen yhteistyötä.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Anderson, J., Friesen, M., Swengros, D., Herbst, A. & Mangione, L. (2017). Examination of the use of healing touch by registered nurses in the acute care setting. *Journal of Holistic Nursing* 35 (1), 97–107.
- Beauvais, A., Stewart, J. G. & DeNisco, S. (2014). Emotional intelligence and spiritual well-being: Implications for spiritual care. *Journal of Christian Nursing* 31 (3), 166–171.
- Bolmsjö, I., Tengland, P-A. & Rämgård, M. (2019). Existential loneliness: An attempt at an analysis of the concepts and the phenomenon. *Nursing Ethics* 26 (5), 1310–1325.
- Diakonia ammattikorkeakoulu verkkosivut. Saatavilla 16.1.2020. <https://www.diak.fi/hakeminen/koulutukset/amk/sairaanhoitaja-diakoninen-hoitotyö/>
- Draper, P. (2012). An integrative review of spiritual assessment: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management* 20, 970–980.
- Eriksson K. (1988). *Hoito tieteenä*. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Forssan kirjapaino.
- Fitch, M. I. & Bartlett, R. (2018). Patient Perspectives about spirituality and spiritual care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 6, 111–121.
- Hosseini F A, Momennasab M, Yektatalab S, Zareiyan A. (2019). Presence: the cornerstone of spiritual needs among hospitalized patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33, 67–76.
- Itkonen J. (2017). Lapsen menettäminen ja suru. *Duodecim* 133 (22), 2110–2115. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/22/duo14018?keyword=Itkonen>
- Karhe L. (2017). *Potilaan hoitoyksinäisyys: käsitteellinen malli potilaan yksinäisyydestä hoitosuhteessa ja hoitoyksinäisyyteen yhteydessä olevista tekijöistä*. (Acta Universitatis Tamperensis 2251). Tampere: Tampere University Press. (Väitöskirja, Tampereen yliopisto). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0329-7>
- Karvinen I. (2019). Potilaan henkinen ja hengellinen tukeminen hoitotyössä. Teoksessa M. Mustajoki (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja*. Terveystoiminta. Helsinki: Duodecim.
- Laaksovirta H. (2017). Vakavasta sairaudesta keskusteleminen potilaan ja omaisten kanssa. *Duodecim* 133, 1076–1080. Saatavilla 22.5.2020 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/11/duo13743?keyword=Laaksovirta>
- Martikainen, M. ja Ala-Kokko, T. (2018). Kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen ja hoitoperiaatteet. Teoksessa M. Mäkijärvi, V-P. Harjola, H. Päivä, J. Valli & E. Vaula (toim.) *Akuuttihoito-opas*. Helsinki: Duodecim
- Myllylä M. (2004). *Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Saatavilla <http://urn.fi/urn:isbn:9514273567>
- Pearce, M., Coan A, Herndon, J., Koenig, H. & Abernethy, A. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 20, 2269–2276.
- Pyykkö, A. (2004). *Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E. & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review* 61, 211–219.
- Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *British Journal of Nursing* 23 (7), 370–374.
- Sanson, G., Perrone, A., Fasci, A. & D'Agostino, F. (2018). Prevalence, Defining Characteristics, and Related factors of the Nursing Diagnosis of Anxiety in Hospitalized Medical-Surgical Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 181–190.
- Watson J. (2012). *Human caring science A Theory of Nursing*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning cop.

Heli Mikkonen, Minna Hökkä ja Elina Turunen

15 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ

Palliatiivinen hoito on henkeä uhkaavaa tai parantumatonta sairautta sairastavan ihmisen ja hänen läheistensä hoitoa. Hoidon tavoitteena on kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lisääminen oirehoidon, psykososiaalisen, henkisen, hengellisen ja eksistentiaalisen tuen avulla. Palliatiivista hoitoa toteutetaan moniammatillisessa työryhmässä. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja ajoittuu elämän loppuvaiheeseen. Sairaanhoidaja-diakonissat tuovat palliatiiviseen hoitotyöhön sielunhoidon osaamista ja hengellisiä auttamismenetelmiä.

Yhteiskunnassa on kautta historian pyritty oman aikakauden arvojen ja normien mukaisesti huolehtimaan sairaista ja heikommassa asemassa olevista ihmisistä. Palliatiivisen hoidon perusteiden voidaan katsoa tulevan 1800–1900-luvulla avattujen kuolevien hoitoon perustettujen hoitolaitosten (hospice) aloittamasta työstä. 1960-luvulla Cicely Saundersin Englannissa liikkeelle laittama moderni Hospice-liike ja maailmalle perustetut Hospice-yksiköt mahdollistivat kuolevien hoidon kehittymisen kohti kokonaisvaltaista ja ihmiskeskeistä hoitoa. (Clark 1999; Lutz 2011; Vainio 2015, 18–19.)

Ihmiset sairastavat, saavat hoitoa ja kuolevat moninaisissa ympäristöissä kodeista erikoissairaanhoidon yksikköihin. Kokonaisvaltaisen, elämänlaatua tukevan sekä parantumattoman sairauden ja kuoleman huomioivan hoidon tarve on kaikissa hoitoympäristöissä ja sairauden eri vaiheissa. Maailman terveysjärjestö WHO suosittaa, että palliatiivisen hoidon palvelut integroidaan olemassa olevaan palvelujärjestelmään ja tuodaan jo henkeä uhkaavan sairauden hoidon rinnalle (World Health Assembly 2014).

Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito käsittää moniulotteisia ja kompleksisia ilmiöitä, kuten elämänlaatu, kärsimys, sairaus, olemassaolo ja kuolema, jolloin myös käsitteen sekä sisällön määrittäminen on riippuvaista aikakaudesta, hoitokulttuurista, palvelu-

rakenteesta ja alueellisesta hoidon kehityksen vaiheesta. Sanana palliatiivinen tulee englannin kielen verbistä *palliate*, joka tarkoittaa muun muassa lievittämistä ja lieventämistä. Palliatiivisen hoidon käsitteen alla oleva hoidon sisältö on niin monitahoinen, että sille ei ole ollut suomen kielessä kuvaavaa vastinetta, joten käsite on vakiintunut myös suomalaiseen hoitokulttuuriin ja -rakenteisiin.

Palliatiivinen hoito on henkeä uhkaavaa tai parantumatonta sairautta sairastavan ihmisen sekä hänen läheistensä elämänlaatua tukevaa sekä kärsimystä ehkäisevää ja lievittävää hoitoa. Palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista sidosta kuolemaan ja hoito voidaan tuoda jo tautiin kohdistuvan hoidon rinnalle. (Connor & Bermedo 2014, 5; Saarto & Hänninen 2015, 10; WHO 2020.) Palliatiivinen hoitolinja (Z51.5), joka on hoidon tavoitetta kuvaava lääketieteellinen hoidon linjaus, voidaan tehdä siinä vaiheessa, kun tautiin kohdistuvilla hoidoilla ei voida vaikuttaa sairauden etenemiseen (Lehto 2015, 11).

Riippumatta sairauden vaiheesta tai hoitolinjasta, palliatiivisen hoidon tavoitteena on sekä potilaan että hänen läheistensä kokonaisvaltainen hyvinvointi. Palliatiivinen hoito sisältää hyvän oirehoidon sekä psykososiaalisen, henkisen, hengellisen ja eksistentiaalisen tuen. (Connor & Bermedo 2014, 5; Saarto & Hänninen 2015, 10–11; WHO 2020.)

Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista, ihmiskeskeistä ja moniammatillista. Palliatiivisessa hoidossa kuolema nähdään pitkälle edennyttyä sairautta sairastavan ihmisen elämän luonnollisena päätöksenä. Sairauden kulkuun ja etenemiseen ei palliatiivisella hoidolla ole tarkoitus vaikuttaa. Keskiössä on ihmisen omakohtainen kokemus elämänlaadusta sekä sairauden kokonaisvaltainen vaikutus elämään, mikä sisältää ihmisen läheiset ja ympäristön. Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille ilman ikä- tai diagnoosirajauksia. (Connor & Bermedo 2014, 5, 7; Saarto & Hänninen 2015, 10–11; WHO 2020)

Saattohoito

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Se ajoittuu elämän loppuvaiheeseen. Saattohoidossa olevan ihmisen jäljellä olevan elinajan arvioidaan olevan lyhyt ja ihmisen toimintakyky sekä mahdollisuudet huolehtia itsestään ovat heikentyneet. Puhutaan elämän viimeisistä viikoista ja päivistä. (Hänninen 2015, 10.)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon periaatteet ja tavoitteet ovat yhteiset, mutta saattohoidossa lähestyvä kuolema tuo konkreettisia hoidon ja tuen tarpeita potilashoittoon sekä kuolevan ja läheisten kohtaamiseen. Saattohoidon tavoitteena on kuolemaa edeltävän kärsimyksen lieventäminen ja hyvä kuolema. Hoidossa pyri-

tään takamaan ihmiselle aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä sekä mahdollistetaan läheisille heidän tarvitsemansa tuki. Saattohoito ei pääty kuolemaan, vaan kunnioittava vainajan hoito sekä läheisten tukeminen surussa ja luopumisessa ovat osa hyvää saattohoitoa. (Saarto & Hänninen 2015, 10–11.)

Palliativisen hoidon yhteiskunnallinen kehitys

Palliativisen ja saattohoidon ohjauksen alkusysäyksenä voidaan pitää Lääkintöhallituksen vuonna 1982 sairaanhoitolaitoksille antamia terminaalihoidon ohjeita. Ohjeissa tavoitteena oli, että ihminen voi elää elämänsä loppuvaiheen mahdollisimman oireettomana. Ohjeissa korostettiin ihmisen oikeutta olla saattohoidossa haluamassaan ympäristössä läheistensä ympäröimänä.

Suomessa ei ole varsinaista palliativisen hoidon ja saattohoidon lakia. Kuitenkin Suomen perustuslaki (731/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), myöhemmin potilaslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) painottavat potilaan autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta. (Saarto 2015.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen ja yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseen on laadittu valtakunnallisia suosituksia. Lääketieteen saralla julkaistiin Kuolevan potilaan hoito Käypä hoito -suositus vuonna 2008 ja palliativisen hoidon ja saattohoidon uusi suositus vuonna 2019 (Käypä hoito 2019). Asiantuntijoiden kuulemiseen perustuvat Hyvä saattohoito Suomessa -saattohoitosuosituksukset julkaistiin vuonna 2010. Saattohoitosuositusten tarkoituksena oli turvata hyvä saattohoito jokaisen kuolevan ihmisen oikeutena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.)

Samana vuonna julkaistiin syövän hoidon kehittämisen raportti, jossa kuvattiin palliativisen hoidon järjestämistä kolmiportaista järjestelmää hyödyntäen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b). Osana valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän työtä laadittiin palliativisen hoidon järjestämisen suositus vuonna 2017 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Hoitotyön tutkimussäätiössä työestetään myös suosituksia saattohoidossa olevan potilaan lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä sekä palliativisessa hoidossa tai saattohoidossa olevan potilaan suun hoidosta (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019).

Vuonna 2018 astui voimaan Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017). Tämän asetuksen myötä viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava vaa-

tivan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tehtävistä sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Lisäksi lasten ja nuorten saattohoidon ja palliatiivisen hoidon toteutussuunnitelman laatiminen kuuluu yliopistosairaaloille keskitettyihin tehtäviin. Palliatiivisen hoidon järjestäminen on kirjattu myös yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Vuonna 2018 Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Elämän loppuvaiheen hoito-työryhmän, jossa selvitetään elämän loppuvaiheen lainsäädäntötarpeita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018). Lisäksi asetettiin Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen alatyöryhmä, jonka tavoitteena oli kartoittaa nykytila ja laatia palliatiivisen hoidon latukriteerit ja kuvata hoitoketjut. Työryhmän työn tuloksena on julkaistu selvitys palliatiivisen hoidon tilasta sekä suositus palliatiivisen hoidon järjestämisestä ja kehittämisestä (Saarto & Finne-Soveri 2019a, Saarto & Finne-Soveri 2019b). Palliatiivisen hoidon osalta valtakunnallista kehittämistyötä on tehty viimeisen kymmenen vuoden ajan runsaasti.

Väestön ikääntyessä ja kroonisten sairauksien lisääntyessä palliatiivisen hoidon tarve on kasvanut väestöön suhteutettuna Euroopassa suurimmaksi koko maailmassa (Connor & Bermedo 2014). Terveystieteiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon kustannuksista noin 25 prosenttia aiheutuu viimeisen elinvuoden hoidosta (Saarto 2017). Suomessa palliatiivisen hoidon tarpeessa on noin 30 000 potilasta vuosittain. (Connor & Bermedo 2014.) Tämä arvio ei sisällä ikääntymiseen ja kroonisten sairauksien mukanaan tuomaa varhaisempaa palliatiivisen hoidon tarvetta eikä palliatiivisessa hoidossa olevien läheisen tuen tarvetta, joten hoidon ja tuen tarvitsijoiden määrä on suuri. Palliatiivisen hoidon lisääntyvä tarve ja palvelujärjestelmän kehittäminen lisäävät myös palliatiivisen hoitotyön osaajien tarvetta sekä osaamisen sisältöjä. (Saarto & Finne-Soveri 2019a, Saarto & Finne-Soveri 2019b.)

Moniammatillinen palliatiivinen hoito

Palliatiivisessa hoidossa ihminen tunnustetaan kompleksiseksi kokonaisuudeksi, joka muodostuu eri ulottuvuuksista. Ihmisen eri ulottuvuuksia voidaan kuvata monin tavoin, muun muassa fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, emotionaalisen, henkisen, hengellisen, eksistentiaalisen ja kulttuurisen ulottuvuuden mukaan. Ulottuvuudet ovat vuorovaikutuksessa keskenään eikä niitä voi irrottaa kokonaisuudesta. Samalla ihminen on enemmän kuin näiden ulottuvuuksiensa summa. Yksilön tarpeet nousevat näistä ulottuvuuksista ja niihin vastaaminen edellyttää kokonaisvaltaista ymmärrystä ja osaamista sekä tarvittaessa erikoisosaamista.

Palliatiiivinen hoito on moniammatillisesti toteutettu hoidon kokonaisuus. Moniammatillisessa työryhmässä voidaan tuoda erikoisosaaminen potilaita ja läheisiä hyödyttäväksi kokonaisuudeksi. Hoitotyöstä, lääketieteestä, psykososiaalisesta tuesta, sosiaalityöstä, sairaalasielunhoidosta, fysioterapiasta, vakaumuksellisesta tuesta, kulttuurisesta hoidosta, täydentävistä auttamiskeinoista tai muista tarvittavista palveluista muodostetaan yksilön tarpeiden mukainen hoidon kokonaisuus. (Lynch et al. 2011; Witt Sherman & Free 2015, 154; Dahlin & Wittenberg 2019, 55; Mazanec et al. 2019.)

Hoitotyö on tässä kokonaisuudessa erityisessä asemassa. Kaikista niistä ammattilaisista, jotka osallistuvat hoitoon, hoitotyöntekijä on fyysisesti ja ajallisesti lähimpänä potilasta. Hoitotyöntekijä tuntee potilaan ja perheen tilanteen, tarpeet ja toiveet. Hänen roolinsa on keskeinen hoidon tarpeiden tunnistamisessa, tarvittavan hoidon toteuttamisessa ja järjestämisessä, hoidon koordinoinnissa sekä kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamisessa. (Lynch et al. 2011; Witt Sherman & Free 2015; Dahlin & Wittenberg 2019, 55–58.)

Diakoninen hoitotyö on kuulunut suomalaiseen terveydenhuollon toimintaympäristöön 1800-luvulta alkaen. Diakonisojen tehtäviin kuului kärsivien, sairaiden, köyhien ja raihnaiden auttamien. (Veikkola 2002.) Modernissa yhteiskunnassa diakonisen hoitotyön erityispiirteet soveltuvat hyvin näyttöön perustuvan palliatiiivisen hoitotyön kontekstiin. Diakonisen hoitotyön osaaminen koostuu hoitotyön auttamismenetelmien lisäksi hengellisen hoitotyön erityisosaamisesta sekä karitatiivisista ja liturgisista auttamismenetelmistä. Diakonisessa hoitotyössä vuorovaikutus potilaan ja läheisten kanssa käsitetään kristilliseen lähimmäisenrakkauteen perustuvaksi ammatilliseksi lähimmäissuhteeksi. Diakonissat toteuttavat hengellistä ja diakonista hoitotyötä sairaanhoitajan työssään. Toiminta perustuu hoitotieteellisen ja teologisen tiedon soveltamiseen toiminnassa. Teologinen näkökulma tukee muun muassa kuolemaan liittyvien kysymysten puheeksi ottamista ja käsittelyä vuorovaikutustilanteissa. (Myllylä 2004, Gothoni & Jantunen 2010.)

Palliatiiivisen hoitotyön toteuttaminen

Hoitamisessa humanistinen ja myötätuntoinen taito yhdistetään näyttöön perustuvaan tietoon, ongelman ratkaisuun ja loogiseen perusteluun. Hoitotyössä esitetty tieto eli tilanteen merkityksen ymmärrys, asenne, toiminta, kerronta ja vuorovaikutus mahdollistavat mahdollisuuksien näkemisen ja sen, kuinka olla ja toimia hetkessä. Yksilön omakohtaisessa ja ammatillisessa tiedossa itsetuntemus,

reflektio, kokemus ja avoimuus yhdistyvät kokemukseen työskentelystä potilaiden ja läheisten kanssa. Tämä mahdollistaa kärsimyksen lievittämisen välittävällä ja ihmistä tukevalla tavalla. Hoitotyö edellyttää eettistä toimintaa, joka on tilannekohtaista oikein toimimista, oikean ja väärän arviointia. Tämä edellyttää ymmärrystä muodollisista ja eettisistä periaatteista, teorioista ja laista sekä kokemuksellista osaamista. (Witt Sherman & Free 2015.)

Palliatiivisen hoitotyön tavoitteena on potilaiden ja perheiden elämänlaadun parantaminen sekä kärsimyksen ehkäisy ja lievittäminen. Palliatiivisen hoitotyön toimintoja, joilla tavoitteeseen voidaan päästä, on esitetty kuviossa 1 (Hospice and Palliative Care Nurses Association 2002).



KUVIO 1. Palliatiivisen hoitotyön toimintoja

Potilashoidossa sovellettavan palliatiivisen hoitotyön sisällön määrittävät ihmisen yksilölliset olosuhteet ja hoidon tarpeet eli ihmislähtöinen lähestymistapa. Ihmislähtöisen, hyvän hoidon edellytyksenä on yhteinen määrittäminen hyvästä hoidosta. Samalla pitäisi olla mahdollisuus erilaisiin tulkintoihin siitä, mitä hyvä hoito on. Yhteinen ymmärrys hyvän hoidon sisällöstä määrittää hoidon järjestämiselle suunnan ja raamit, mutta yksilö tulkitsee ja määrittää, mikä hänelle on hyvää hoitoa. Joskus se voi olla jopa ristiriidassa sen kanssa, miten käsitämme hyvän elämänlaadun tai hyvän elämän loppuvaiheen. Silloinkin keskeistä on potilaan itsemääräämisoikeuden, ihmisarvon ja turvallisuuden huomiointi. (Steinhilber & Tulsky 2015.)

Yksilö ei koskaan ole irrallaan ympäristöstään. Potilaan ja läheisten suhde palliatiivisessa hoidossa on moniulotteinen. Potilaan hyvinvointiin vaikuttavat läheisten hyvinvointi ja potilaan sekä läheisten väliset suhteet. Huoli läheisistä tai ahdistunut läheinen voivat näkyä potilaan oireissa, niin fyysisissä kuin psyykkisissäkin. Henkeä uhkaava tai parantumaton sairaus vaikuttaa koko perheen tai muun lähipiirin olosuhteisiin, rooleihin, hyvinvointiin, jaksamiseen ja selviytymiseen.

Sosiaalisten suhteiden huomioiminen ja läheisten tukeminen ovat keskeisiä osa-alueita palliatiivisessa hoitotyössä. Läheisten saama apu ja heidän hyvinvointinsa tukeminen mahdollistavat potilaan kokonaisvaltaisen hoidon. Läheiset tarvitsevat tukea luopumisessa ja surussa potilaan koko sairauden ajan sekä potilaan kuoleman jälkeen. (Hietanen 2015, 247–248; Stajduhar & Dionne-Odom 2019.) Erityinen huomioitava läheisryhmä on lapset ja nuoret. Vanhemman tai muun lapsen tai nuoren elämässä keskeisen henkilön menetyksen kohtaaminen edellyttää usein erityisosaavaa tukea.

Palliatiiviseen hoitotyöhön tuo erityisyyden elämän rajallisuuden tiedostaminen ja sen avoin kohtaaminen. Usein potilas kohtaa kuoleman ja kuolemanpelon jo saadessaan diagnoosin henkeä uhkaavasta sairaudesta. Sairauden osoittautuessa parantumattomaksi ja luonnollisesti elämän loppuvaiheessa, saattohoidossa, kuolema tulee konkreettisesti lähelle.

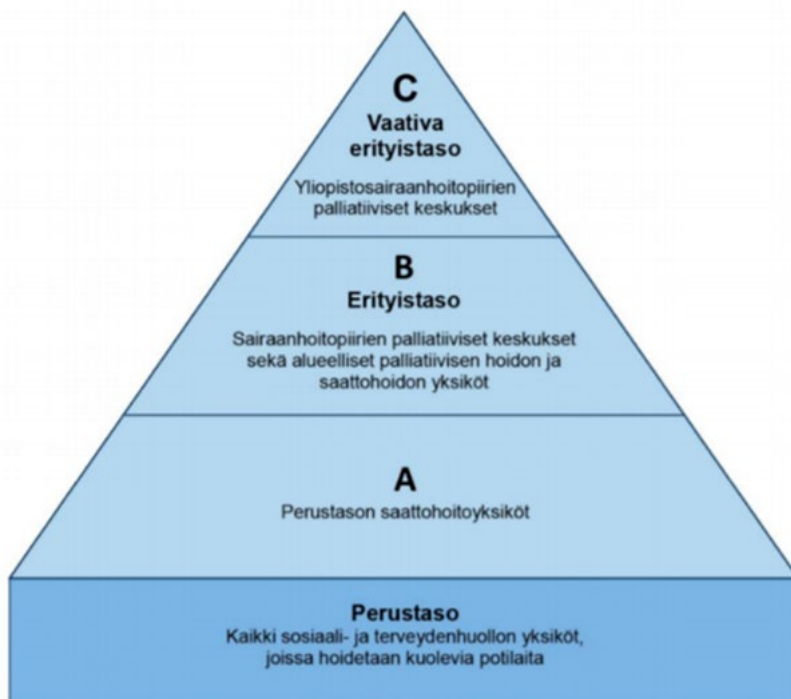
Palliatiivisessa hoitotyössä kuoleman todellisuus kulkee mukana läpi potilaan koko hoitopolun korostuen konkreettisena kuolevan tukemisena elämän lopussa. Kuolevan oireiden hoidon sekä hoivan ja huolenpidon ohella saattohoidon keskeinen osa on potilaan eksistentiaalisiin tarpeisiin vastaaminen, mahdollisen eksistentiaalisen hädän kohtaaminen sekä henkinen ja hengellinen tuki. (Hänninen 2015, 11; Steinhauser & Tulsky 2015.)

Diakoninen hoitotyö tuo palliatiiviseen hoitotyöhön ammatillisen rakkauden näkökulman. Diakonisen hoitotyön lähtökohtana on ihmisen tasavertainen kokonaisvaltainen kohtaaminen kulttuurista, uskonnosta tai asemasta riippumatta. Diakonisen hoitotyön ominaispiirteenä voidaan pitää yhteyttä suurempaan voimaan ja universaaliin ulottuvuuteen. Diakoninen hoitotyö on konkreettista hoitotyötä täydentävää toimintaa, esimerkiksi toivon ja merkityksellisyyden luomista ja sen ylläpitämistä, hiljaista läheisyyttä sekä hengellisten ja sielunhoidollisten auttamismenetelmien toteuttamista. Ammatilliselle itselleen diakoninen hoitotyö voi olla kantava voimavara vaativissa ja henkisesti raskaissa auttamistehtävissä, kuten palliatiivisessa hoitotyössä. (Myllylä 2004.)

Perus- ja erityistason palliatiivinen hoitotyö

Palliatiivista hoitotyötä voidaan toteuttaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoidon kaikilla tasoilla. Hoidon tasot kuvaavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamiseen yksikössä saatavilla olevia palveluita sekä henkilökunnan koulutusta ja osaamista.

Kokonaisvaltainen lähestymistapa, oireiden hoito, kulttuurinen ymmärrys, kommunikaatiotaidot, eettisten ja laillisten tekijöiden huomiointi ja kuolevan hoidon osaaminen kuuluvat kaikkien hoitotyön ammattilaisten osaamiseen. Tällöin puhutaan perustason palliatiivisesta hoidosta. Perustason hoidossa palliatiiviset hoitomenetelmät on integroitu kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluihin, joissa hoidetaan henkeä uhkaavaa tai parantumatonta sairautta sairastavia ihmisiä tai kuolevia. (Higgins 2015, 112; Witt Sherman & Free 2015, 156–157.) Sosiaali- ja terveysministeriön 2019 julkaisemien suositusten (Saarto & Finne-Soveri 2019a ja 2019 b) kolmiportaisessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon mallissa perustason yksiköitä ovat perus- ja A-tason yksiköt (kuvio 2).



KUVIO 2. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli, Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.

Jos potilaalla on vaikeita oireita tai perheen olosuhteet ovat erityisen haasteelliset, tarvitaan hoidossa erityistason osaamista. Erityistason palliatiivisessa hoidossa hoitotyöntekijällä on perustasoa laajempaa koulutusta ja osaamista palliatiivisesta hoidosta. Hoito toteutetaan yksiköissä, joiden pääasiallinen toimi on palliatiivinen hoito tai saattohoito ja joissa on moniammatilliset, kokonaisvaltaiset tukipalvelut. (Higgins 2015, 112–115; Witt Sherman & Free 2015, 157.) Näitä yksiköitä voi olla sekä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa että kolmannellakin sektorilla (Saarto & Finne-Soveri 2019a ja 2019 b).

Kolmiportaisessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon mallissa erityistason yksiköjä ovat B- ja C-tason yksiköt (Saarto & Finne-Soveri 2019a ja 2019 b). Erityistasolla hoitaja on moniammatillisessa tiimissä hoitotyön edustaja ja -asian tuntija. Erityisellä potilaiden hoito ja läheisten tukeminen edellyttävät syvämpää osaamista kompleksisten oireiden hoidosta ja vaativasta psykososiaalisesta tuesta. Potilashoidon ohella erityistason toimijoilta odotetaan myös perustason toimijoiden tukemista hoidon toteuttamisessa sekä kouluttamista ja osallistumista kehittämiseen ja tutkimukseen. (Higgins 2015, 112–115; Witt Sherman & Free 2015, 157.)

Palliatiivisen hoitotyön osaaminen

Palliatiivinen hoito tulee WHO:n mukaan sisällyttää kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen. Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC) on laatinut suosituksia palliatiivisen hoidon koulutuksen toteuttamisesta ja keskeisistä sisällöistä terveydenhuollon ammattilaisille. Palliatiivinen hoito edellyttää monitieteistä yhteistyötä ja siitä syystä myös koulutuksen tulisi olla EAPC:n suosituksen mukaisesti monitieteistä. (Gamondi, Larkin & Payne 2013 a ja b.) Palliatiivisen hoidon lisääntyvä tarve sekä erityisesti erityistason palveluiden kehittäminen lisäävät osajien ja vaativan tason osaamisen tarvetta Suomessa.

Hoitotyöntekijältä edellytetään palliatiivisessa hoidossa monipuolista osaamista. Kokonaisvaltaisessa hoidossa tulee huomioida henkeä uhkaavan tai parantumattoman sairauden tuoma erityisyys potilaan ja läheisten kokemukseen. Palliatiivisen hoitotyön osaaminen koostuu muun muassa kokonaisvaltaisesta arvioinnista, oire- ja kivunhoidon osaamisesta, kohtaamisen ja vuorovaikutuksen osaamisesta, kulttuurisensitiivisyydestä, toimijuuden mahdollistamisesta ja hoitotavoitteiden, arvojen, vakaumuksen sekä selviytymiskeinojen tukemisen osaamisesta.

Kuolemaa lähestyvä ihminen tarvitsee toiveita ja toivon vahvistamista. Kuolemaa lähestyvien potilaiden hoitotyö edellyttää ymmärrystä potilaan toivon ulottuvuuksista. (Hävölä et al. 2015.) Diakonisen hoitotyön koulutuksen saaneet sairaanhoitajat tuovat palliatiivisen hoitotyön arkeen sielunhoidon osaamista. Diakonisen hoitotyön ammatillisiin vuorovaikutussuhteisiin liittyy ihmissuhteen lisäksi myös suhde johonkin suurempaan voimaan, jonka avulla voidaan edistää toivon, voiman ja rakkauden tunteita. (Myllylä 2004.)

Diakonista hoitotyötä voidaan toteuttaa kaikilla palliatiivisen hoidon tasoilla ja ympäristöissä potilaiden vakaumuksista riippumatta. Diakonisoilla on ammatillinen osaaminen kulkea palliatiivisen potilaan ja hänen läheistensä rinnalle prosessin eri vaiheissa. Hengellisyys saattaa tuoda lohtua, turvaa ja rauhaa kohdattaessa sairautta, surua ja kärsimystä. Sielunhoidolliset auttamismenetelmät kuten kuuntelu, läsnäolo ja rukous voivat vahvistaa ihmisten henkisiä voimavaroja ja mielenterveyttä raskaissa elämäntilanteissa. (Kotisalo & Rättyä 2014.)

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

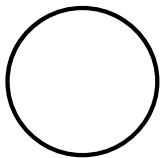
- Clark, D. (1999) 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine* 49, s. 727–736.
- Connor, S. R. & Bermedo, M.C.S. (ed.) (2014) Global atlas of palliative care at the end of life. Lontoo: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance WHPCA.
- Dahlin, C. M. ja Wittenberg, E. (2019) Communication in Palliative Care. Teoksessa Rolling Feller, B. ja Paice J. A. (toim.) *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. (5. p.). (s. 55–78). New York: Oxford University Press.
- Gamondi, C., Larkin, P. and Payne, S. (2013a). Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education: Part 1. *European Journal of Palliative Care* 20(2): 86–91.
- Gamondi, C., Larkin, P. and Payne, S. (2013b). Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education: Part 2. *European Journal of Palliative Care* 20(3): 140–145.
- Hietanen, P. (2015). Vuorovaikutus omaisten kanssa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen ja A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (s. 247–248). Helsinki: Duodecim.
- Higginson, I.J. (2015) Palliative care delivery model. Teoksesta N. I. Cherny, M. T. Fallon, S. Kaasa & D.C. Currow, D.C. (toim.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (5. p.). (s. 112–116). Oxford: Oxford University Press
- Hospice and Palliative Care Nurses Association. (2002) Competencies for Advanced Practice Hospice and Palliative Care Nurses. Viitattu Witt Sherman D. & Free, D.C. (2015) Nursing and palliative care. Teoksessa Cherny, N. I., Fallon, M. T., Kaasa, S. ja Currow, D.C. (toim.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5. painos. Oxford: Oxford University Press (s. 154–163).
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2020) Valmisteilla olevat hoitosuosituksset. Viitattu 15.1.2020. <https://www.hotus.fi/valmisteilla-olevat-hoitosuosituksset/>
- Hävölä, H., Rantanen, A. & Kylmä J. (2015) Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede* 27 (2), 132–147.

- Steinhauser K. E. & Tulsky, J. A. (2015). Defining a 'good' death. Teoksesta Cherny, N. I., Fallon, M. T., Kaasa, S. ja Currow, D.C. (toim.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5. painos. Oxford: Oxford University Press (s. 78–83).
- Vainio, A. (2015) Palliatiivisen hoidon historia. Teoksesta Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. ja Vainio, A. (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Duodecim (s. 17–19).
- WHO. (2020) WHO *Definition of Palliative Care*. Saatavilla 16.3.2020. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Assembly. (2014). *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course: Report by the Secretariat*. WHA67.19. Saatavilla http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
- Veikkola, J. (2002) Diakonian perustehtävä, visiot ja tavoitteet. Teoksessa R. Helosvuori E. Koskenvesa, P. Niemelä & J. Veikkola (toim.). *Diakonian käsikirja*. (s. 107–128). Helsinki: Kirjapaja.
- Witt Sherman, D. ja Free, D. C. (2015). Nursing and palliative care. Teoksesta N. I. Cherny, M. T. Fallon, S. Kaasa ja D. C. Currow (toim.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (5. p.). (s. 154–163). Oxford: Oxford University Press.

Pirkko Natri

16 VAKAVASTI SAIRAIDEN JA KUOLEVIEN LASTEN DIAKONINEN HOITOTYÖ

Lasten ja nuorten palliatiivisessa hoitotyössä turvataan lapsen tai nuoren mahdollisuudet saada tietoa ja osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Lapsen yksilöllisyyden huomioiminen ja omatoimisuuden tukeminen, perheen tukeminen ja mukaan ottaminen hoitoon sekä turvallisuudentunteen vahvistaminen ovat keskeisiä hoidon periaatteita. Myös kuolemaan johtavan sairauden aikana tuetaan moniammatillisesti lapsen kasvua ja kehitystä. Kuolemasta puhutaan rehellisesti huomioiden lapsen tai nuoren ikä- ja kehitystaso.



oletko minulle enkeli, kun eksyn pimeään, mieleni mustaan onkaloon huolien valtaan jään? Oletko minulle enkeli, kun valoon löydä en? Oletko minulle enkeli toivon ja luottamuksen? (Kaskinen 2009.)

Suomessa kuolee vuosittain noin 300 alaikäistä lasta (Tilastokeskus 2020). Lapsi tai nuori voi kuolla äkillisesti tai pitkäaikaissairaudesta vuoksi. Tieto lapsen tai nuoren kuolemaan johtavasta vakavasta sairaudesta järkyttää sairastunutta ja hänen läheisiään. Kuolevan lapsen tai nuoren läheiset joutuvat elämän suurten kysymysten äärelle surunsa keskellä, ja he tarvitsevat tästä selvitäkseen vahvaa ammatillista tukea ja kohtaamista. Diakonisen hoitotyön osamisella on näin ollen merkittävä lisäarvo hoitotyössä. (Myllylä 2004.) Olen itse työskennellyt sairaanhoitajana lasten ja nuorten hematologisella ja onkologisella osastolla. Tässä artikkelissa käyttämäni esimerkit ovat kokemuksia omasta käytännön työstäni.

Diakoninen hoitotyö perustuu Raamatun sanoihin: ”Hoivatkaa toinen toisianne, niin kuin Kristuskin on teidät hoivaansa ottanut” (Room.15:7). Diakoninen hoitotyö on ammatillista palvelemista, jossa hoitotyön auttamismenetelmien lisäksi käytetään rukousta, jumalasuhteen vahvistamista, sielunhoitoa, hengellistä musiikkia ja kirjallisuutta, rippiä, ehtoollisen antamista, syyllisyydestä vapautta-

mista, elämän tarkoituksen pohtimista sekä toivon vahvistamista. (Myllylä 2004; Kotisalo, Rättyä 2014.)

Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, kun sairaus ei ole parannettavissa. Keskeistä on pelon, kivun, kärsimyksen ja muiden oireiden lievittäminen sekä psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä eksistentiaalsiin kysymyksiin paneutuminen. Päämääränä on potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi. Palliatiivinen hoito auttaa lasta tai nuorta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa asti ja se tukee läheisiä selviytymään sekä potilaan sairauden aikana että kuoleman jälkeen. Saattohoito on kuolemaa pian lähestyvän lapsen tai nuoren ammattitaitoista hoitamista ja heidän läheistensä tukemista. (Duodecim 2019.)

Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymistä edeltää aina lääketieteellinen hoitopäätös. Sen tekee hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitoneuvottelussa ovat läsnä hoitava lääkäri, omahoitaja, vanhemmat ja lapsi kehitystasonsa mukaisesti. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) ohjeistaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja tiedonsaantioikeutta. Se määrittelee myös alaikäisen oikeutta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Lapsen vanhemmat ovat yleensä parhaita tiedonantajia lapselleen, mutta he tarvitsevat siihen ammattilaisen neuvoja ja tukea. Saattohoitopäätös kirjataan potilaan hoitokertomukseen. (Moren 1999; Etene 2003.)

Hoitotyön standardit sairaalahoidossa ja periaatteet lasten ja nuorten hoitotyössä

Perhekeskeinen hoitotyö alkoi tulla sairaalamailmaan 1980-luvulla. Lapsen ja nuoren huoltajat alkoivat osallistua hoitotyöhön. Perhettä alettiin kuunnella ja arvostaa asiantuntijana. Lasten ja nuorten sairaanhoitoa sairaalassa ohjaavat yhteis-pohjoismaiset standardit, jotka perustuvat YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen. Niiden mukaan lapsi tulee ottaa sairaalahoitoon vain, jos hoitoa ei voida toteuttaa kotona tai poliklinisesti. Lapsella on oikeus pitää vanhemmat tai heitä korvaavat henkilöt luonaan koko ajan sairaalassa ollessaan, ja vanhemmille tulee tarjota sairaalassa myös yöpymismahdollisuus. Lapsilla ja vanhemmilla tulee olla oikeus saada tietoa ikää ja ymmärtämiskykyä vastaavalla tavalla. Heillä tulee olla oikeus osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja lapsi pitää suojata turhilta tutkimuksilta. Lasta ja nuorta tulee hoitaa heille sopivassa hoitoympäristössä. Lapsen ja nuoren normaalia kasvua ja kehitystä tulee tukea, ja heillä tulee olla mahdollisuus leikkiä, virkistyä ja käydä koulua. (Holmberg 2003; Ruuskanen, Airola 2007.)

3-vuotiaalta Maijalta olivat hiukset lähteneet päästä sytostaattihoitojen seurauksena. Hän keksi ratkaisun asiaan itse laittamalla päähänsä sukkahousut. Näin hän pystyi juoksemaan osastolla hiuskoruilla somistellut letit hulmuten.

Henkilökunnalla tulee olla koulutus ja pätevyys, että se kykenee vastaamaan lasten ja perheiden kokonaisvaltaisen hoidon tarpeisiin. Hoidossa tulee toteutua jatkuvuus ja loukkaamaton kohtelu. Näiden hoitotyön laatuvaatimusten tulee toteutua myös palliatiivisen ja saattohoidon aikana. (Tuomi 2008.)

12-vuotias Kaisa sairasti leukemiaa, jota lääketieteelliset hoidot eivät enää pystyneet parantamaan. Hän halusi silti käydä ahkerasti koulua ja saada kaikista kokeista kiitettäviä arvosanoja.

Vakava sairaus aiheuttaa koko perheelle suurta huolta, surua, pelkoa, syyllisyyttä ja pettymystä toiveiden romahtaessa. Perheen kriisi koskettaa myös sisarusia ja isovanhempia. He tarvitsevat tukea ja hoitotyön tulee olla suunnitelmallista. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma tulee laatia moniammatillisessa yhteistyössä perhettä kuunnellen.

Hoidossa toteutetaan hoitotyön periaatteita. Nämä ovat yksilöllisyyden periaate, perhekeskeisyyden periaate, omatoimisuuden periaate, ja turvallisuuden periaate. *Yksilöllisyyden periaate* tarkoittaa, että jokaisella lapsella ja nuorella on oikeus olla oma ainutkertainen yksilö. Hoidossa tulee huomioida, että sairauden vaikutuksesta lapsen kehitystaso laskee ja opitut taidot katoavat.

Raisa on oppinut kuivaksi 2-vuotiaana. Hän on nyt 4-vuotias ja hän on sairastunut munuaissyöpään. Hän alkaa kastella uudelleen ja hän tarvitsee vaippaa päivällä ja yöllä.

Perhekeskeisyyden periaate ohjaa lasten ja nuorten hoitotyötä. Lasta ei voi hoitaa erillisenä ilman hänen vanhempiaan tai huoltajiaan. Vanhempien asiantuntijuutta arvostetaan ja vanhempainvastuuta kunnioitetaan. Omatoimisuuden periaatteen mukaan lapsen, nuoren ja perheen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Perhekeskeiseen kuolevan lapsen hoitoon kuuluu myös sisarusten huomioiminen. Useissa tutkimuksissa on todettu, että pitkittyneet ja poikkeavat sisarusten reaktiot johtuvat siitä, että heidät on suljettu hoidon ulkopuolelle. (Moren 1999.)

Palliatiivisessa hoidossa pitkään olleen Emmin ruokahalu on huono. Hoitaja kysyy, ottaako Emmi jäätelön välipalaksi. Hoitaja lähtee osaston keittiöön ja ottaa sieltä lautaselle kolme erilaista jäätelöä. Näin Emmi saa itse valita, mikä jäätelön hän syö. Lapsi voi itse päättää pienistä asioista.

Lapsi kommunikoi leikin ja toiminnan kautta. Leikin avulla lapsi pääsee hänelle luontevaan vuorovaikutukseen toisen ihmisen kanssa, ja hän pystyy omaksumaan uusia taitoja ja tietoa leikin välityksellä. Lapsen leikkiä havainnoimalla voimme myös saada käsityksen lapsen omasta sisäisestä kokemusmaailmasta – lapselle leikki on hänen oma todellisuutensa. Hoitotyössä onkin tärkeää osata tulkita ja tukea tätä lapsen ilmaisumuotoa. Lapsen ja nuoren kasvua ja kehitystä tuetaan elämän loppuun saakka moniammatillisen yhteistyön kautta. Kehityksen tueksi tarvitaan erityistyöntekijöitä: varhaiskasvatuksen opettaja, opettaja, toimintaterapeutti, psykologi, sairaalapappi, seurakunnan lastenhoitajat ja seurakunnan pyhäkoulun opettajat. (Holmberg 2003; Ruuskanen, Airola 2009.)

Saattohoidossa oleva 6-vuotias Eemil piirsi mustalla värillä kuvan perheestään. Toisella puolella paperia seisoivat isä, äiti ja sisko. Toisella reunalla oli keltainen häkki, jonka sisälle hän piirsi itsensä.

Turvallisuuden periaate tarkoittaa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä turvallisuutta. Hoitoympäristön on oltava turvallinen ja lapselle soveltuva. Lapset odottavat hyvältä hoitajalta inhimillisyyttä, huumorintajua, luottamuksellisuutta ja värikkäitä vaatteita. Lapsen on saatava aikuisen läheisyyttä ja häntä tulee auttaa leikkimään ja puhumaan pois ikävät kokemukset. On tärkeää, että perhe tulee nähdäksi. Hoitaja voi katsellaan ja eleilläään ilmaista tämän. Myös hoidon jatkuvuus turvataan. (Lähteenoja, Laine 2005; Tuomi 2014.)

Tuen muodot

Lapsi, nuori ja vanhemmat tarvitsevat tietoa sairauden vaiheesta ja sen hoidoista. Palliatiiviseen ja saattohoitoon siirryttäessä hoitoneuvottelussa kerrotaan uudesta hoitolinjauksesta. Parantavasta hoidosta siirrytään oireiden hoitoon. Tieto on hyvä antaa selkokielellä, jotta voidaan varmistua siitä, että perhe ymmärtää kaiken, mistä puhutaan. Keskustelun tukena voidaan käyttää myös visuaalisia tukimenetelmiä, kuten kuvia ja piirtämistä. Asioita on tärkeää kerrata ja kysymyksille tulee antaa aikaa, sillä perhe ei välttämättä pysty ottamaan tietoa vastaan surun ja

järkytyksen vuoksi. Vanhempien ohjaus sairaan lapsen ja nuoren hoidossa korostuu. (Natri 2008; Papunet.)

Sadutus on lasten kuulemiseen kehitetty menetelmä. Lapselle on luotava tunne siitä, että häntä kuunnellaan ja arvostetaan. Sadutuksessa ollaan kiinnostuneita nimenomaan lapsen ajatuksista. Lapsi saa olla aloitteellinen, aktiivinen, osaavaa ja luova toimija. Sadutus ei vaadi erityisosaamista. Siinä edetään niin, että hoitaja pyytää lasta kertomaan sadun, jonka hän kirjaa ylös. Lopuksi hoitaja lukee sadun lapselle ja lapsi voi halutessaan korjata kirjoitusta. (Karlson & Riihelä 2006; Kuokkanen 2012.)

Vanhemmat voivat reagoida lapsen hoitoa koskeviin uutisiin eri tavoin. Vanhempien reagointiin vaikuttavat sairauden luonne, perheen roolit, lapsen ikä, muu elämän stressi, selviytymiskeinot, voimavarat ja tukiverkostot. Lapsen vakava sairastaminen aiheuttaa vanhemmille tunnereaktioita, joita ovat pelko, huoli, ahdistus, syyllisyys ja vaikeus hyväksyä sairaus. Tunne-elämän tukeminen on empaattista kuuntelemista, rakkauden osoittamista, turvallisuuden tunteen lisäämistä sekä henkisen ahdistuneisuuden vähentämistä. On tärkeää olla sensitiivinen ja löytää toivoa luovia sanoja. Myös vaikeiden ja kielteisten tunteiden vastaanottaminen kuuluu ammattitaitoiseen hoitamiseen. Ammatillinen hiljainen läsnäolo vaatii hoitajalta kypsyyttä ja rohkeutta. Pienten ylimääräisten asioiden tekeminen ja perheen tarpeiden ennakointi antavat tunteen välittämisestä ja lämmöstä. (Natri 2008; Mattila 2011; Käpy ry 2012; Kähkönen 2019.)

Vanhemmat tarvitsevat käytännöllistä tukea, joka auttaa arjesta selviämisessä. Vanhemmat osallistuvat lastensa perushoittoon, mutta he tarvitsevat siinä hoitohenkilökunnan ohjausta ja tukea. Erityisesti isien tukemiseen tulisi kiinnittää huomiota, ja tässä vertaistuella on suuri merkitys. Vanhemmat tarvitsevat myös sairauslomaa ja sosiaaliohjaajan tukea taloudellisten asioiden järjestämisessä.

Perheiden vakaumusta kunnioittaen otetaan huomioon hengellisen ja eksistentiaalisen tuen tarve. Länsimaissa vallitsee usein vaikenemisen kulttuuri uskoa ja elämänvakaumusta koskevissa kysymyksissä. Puuttuu tottumusta puhua, ja samoin puuttuu käsitteitä tai ihmisen, jonka kanssa voisi keskustella. Ikali Karvonen tuo väitöskirjassaan esille ”Avaus-mallin”, jonka avulla perheen vakaumusta voi kartoittaa.

Perimmäisiin kysymyksiin ei ole tiedollisia vastauksia eikä niiden pohtimisessa ole asiantuntijoita. Niitä voidaan pohtia yhdessä myös lapsen ja nuoren kanssa. Eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaaminen on sen hoitoa. Tukeminen on kuuntelemista, keskustelua koko perheen elämään liittyvistä arkipäivän asioista, iloisista, suruista ja muistoista. Se voi olla myös lasten ja nuorten hengellisten laulujen lau-

lamista ja kuuntelemista, Raamatun ja hengellisen kirjallisuuden lukemista, rukousta ja sielunhoitoa. Hengellisyys ja usko Jumalaan voivat olla tärkeä toivon lähde vaikean sairauden aikana. Sairaanhoidaja-diakonissalla ja sairaalasielunhoitajalla on valmiutta auttaa näissä tilanteissa. (Karvinen 2012; Saarelainen 2017; Virtaniemi 2017; Nimbalkar, Mungala, Khanna, Patil & Nimbalkar 2019.)

Hoitajan tullessa potilashuoneeseen äiti oli lukemassa Raamattua. Hoitaja kysyi hienotunteisesti: ”Mitä olit lukemassa?” Tämä oli keskustelun avaus hengellisiin asioihin.

Lapselle tuovat turvaa arjen rytmi ja rutiinit. On hyvä, jos omat tutut hoitajat hoitavat häntä. Turvallisuutta tuovat myös omat lelut, kirjat ja uniriepu. Yhteisten iltarutiinien ylläpitäminen osastohoidossa poistaa hätää, kuten esimerkiksi iltasatu ja -laulu tai iltarukous ja -laulu. (Gothóni 2009.)

Isä pyytää hoitajaa laulamaan 5-vuotialle Matille ennen tämän nukkumaan menoa tutun lasten hengellisen laulun ja lukemaan iltarukouksen, koska hänen pitää kiirehtiä kotiin toisten lasten luokse ennen iltatoimia.

Kuolevan lapsen ja nuoren hoitotyö

Lapsen ja nuoren ymmärrys lähestyvistä kuolemasta riippuu hänen iästään ja kehitystasostaan. Lapsen ja nuoren kysyessä kuolemasta tulee hänelle puhua rehellisesti. Perhekeskeisessä hoitotyössä yhteistyössä vanhempien kanssa pohditaan, mitä ja miten asiasta kerrotaan. Vaikka alle vuoden ikäinen lapsi ei ymmärrä sanoja, äänen sävelkulku, kosketuksen herkkyyks, erilaiset tuoksut ja huolenpito kertovat, että hänestä välitetään. Alle 2-vuotiaalla voi olla intuitiivinen ymmärrys kuolemasta. Leikki-ikäiset eivät ymmärrä kuoleman lopullisuutta ja heidän ajattelunsa on konkreettista. Heillä on voimakas mielikuvitusmaailma. Leikki-ikäiset lapset myös pelkäävät joutumista eroon vanhemmistaan. (Lähteenoja & Laine 2007; Hiltunen 2016; Kähkönen 2019.)

Äiti puhui ääneen lapsensa kuolinvuoteen äärellä. Hän sanoi 3-vuotiaalle Mikaelille. ”Sinä menet Jeesuksen luokse.” Pieni poika alkoi itkeä ja sanoi: ”En halua mennä Jeesuksen luokse, vaan haluan olla sinun kanssasi.”

Kouluikäisen ajattelu muuttuu konkreettisesta abstraktiksi. Lapsi pystyy vähitellen ymmärtämään kuoleman lopullisuuden. Hänen pelkonsa kuolemasta, erosta ja kivusta lisääntyvät. Lapselle vastataan hänen esittämiinsä kysymyksiin. Keskustelua voi johdatella kyselemällä lapsen kysymysten syitä lapselta itseltään. Lapsella on oikeus omaan surutyöhönsä.

11-vuotias Samuel oli saanut luuydinsiirron. Leukemia kuitenkin uusi ja hän siirtyi saattohoitovaiheeseen. Tilanteesta kerrottiin hänelle avoimesti. Perheessä oli paljon sisaruksia. Samuel kertoi vanhemmilleen, miten hänen lelunsa tuli jakaa hänen sisaruksilleen. Lisäksi hän käytti säästönsään olevat rahansa siten, että kaikki perheen lapsen pääsivät niillä huvipuistoon.

Murrosikäinen alkaa ymmärtää kuolemansa aikuismaisesti. Hän voi kieltää tilanteen ja kieltäytyä yhteistyöstä. Suru voi näkyä alakuloisuutena tai vihamielisyytenä. Hänen hoidossaan pääpaino on itsenäisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa. Nuori voi myös haluta suorittaa loppuun keskeneräisiä asioita ja suunnitella hautajaisiaan. Näissä asioissa hoitajan tulee olla rohkeasti läsnä ja tukea nuorta. (Moren 1999; Eho 2008; Hietanen 2013; Gothóni 2014; Virtaniemi 2017.)

17-vuotias Katri lepäsi vuoteessaan puoli-istuvassa asennossa. Hänen kovat kipunsa pahenivat koko ajan laajenevan syöpäkasvaimen vuoksi. Hänelle annettiin jatkuvasti päivittäin vahvoja kipulääkkeitä. Sairaanhoidtaja-diakonissaa kutsuttiin Katrin luokse, sillä hän halusi kysyä kuolemasta ja taivaasta. Lisäksi hän pyysi hoitajaa lohduttamaan häntä. Hoitaja kertoi, mitä ihmiselle tapahtuu kuolinhetkellä. Hän luki Katrille Raamatusta kuvauksen taivaasta ja lauloi hänelle lohduttavan hengellisen laulun. Katri nukutettiin kivun vuoksi seuraavana päivänä, ja hän kuoli pian sen jälkeen.

Koti on paras hoitopaikka lapselle ja nuorelle elämän loppuvaiheessa. Perheelle järjestetään oma saattohoitoryhmä, johon kuuluvat lääkäri, kuntoutusohjaaja, omahoitaja ja erityistyöntekijöitä, mm. teologi. Kotiin järjestetään kaikki tarvittavat hoitovälineet. Perheeseen ollaan säännöllisesti yhteydessä ja kotona käydään tarpeen mukaan. Lasta ja nuorta voidaan hoitaa myös kodin lähellä olevan sairaalan osastolla. Hoidossa toteutetaan yksilövastuista hoitotyötä, jossa perheelle läheisimmät hoitajat hoitavat heitä.

Lapsen pelon ja kivun arviointi on erityisen vaativaa, koska hän ei pysty ilmaisemaan kipua ja pelkoa kuten aikuiset. Lapsen ilmaisukyky riippuu kehitystasos-

ta. Eleitä, ilmeitä ja käyttäytymistä tulee osata tulkita. Ilmaisun tueksi voi käyttää erilaisia visuaalisia asteikkoja, esimerkiksi ”kipumittaria” ja ”tunnemittaria” (Viittottu rakkaus 2019). Kipua ja pelkoa hoidetaan lääkkeettömin ja lääkkeellisin menetelmin. Lääkkeettömiä menetelmiä ovat esimerkiksi leikkiminen, silittäminen, hierominen, musiikin kuuntelu, piirtäminen ja keskusteleminen. Vanhempia tulee ohjata niiden käytössä.

Kipulääkitys toteutetaan WHO:n kipulääkeporrastuksen mukaan samoin kuin aikuisilla. Myös muiden oireiden hoito noudattaa pitkälti aikuisten hoidon linjoja. Kivun ja muiden oireiden kliinisen hoidon osaaminen on keskeinen osa kuolevan potilaan hoidon ammattitaitoa. Lasten itsearvioinnin mukaan kivun lievitys on vielä puutteellista. Jos potilas ei saa kipuun ja kärsimykseen riittävää lievitystä, puhutaan alihoidosta. Vastakohtana alihoidolle on ylihoito, jota ovat mm. turhat kipua tuottavat tutkimukset. (Dyregrov 1989; Tuomi 2008; Duodecim 2019.)

4-vuotias Kalle menehtyi sairastettuaan leukemiaa vuoden ajan. Kipulääkitys ei ollut riittävää. Sekä kivun arviointi että sen hoito viimeisen vuorokauden aikana epäonnistuivat. Äiti suree asiaa vielä vuosien kuluttua.

Lapsen kuolemaa koskevat järjestelyt on hyvä sopia vanhempien kanssa etukäteen. Vanhempia lohduttaa tieto, että itse kuolema ei ole vaikea. Lapsen kunto vähitellen heikkenee ja usein lopulta hänen tajuntansa taso laskee. Lapsi näyttää nukkuvan pois. Kivunlievityksellä varmistetaan, ettei lapsi joudu kärsimään. Vanhemmille kerrotaan, ettei heillä ole kiire ja että he saavat rauhassa hiljentyä lapsensa luona. He voivat ottaa lapsen syliin. Huoneeseen tuodaan kynttilä ja läheisten halutessa voidaan laulaa jonkin lasten hengellinen laulu. Hoitohenkilökunnan vastuulla on tehdä tilanteesta lämmin ja arvokas. (Lähteenoja & Laine 2005; Sylva ry 2018.)

6-vuotias Saila on osastolla saattohoidossa. Syöpäsairaus on vienyt vähitellen Sailan puhekyvyn, mutta hän ymmärtää puheen. Vanhempien kanssa on katseltu kuvia ja muisteltu lapsen elämän kulkua: ilon ja kasvun vuosia sekä sairastumista. Eräänä yönä Saila nukkuu pois. Hoitajat tuovat huoneeseen kynttilän, ja vanhempien toiveesta lauletaan yhdessä laulu ”Jumalan kämmenellä”. Sen jälkeen vanhemmat haluavat olla rauhassa keskenään kuolinvuoteen äärellä.

Valmiuksia hoitaa kuolevia potilaita ja heidän perheitään lisää oman käsityksen selkeyttäminen kuolemasta, tietoisuus omista menetyksistä ja etäisyyden saaminen niihin, kiinnostus eri kuolemankäsityksistä, tutustuminen erilaisiin tapoihin, rituaaleihin ja kuoleman symboleihin, tieto eri kehitysvaiheissa olevien lasten kuolemankäsityksistä, empatiakyvyn kehittäminen ja valmiudesta ottaa vastaan negatiivisia tunteita kuten vihaa, pettymystä, syytöksiä ja surua. (Moren 1999; Eho 2006; Hietanen 2013; Hiltunen 2016.)

Lasten ja nuorten elämän loppuvaiheen hoitotyössä on keskeistä korkea ammattietiikka, jossa eettinen herkkyys ja kyky eettiseen päätöksentekoon korostuvat. Tarvitaan hoitotyön kokonaisvaltaista ja ammatillista kliinistä osaamista sekä sitoutumista diakonisen ja palliatiivisen hoitotyön sekä saattohoidon periaatteisiin. (Juujärvi, 2007; Hiltunen 2016.)

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Duodecim (4.10.2019). Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Dyregrov, A. & Makkonen, M. (1993). *Lapsen suru*. Helsinki: Mannerheimin lastensuojeluliitto.
- Eho, S. (2008). Nuori, sairaus ja kuolema. Teoksessa Pruuki, H. (toim.): *Nuorten sielunhoidon käsikirja* (s. 219–231). Helsinki: LK-kirjat.
- Etene (2003). Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Saatavilla 28.3.2020 <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Tyoryhman+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- Gothóni, R. (2014). *Auttava kohtaaminen 2. Sielunhoidon menetelmät ja käytäntö*. Kirjapaja: Helsinki
- Gothóni, R. (2005). Lapsen häät. Teoksessa Aalto, K. Gothóni, R. (toim.): *Ihmisen lähellä. Hengellisyys hoitotyössä*. Kirjapaja. 37–46.
- Hietanen P. (2013). Mistä toivoa vakavasti sairaalle? Teoksessa Pelkonen R., Huttunen M. & Saarela K. (toim.): *Sairaus ja toivo*. Helsinki: Duodecim.
- Hiltunen, H-R. (2016). *Lapsen ja nuoren surun tukeminen. Opas lasten ja nuorten kanssa työskenteleville*. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Karelia Ammattikorkeakoulu.
- Holmberg, T. (2003). Leikkiin on kirjoitettu lapsen surun sanat. Teoksessa Erkkilä, J, Holmberg, T, Niemelä, S. & Ylönen, H. *Surevan lapsen kanssa*. (s. 59–97). Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Juujärvi S., Myyry L. & Pessa K. (2007). *Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa*. Helsinki: Tammi.
- Karlsson, L. & Riihelä, M. (2006) Tervetuloa lasten kuuntelun ja sadutuksen maailmaan – sadutus päihinänkuoressa. Teoksessa L. Karlsson (toim.) *Lapset kertovat...* (s. 18–20). Helsinki: Stakes. Saatavilla <https://www.julkari.fi/handle/10024/75269>
- Karvinen, I. (2009). *Henkinen ja hengellinen terveys – Etnografinen tutkimus Kendun sairaalan henkilökunnan ja potilaiden sekä Kendu Bayn kylän asukkaiden henkisen ja hengellisen terveyden käsityksistä*. Väitöstutkimus. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Kaskinen, A. & Otto, R. (2009). *Lohdun sanoja sinulle*. Helsinki: Kirjapaja.

- Kotisalo, H. Rättyä, L. (2014). *Diakonissat terveyden edistäjinä: raportti tutkimus- ja kehittämishankkeesta (1.3.2011–28.2.2014) Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kuokkanen, P. (2012). *Onnellisena loppuun asti: Lapset kertovat hyvinvoinnista sadutetuissa saduissaan*. Pro gradu. Helsingin yliopisto. Saatavilla <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/38164>
- Kähkönen, K. (2019). *Sairaanhoitajien kokemuksia kärsimyksen kohtaamisesta vastasyntyneiden perhehoitotyössä ”Mä oon tässä teidän kanssa, mä oon käytettävissä.”* Pro Gradu. Helsingin yliopisto.
- Käpy Lapsikuolemaperheet ry. Ohjeita ammattilaiselle surevan kohtaamisen. Saatavilla 28.3.2020 <https://kapy.fi/ammattilaiselle/ohjeita-surevan-kohtaamiseen/>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lähteenoja, K-M. & Laine, V. (2004). Kuoleva lapsi ja lapsen saattohoito. Teoksessa Koistinen, P. Surakka, T., Koistinen, T. & Ruuskanen, S. (toim.): *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja* (s. 452–464). Helsinki: Tammi.
- Mattila, K. (2011). *Lapsen vahvistava kohtaaminen*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Minkkinen, L. & Kyllönen, S. (2005). *Lapseni on kuollut – jäi jälkeen kaipuu, jäi sanaton suru*. Helsinki: Sylva.
- Moren R. (19.3.1999). Lapsen syöpäkivun hoito moniammatillisena yhteistyönä. [Luento]. Tampere.
- Myllylä, M. (2004) Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulu: Oulu University Press (Väitöskirja, Oulun yliopisto). Saatavilla <http://urn.fi/urn:isbn:9514273567>
- Natri, P. (2008). *Perheen tukeminen lapsen sairastuttua syöpään*. Pro gradu. Oulun yliopisto.
- Nimbalkar, A., Mungala, B., Khanna, A., Patil, K. & Nimbalkar, S. (2019). Prayers and beliefs among relatives of children admitted in pediatrics wards. *Journal of Family Medicine & Primary Care* (8)3, (s. 1123–1128).
- Papunet. Selkeää ja saavutettavaa viestintää. Saatavilla 28.3.2020 <https://papunet.net/>
- Ruuskanen S., Airola K. 2007. Lasten, nuorten ja perheen hoitotyö. Teoksessa Koistinen, P. Surakka, T., Koistinen, T. & Ruuskanen, S. (toim.): *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja* (s. 120–124). Helsinki: Tammi.
- Saarelainen, S. (2017). *Meaningful life with(out) cancer: Coping narratives of emerging Finnish adults*. Helsingin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/180170/MEANINGF.pdf?sequence=1>
- Tilastokeskus 2020. Tilastokeskuksen PxWeb-tietokannat. Kuolleet iän ja sukupuolen mukaan. Saatavilla <https://www.tilastokeskus.fi>
- Tuomi, S. (2008). *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1066-9>
- Viitottu rakkaus. Tunnetaidot. Saatavilla 10.3.2020. <https://viitotturakkaus.fi/tuote-osasto/tunteiden-tunnistaminen-lapset/tunnetaidot/>
- Virtaniemi, M-P. (2017). *Elämän päätösjakson haaste: ALS-tautiin sairastuneen eksistentiaalinen prosessi ja uskonnollinen spirituaaliteetti*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavilla <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/187231/ELAMANPA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

IV
DIAKONINEN HOITOTYÖ JA
KULTTUURINEN MONINAISUUS

Mertsi Ärling

17 ROMANIT – TUNTEMATON VÄHEMMISTÖ TERVEYDENHUOLLOSSA JA SEURAKUNNASSA

Romanit ovat Suomessa edelleen melko tuntematon vähemmistö. Romanien historian ymmärtäminen on tärkeää, kun halutaan ymmärtää romaneja ja romanikulttuuria. Tärkeintä niin terveydenhuollossa kuin diakoniatyössäkin on kohdata ensisijaisesti ihminen. Vähitellen romaniväestö on siirtymässä kirkossa ja yhteiskunnassa toimintojen kohteesta aktiiviseksi toimijaksi.

Johdanto

Kulttuurista johtuvat erilaisuudet ovat jokapäiväisiä sosiaali- ja terveystalalla sekä seurakuntatyössä. Monimuotoistuneessa Suomessa jokaisen työntekijän asiantuntijuuteen ja osaamiseen kuuluu eri etnisiä kulttuureja kunnioittava kompetenssi.

Monelle terveydenhuollon ja seurakuntatyön ammattilaiselle romanit saattavat olla melko tuntematon vähemmistö. Sanana romani herättää jokaisessa lukijassa erilaisia arvolatauksia. Jollekin se tuo mielikuvan vapaana liikkuvista luonnonlapsista ja joillekin se merkitsee vahvojen ja jopa jyrkkien ennakkoluulojen värittämiä ajatuksia ainaisista ongelmista. Kaikkien muiden mielikuvat osuvat todennäköisesti näiden kahden välille. Jokaisesta mielikuvasta on löydettävissä totuuden siemen. Mutta mistä oikeastaan puhutaan, kun puhutaan Suomen romaneista ja mitä tarkoittaa, kun puhutaan heidän kulttuuristaan sekä kohtaamisestaan joko sairaalassa seurakuntatyössä?

Artikkelin kahdessa ensimmäisessä osassa tuodaan esille historiallista ja kulttuurillista kehystä, joka on olemassa jokaisen romanin taustalla ja jonka sisäistämällä ammattilaisen on helpompi hahmottaa erilaisten toimintojen taustalla vaikuttavia syys ja seuraus tekijöitä. Artikkelin kahdessa viimeisessä osuudessa esitellään hyväksi koettuja käytänteitä, joiden on todettu edistävän kohtaamista ja yhteistyötä niin terveydenhuollossa kuin seurakuntatyössä.

Tarina Suomen romaneista on tarina Suomesta

Historian tunteminen on oleellista, kun halutaan ymmärtää Suomen romaneja. Noin 10 000 hengen vähemmistönä romanit ovat eläneet keskellä suomalaista yhteiskuntaa tarkalleen 460 vuotta ja omaksuneet suomalaisen talonpoikaiskulttuurin pääpiirteet osaksi omia itämaisia tapojaan. Suomen kieli on pääosin syrjäyttänyt romanikielen arjessa, vaikka sen piirteitä on yhä näkyvässä romanien keskinäisessä puheessa. (Rekola 2012, 18–26; Hedman 2014, 265; Rajala & Blomerus 2015, 8.)

Romanien kansallisena tunnisteena käytetty nimitys romani tulee romani-kielen sanasta *rom*, joka tarkoittaa miestä tai ihmistä. Nimityksen romani vai mustalainen taistelua vosisi verrata Amerikan Yhdysvaltojen mustien käymään taisteluun halventavaksi koettua *neekeri*-termiä vastaan (Heire 2000, 7–34; Puuronen & Välimaa 2001, 54–60).

Romaneista suurin osa asuu pääkaupunkiseudulla ja paikalliseen väestöön suhteutettuna eniten Kauhajoella. Romaneilla on perustuslain mukainen kielellinen ja kulttuurinen vähemmistöasema Suomessa ja sen kansalaisina yhtäläiset kansalaisoikeudet ja -velvollisuudet kuin kenellä tahansa suomalaisella. (Rekola 2012, 18–26, Rajala & Blomerus 2015, 8.)

Asemastaan huolimatta romanit kohtaavat arjessa laajasti yhdenvertaisuuteen ja osallisuuteen liittyviä ongelmia (Ärling 2018, 14, 27). Romanien työllisyys laahaa jäljessä ja koulutustaso on keskimääräistä matalampi ja kapeampi muuhun suomalaiseen väestöön verrattuna, vaikka viimeisen viiden vuoden aikana kouluttautuminen on räjähdysmäisesti kasvanut kaikilla koulutusasteilla. Syitä osallisuuden, koulutuksen sekä työllistymisen haasteisiin on löydettävissä sekä historiasta että nykyhetkestä, niin yhteisön sisältä kuin ulkopuoleltakin (Ärling 2018; Jauhola & Ärling 2019, 12–17).

Pohjoismaista Suomeen romanit saapuivat vuonna 1559 (Rekola 2012, 18). Toisen maailmansodan aikana vainotuksi tulemisen kohtalon – holokaustin – romanit jakoivat juutalaisten kanssa. Kaasukammioissa, kokoamisleireillä ja julmissa lääketieteellisissä natsitutkimuksissa romaneja tuhottiin karkeiden arvioiden mukaan jopa kaksi miljoonaa. (Bruchfeld ja Levine 1998, 38–45.)

Katolisen ja luterilaisen kirkkojen suhtautuminen romaneihin 1500–1800-lukujen Euroopassa mukaili silloisten hallitsijoiden ja viranomaisten syrjivää ja karrottavaa asennetta (Rekola 2012, 20, 32–33, 45–47). Suomen kirkko käsitteli romaneita pitkään ongelmana ja sulki heidät yhteydestään kieltämällä kaikki kirkolliset sakramentit ja palvelut (Mäkinen 2014, 37–38). Yhteiskunnan ja kir-

kon näkemä ”romaniongelma” purkautui vasta erillisellä lainsäädännöllä vuonna 1958, minkä jälkeen seurakuntapapit ohjeistettiin saattamaan romanit yhteiskuntakelpoisiksi. Siihen vaste jäi vähäiseksi heikon kulttuurituntemisen sekä assimilaatioasenteen vuoksi. (Friman-Korpela ym. 2005, 9–10, 24; Hedman ym. 2019, 8–9.)

Hitain askelin suomalainen kirkko ja yhteiskunta alkoivat tuntea todellista vastuuta maansa romaneista. Romanien asema muuttui vähitellen kulttuuri-vähemmistöksi. Taustalla vaikuttivat kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja Mustalaisasiainneuvottelukunnan sekä Mustalaislähetysten (nykyään Romano Missio) painokas vaikuttamistyö romanien aseman parantamiseksi. Myös Suomen alkuperäisväestön, saamelaisten, aktivoituminen samaan aikaan tuki keskustelua vähemmistöjen oikeuksista. Uudistuksien konkretia alkoi kuitenkin näkyä vasta 1980-luvun puolella, jolloin julkaistiin Kirkko ja mustalaisväestö -mietintö, missä ehdotettiin kirkon sisälle romanien hengellistä työtä koordinoivan työryhmän perustamista. Työryhmä perustettiin 1994 ja se sai nimekseen Romanit ja kirkko -työryhmä. Se liitettiin Kirkon diakonian ja yhteiskuntatyön (KDY) keskuksen yhteyteen. (Friman-Korpela ym. 2005, 9–10, 24–25; Friman-Korpela 2014, 114–115.)

Aivan erityinen edistysaskel kirkon ja romanien yhteisessä historiassa tapahtui Turun Maarian kirkossa vuonna 1995. Silloinen arkkipiispa John Vikström esitti virallisen anteeksipyyntön Suomen romaneille kirkon kaltoinkohtelusta romaneita kohtaan. (Stenback 1995; Hedman 2012, 255.) Anteeksipyyntö oli merkittävä teko hedelmälliselle yhteistyölle ja toimi esimerkkinä myös muille Pohjoismaille kuten Norjalle ja Ruotsille.

Vaikka osallisuuden ja yhdenvertaisuuden esteitä on edelleen suomalaisessa yhteiskunnassa, 2000-luvulla romaniväestö on siirtymässä toimintojen kohteesta aktiiviseksi yhteiskunnalliseksi ja kirkolliseksi toimijaksi. (Lindberg 2012, 143–163; Tervonen 2012, 166–168; Mäkinen 2014, 37–38.)

Romanikulttuuri pähkinänkuoressa

Kulttuurit ovat monimerkityksellisiä kokonaisuuksia, jotka koostuvat yhteisön henkisestä, sosiaalisesta ja fyysisestä funktiosta. Kulttuurien vaikuttavuus ihmisten ajatuksiin, mielipiteisiin tai arkisten asioiden toimintaan ei aina ole niin suoraa tai edes niin ilmeistä kuin ehkä saatamme ajatella. Suurin osa ihmisen toiminnoista ja ajatuksista nousee ihmisyydestä tai ilmenee yksittäisen henkilön, perheen, kyläyhteisön toimintana tai näkemyksenä ja näin irrallisena henkilön varsinaises-

ta etnisestä kulttuurista. (Viita 1965, 13–42; Myyryläinen 2010; Viljanen 2012, 375–387.)

Suomen romanikulttuuria on helpompi hahmottaa sen sisä-kulttuurin, aasialaisen kunnioittamisen kulttuurin, lävitse. Romanikulttuuri seisoo kolmen peruspilarin varassa, minkä kaikki Suomen romanit tiedostavat ja mihin periaatteessa jokaisen odotetaan sitoutuvan. Nämä kirjoittamattomat peruskonventiot sisäistään kasvatuksen ja yhteisöllisen elämisen keskellä. Jokainen suku, perhe ja yksilö eri paikkakunnilla asuvina romaneina toteuttavat tätä yleismaallista kulttuuria yksilöllisesti ja hieman eri vivahtein.

Kunnioittaminen korostuu erityisesti iän mutta myös sosiaalisen aseman tuoman position mukaan ja ulottuu aina tasavertaiseen kanssakäymiseen sekä miesten ja naisten välillä. Kunnioitus näkyy kaikessa toiminnassa, puheessa, vaatetuksessa sekä suhteessa toiseen ihmiseen ja korostuu sitä voimakkaammaksi, mitä korkeammalla kunnioittamisen asemassa toinen ihminen on suhteessa itseen.

Siveellisyys, jota toisella nimellä kutsutaan myös häveliäisyydeksi, ohjaa ihmisten välistä kanssakäymistä. Häveliäisyys on molemminpuolinen kunnioittamisen ohje nuora etenkin nuoremman ja vanhemman romanin välisessä kanssakäymisessä. Se määrittelee, mikä on sopivaa keskusteltavaa, hyväksyttävää pukeutumista tai käytöstä kokonaisuudessaan sukupolvien ja sukupuolten välillä. Keskinäisessä puheessa käytetäänkin, etenkin niissä aiheissa, joista ei voida puhua suoraan, kiertoilmaisuja ja korkean kontekstin viestimistä, jotta keskustelijoiden välillä säilyy aasialaisesta kulttuurista tutuksi tullut ilmaisu ”kasvot” eli kunnioitus. (Frisk & Tulkki 2005, 21.)

Puhtaus on romanikulttuurissa sekä konkreettista että symbolista. Konkreettinen puhtaus näkyy yleisenä kotien ja vaatteiden siisteytenä ja puhtautena. Siihen käytetään aikaa ja se on kunnia-asia sekä naiselle että miehelle. Symbolinen puhtaus ilmenee esimerkiksi siinä, miten kotia huolletaan sekä millainen asema kodissa on keittiöllä, sen tavaroilla ja ruoalla. Äärimmäisen tarkka puhtauden varjelu oli vaellushistorian aikana usein ainut ja samalla tärkein keino suojautua epidemioilta.

Romanien tapakulttuuri saattaa kuulostaa ja tuntua länsimaalaisen korviin hyvinkin tiukalta. Arkielämän todellisuudessa kulttuuri kuitenkin mukautuu uusiin ja erilaisiin tilanteisiin sekä sosiaaliin yhteyksiin tilanteiden niin vaatiessa. Kohtaamisissa terveydenhuollon ammattilaisten kanssa romanit pyrkivät joustavasti ratkaisemaan kulttuurisesta näkökulmasta pulmallisia yhteentörmäyksiä ohittamalla tai väistämällä ne – ikään kuin asiaa ei kuultaisi tai nähtäisi.

Vaikka onkin mielekäästä, että terveydenhuollon ja kirkon työntekijät ymmärtävät ja tiedostavat romanikulttuurin pääperiaatteet, kulttuurinsa mukaisia toi-

mintoja tai tapoja romanit eivät odota muilta. Jokainen romani toivoo, että hänet kohdataan ihmisenä kulttuurinsa kanssa tarpeineen eikä kulttuurina tai kulttuurinsa edustajana. Ihmiseltä ihmiselle on hyvä lähtötilanne hedelmälliselle kohtaamiselle ja kuuluu perusosaamiseen kaikissa palveluammateissa (Hänninen & Poikela 2016, 148–164).

Romanien terveys ja hyvinvointi

Useissa maissa on havaittu, että romanien sairastavuus näyttyy suurempana kuin pääväestöjen. Terveysten eriarvoisuuden vähentäminen on koko terveyspolitiikan tärkeimpiä tavoitteita Suomessa (Koskinen ym. 2018, 178–186). Suomen romanipoliittisen ohjelman (Rompo) seurauksena Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) teki ensimmäisen Suomen romaniväestön parissa tehtävän valtakunnallisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ROOSA-tutkimus) osana Diakin hallinnoimaa Nevo tiija -ESR-hanketta vuosina 2016–2018. (Weiste-Paakkanen ym. 2018, 140, 144.)

Romanien terveyttä kuormittavien elintapojen yleisyys kuten vähäinen vapaa-ajan liikunta ja tupakointi sekä hyvinvointia kuormittavien tekijöiden kuten syrjintä ja turvattomuus näkyvät merkittävinä riskitekijöinä. Terveysaasteita tuovat myös monet pitkäaikaissairaudet kuten diabetes, sepelvaltimotauti ja astma sekä lähi- ja kaukonäön ongelmat melko yleisesti. Fyysisen toimintakyvyn yhteydessä erityistä huolta herättää romaninaisten heikko yleiskunto sekä liikkumisvaikeudet. Tämän arvioidaan johtuvan ylipainosta, vapaa-ajan liikunnan vähäisyydestä sekä monien käyttämästä melko painavasta (8–10 kg) romaninaisen hameesta ja korkeakorkoisista jalkineista. (Weiste-Paakkanen ym. 2018, 56–63, 70, 77, 141.)

Useiden selvitysten perusteella syrjintäkokemusten vaikutus terveyteen on kiistaton (Malin 2011, 201–213; Kauppinen & Casteneda 2013). Romanien kokeman syrjinnän yleisyys ja monimuotoisuus ovat vaikutukseltaan eritoten nuorten elämässä merkittävää. Syrjintää koetaan yksittäisten ihmisten toteuttamana mutta myös viranomaisten, kuten poliisin, Kelan tai sosiaalipalveluiden kanssa asioitaessa. (Castaneda ym. 2015.)

Romanikulttuurissa ruoalla on sosiokulttuurisesti merkittävä rooli. Ruoan terveysvaikutuksiin on kiinnitetty enenevässä määrin huomiota, mutta tieto ja näkemys suositusten mukaisista ruokavalinnoista voi olla silti vielä puutteellista. Ruokatottumuksiin ja muihin elintapoihin saattaa liittyä myös sellaisia arvoja ja asenteita, jotka eivät ole nykyisen terveys-suositusten mukaisia. (Weiste-Paakkanen ym. 2018, 90.)

Romaneilla raittius on viimeisen tutkimuksen mukaan yleisempää kuin Suomen koko väestöllä keskimäärin. Yllättävän tuloksen taustalla vahvasti vaikuttavana tekijänä pidetään uskonnollisuutta. (Härkönen ym. 2017; Weiste-Paakkanen ym. 2018, 128.) Samaan aikaan kuitenkin romaniväestö on itse erityisen huolissaan erilaisten huumaavien aineiden yleistymisestä romaninuorten parissa. Huolen on nostanut esiin useiden kymmenien alle 29-vuotiaiden yliannostuskuolemat viimeisen viiden–kahdeksan vuoden sisällä.

Romanit näkyivät vielä 2008 luvulla yliedustettuina toimeentulotuen saajissa, mutta olivat vastaavasti aliedustettuina päihde- ja vanhushuollon sekä varhaiskasvatuspalveluiden käyttäjinä koko suomalaiseen väestöön nähden. Se näkyy esimerkiksi siinä, että romanivanhukset säästävät lääkekuluissa, pitkittävät lääkärille menoa, eivätkä aina pysty maksamaan tarvitsemiaan kuntoutuskuluja. (Majaniemi & Viljanen 2008; Hirvilampi & Laatu 2008, 183–195; Heinonen 2019, 10–11.)

Romaneiden kokonaisvaltainen hyvinvoinnin edistäminen tarvitsee tukea. Koko suomalaiselle väestölle suunnatuissa kansanterveyshankkeissa romaniväestö tulisi huomioida paremmin. Erityinen tarve on matalan kynnyksen kulttuurisensitiiviselle terveyden edistämiselle, jossa ruokatottumuksiin, liikuntaan ja muihin elintapoihin kiinnitettäisiin erityisestä huomiota. Tärkeää on kiinnittää huomioita esteettömyyteen ja erilaisten palveluiden saavutettavuuteen. Terveydenhuollon henkilökunnan ammattitaitoa lisäävissä koulutuksissa tulee panostaa romaniperheille kohdennetun neuvonnan tarjontaan, jotta tieto saavuttaa romanit ja heidän tarpeensa tulee huomioiduksi. Vanhustyössä tarvittaisiin romanityöntekijöitä lisäämään vanhusten turvallisuuden tunnetta asumispalveluissa. Näiden onnistuminen, saavutettavuus ja tulokset mahdollistuvat sillä, että romanit ovat itse mukana suunnittelussa, toteuttamisessa ja kehittämisessä. (Weiste-Paakkanen ym. 2018, 145–147.)

Potilaana romani

Diakonisessa hoitotyössä lähdetään siitä, että kohtaaminen tapahtuu aina kokonaisvaltaisesti, otetaan huomioon fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen. Jokainen ihminen kansallisuudesta ja etnisestä taustastaan riippumatta toivoo, että hänen kulttuurikontekstinsa otetaan hyvässä hoitamisessa huomioon mahdollisuuksien mukaan. Tätä myös romanit odottavat.

Hyvän hoidon toteutumiseksi terveydenhuollon henkilökunta pystyy jo hyvin pienilläkin keinoilla parantamaan ja samalla helpottamaan niitä hankalia tilan-

teita, joita tulee etenkin intimitteetin suhteen eri-ikäisten ja eri sukupuoli olevien romanipotilaiden ja heidän omaistensa välillä. Terveystieteiden henkilökunnalle intimitteetin suojeleminen on itsestään selvää, mutta käytännössä kuitenkin paljon alastomuuden ja siihen liittyvien asioiden kanssa oleminen saattaa arkipäiväistä ja väljentää tätä suojaa. Potilaille se harvoin on kuitenkaan arkipäiväistä edes keskustelun tasolla. Romanikulttuurista tuleville potilaille ihmiskehoon ja erityisesti sen eritteisiin liittyvät toiminnot ovat kulttuurisesta näkökulmasta lähes ehdottomia intimitteettisuojaan kuuluvia asioita.

Erilaisten toimenpiteiden suorittamisessa tulee (romani)potilaiden kohdalla aina muistaa mahdolliset paikalla olevat omaiset ja intimitteettisuojan yhteensovittaminen esimerkiksi siten, että omaiset tai vieraat ohjataan potilashuoneesta päiväsaliiin tai omaisille varattuun tilaan. Tämä ohjeistus koskee myös niitä tilanteita, joissa potilaalta aiotaan kysellä tarkemmin tai yksityiskohtaisemmin hänen vointiaan. On tärkeätä, ettei hoitaja muiden romanien läsnä ollessa tiedustele esimerkiksi wc:ssä käyntiä tai eritteiden toimintaan liittyviä asioita. Poikkeuksen tekee tietenkin se, jos potilas tai erikseen nimetty yhteyshenkilö toivoo, että vierailijat saisivat jäädä paikalle. Tällöin kuitenkin hoitaja tai lääkäri voi toimia parhaaksi katsomallaan tavalla. (Ärling 2010, 36.)

Romanikulttuurista ei nouse mitään sellaisia tekijöitä, jotka asettaisivat kieltoja erilaisten lääkkeiden tai verivalmisteiden käyttöön, ei myöskään siihen, että saako hoitajana tai lääkärinä toimia mies tai nainen. Yksittäisillä romanitaustaisilla potilailla saattaa kuitenkin olla henkilökohtaisia näkemyksiä tai suhtautumista joihinkin lääke- tai verivalmisteisiin. (Ärling 2010, 38.)

Romanien yhteisöllisyys ja toisista ihmisistä huolehtimisen eetos näkyy päivystyksien vastaanotolla tai sairaalassa muun muassa suurena saattajien määränä. Vakavasti sairasta potilasta tullaan sairaalaan katsomaan pitkienkin matkojen takaa. Usein on myös tapana, että paikkakunnan romanit tulevat tervehtimään asuinpaikkansa sairaalaan joutunutta ja vakavasti sairastunutta romanina, oli hän sukulainen tai vain tuttava. Vaikka kaikki eivät pääsisi näkemään itse potilasta, on romanikulttuurissa kuitenkin hyvien tapojen mukaista osallistua potilaan perheen ja omaisten sen hetkiseen suruun myötäelämällä vierellä. Diakonisen hoitotyön ammattilainen voikin lähestyä erityisesti näissä tilanteissa sekä potilasta että omaisia ja tarjota käytännön apua tai hengellistä tukea tarpeen mukaan mm. pienen tarjoilun tai hartauden mahdollistamisella.

Käytävien täyttyessä romanipotilaan omaisista hoitaja voi lähestyä omaisten joukosta silmämääräisesti vanhinta naishenkilöä ja ilmoittaa kohteliaasti tarpeesta huomioida sairaalan muut potilaat sekä muuttuvat tilanteet. Käytännöllisenä

toimenpiteenä hän voi ehdottaa yhteyshenkilön valitsemista sairaalan ja omaisten välille. Lähiomaisena tai yhteyshenkilönä toimiva henkilö on hyvä määrittää mahdollisuuksien mukaan potilaan kanssa yhdessä. Tällä toiminnalla helpotetaan mahdollista osaston kuormittavuutta ja edistetään hyvää hoitokokemusta. Omaisten kohdalla jokaisen hoitajan on hyvä muistaa, että potilailla on subjektiivinen oikeus omaisiinsa ja siksi heidät onkin hyvä ottaa potilaan hoitoprosessiin mukaan mahdollisuuksien mukaan. (Ärling 2010, 37.)

Usein potilaan lähiomaiset haluavat osallistua pitkäaikaissairaahan potilaan perushoittoon esimerkiksi pesemällä tai syöttämällä sekä vaihtamalla lakanoita ja siivoamalla hänen vuoteensa vieressä olevan pöydän osoittaakseen rakkautta ja myötäelämistä (Ärling 2010, 37). Diakonisen hoitotyön ammattilainen voi tuoda pitkäaikaissairaahan potilaan perushoitamisen rinnalle hengelliset laulut ja Raamatun lukemisen sekä hartaudet ja näin edistää, kuntouttaa tai tuoda helpotusta kokonaisvaltaisen hoitotyön kautta.

Kuolevan potilaan poislähtemistä kunnioitetaan ja omaisia lohdutetaan muulloinkin kuin varsinaisena hautajaispäivänä. Saattohoidossa olevan potilaan luona omaiset haluavat usein olla myös öitä, koska kuolemankin hetkellä halutaan viestittää potilaalle – on hän tajuissaan tai ei – ettei häntä ole jätetty yksin. Helpotukseen sairaalan arkea ja muiden töiden sujuvuutta on tällainen potilas hyvä pääsääntöisesti sijoittaa yhden tai kahden hengen huoneeseen ja mahdollisemman lähelle osaston sisääntuloa. Hoitaja voi myös kysyä omaisten tahtotilaa sairaalapa-pin tai diakoniatyöntekijän läsnäoloon. Papin keskustelua etenkin suvun vanhus-ten ja omaisten kanssa pidetään lähes poikkeuksetta tärkeänä. Omaiset saattavat myös kutsua omien seurakuntiansa (helluntaiseurakunta, vapaakirkko jne.) pastoreita tai diakoneja pitämään sairaalahartautta ja ehtoollisen viettoa. Tähän on hyvä antaa mahdollisuus, sillä uskonto ja hengellisyys ovat romaniyhteisölle hyvin tärkeitä arkipäivän kokonaisuuteen liittyviä asioita. Potilaan kuoltua omaiset haluavat osallistua jollakin tavalla yhdessä hoitajien kanssa vainajanlaittoon tuoden mukanaan vainajan omia tai sitä varten ostettuja vaatteita. (Ärling 2010, 38–39.)

Hengellisyys romanikulttuurissa

Romanit ovat yleensä omaksuneet asuinmaansa pääuskonnon. Euroopan roma-neissa on niin katolisia, protestantteja ja ortodokseja kuin muslimeja ja juutalaisia-kin. Suomen romaneista suurin osa kuuluu evankelisluterilaiseen kirkkoon, mutta käytännössä romanien hengellinen osallistuminen painottuu kuitenkin vapaisiin kirkkokuntiin kuten helluntai-, vapaa- ja baptistikirkon toimintoihin. Kristinus-

kon vaikutus romanikulttuuriin on ollut samanlainen kuin kaikkiin niihin kulttuureihin, joiden kanssa se on ollut tekemisissä. Yleisesti voidaankin todeta, että vaikutus on ollut korostuneen positiivinen ja on sitä edelleenkin. (Kopsa-Schön 1996, 168, 177–179; Markkanen 2003, 190, 193, 195; Mäkinen 2014, 37; Åkerlund 2014, 280–281.)

Romanien jokapäiväisessä elämässä kristillisuus ja hengellisyys näyttäytyvät monin eri tavoin, vaikka yksilö tai perhe ei olisikaan niin sanottu uskovainen. Romanien parissa hengellisten asioiden esiin ottamista ja niistä puhumista ei koeta tungettelevana tai yksityisasiana vaan pikemminkin päinvastoin. Tämä avoimuus onkin oiva mahdollisuus diakonisen hoitotyön ammattilaiselle ja kokonaisvaltaisen hoitotyön toteuttamiselle. Romaneiden parissa ateismi on äärimmäisen harvinaista. (Friman-Korpela ym. 2005, 34.)

Romanihautajaiset ovat suurellekin yleisölle tunnetusti isoin ja näkyvin kulttuurillinen tapahtuma perinteineen, johon parhaimmillaan saattoväkeä voinee osallistua jopa useita satoja näyttävine kukkalaitteineen. Hautajaisiin tullaan pitkienkin matkojen takaa. Osallistuminen on merkittävä osa yhteisöllisyyttä ja eri sukujen välistä kunnioittamista, huomioimista ja hyvää käyttäytymistä. Hautajaisten järjestämisessä jokainen perhe ja suku noudattaa omia mieltymyksiään, mutta pääsääntöisesti niissä noudatetaan vanhaa kristillistä suomalaista hautajaiskulttuuria. Hautajaisiin liittyvissä asioissa saatetaan kääntyä seurakuntien diakoniatyöntekijöiden puoleen taloudellisen avun tarpeen takia. Vastaanotolla on hyvä luonnollisesti kohdata avuntarvitsijat asiaankuuluvasti ja tehdä tilanteen niin vaatiessa talouskartoitus ja toimia seurakunnan käytänteiden mukaisesti käyttäen harkintavaraisuutta.

Useimmiten menetyksen kokeneen perheen ja suvun lähettyviltä löytyy henkilöitä, jotka ovat kokeneita hautajaisten järjestäjiä, ja he tukevat ja auttavat käytännön järjestelyissä sekä usein toimivat jopa asiamiehinä. Vainajan siunaamiseen usein pyydetään kirkon pappia sekä kanttoria hoitamaan saattovirret, mutta suku kutsuu perhekohtaisesti myös muiden kirkkokuntien pastoreita ja musikantteja käytetään. Itse siunaustilaisuutta täydennetään lauluryhmien esittämällä musiikilla lähiomaisten ja hautajaisten järjestäjien yhteisestä sopimuksesta. Vainaja lasketaan hautaan yleensä arkussa, vain joitakin yksittäisiä henkilöitä polttohaudataan. Vanha perinne kaksipäiväisistä hautajaisista on muuttunut yksipäiväiseksi. Muuttumiseen on vaikuttanut hyvät kulkuyhteydet.

Ennen hautajaisia pidetään pienempimuotoinen vainajan arkkuunlaittajaiset kahvitilaisuuksineen. Siihen saapuvat useimmiten lähisuku ja paikkakunnalla asuvat romanit. Siunaamisen ja hautaan laskemisen jälkeen pidetään erillinen

muistotilaisuus useimmiten seurakuntakodilla, jonka fasilitetit sen mahdollistavat parhaiten. Mahdollisuutta pitää muistotilaisuudet seurakuntakodilla, jo pelkästään suurten ihmismäärien takia, on koettu erittäin tärkeäksi. Myös papin ja diakoniatyöntekijän läsnäoloa muistotilaisuuksissa pidetään tärkeänä ja tervetulleena etenkin silloin, jos seurakunnan työntekijät ovat olleet tuttuja joko vainajalle tai lähiomaisille. Romanihautajaisiin osallistuminen on kunnianosoitus kutsutulle ja toimii myös erinomaisena mahdollisuutena tutustua kulttuurin ytimeen ja sen konventioihin. (Friman-Korpela ym. 2005, 9–10, 33–34.)

Vainajan poislohtemistä kunnioitetaan ja omaisia lohdutetaan muulloinkin kuin varsinaisena hautajaispäivänä. Kuoleman tapahduttua, tiedosta sairauden etenemisestä terminaalivaiheeseen tai yllättävästä tapaturmasta, suuri sukulaisen, ystävien ja tuttavien joukko usein saapuu myötäelämään omaisten kanssa tapahtunutta. Tällöin sairaalapapin tai diakoniatyöntekijän rooli yhtenä myötäeläjänä esimerkiksi hartauden välityksellä on keskeinen. Keskustelua suvun vanhusten ja omaisten kanssa pidetään mielekkäänä ja tärkeänä. (Friman-Korpela ym. 2005, 9–10, 33–34.)

Tärkeä osa romanelämää sekä hengellistä elämää on musiikki. Romanimusiikin ja romanien esittämän musiikin vaikutus eri musiikin genreihin – klassisesta musiikista räppiin – on ollut merkittävä. Suomessa vaikutus näkyy kuitenkin etenkin hengellisessä ja iskelmämusiikissa. Romanit ovat perustaneet useita suosittuja hengellisiä yhtyeitä, joiden musiikki on muuttanut merkittävästi suomalaisen hengellisen kentän musiikkikulttuuria ja jättänyt perintönä paljon uusia hengellisiä lauluja. Niitä soitetaan ja lauletaan edelleen etenkin vapaiden suuntien seurakunnissa päivittäin.

Eri paikkakunnilla seurakuntien romanityö näyttäytyy hieman erilaisena. Pääsääntöisesti se on kuitenkin joko yksittäisen seurakunnan diakoniatyöntekijän työkuva sisällä tai seurakuntayhtymien diakoniakeskusten papin tai diakoniatyöntekijän vastuualueella. Näin se näyttäytyy joko perusdiakoniatyönä tai erityisdiakoniatyönä ja eri tahojen välisenä yhteistoimintana. Diakonin vastaanotolla tai papin kanssa keskustelu- ja tapaamisiheys vaihtelee samalla tavalla kuin muidenkin henkilöiden kanssa. Romaneiden parissa tehtävä diakoninen tai muu hengellinen työ ei varsinaisesti poikkea mitenkään pääväestön parissa tehtävästä työstä. Eroavuutta on nähtävissä lähinnä siinä, että romanit saattavat olla avoimempia ja vastaanottavampia hengelliselle keskustelulle. Esiin nousevat haasteet ovat yksittäisiä ja erityistilanteisiin liittyviä.

Tänä päivänä romaneja tavataan ja kohdataan seurakunnissa erilaisissa yhteyksissä ja rooleissa. Siksi olisi tärkeää, että romaneiden osallisuuteen ja osallista-

miseen sekä etenkin toimijuuteen kiinnitettäisiin huomiota. Erilaisissa romaneja koskevissa toimenpiteissä – suunnittelussa, toteuttamisessa ja kehittämisessä – romanit tulisi ottaa mukaan yhdenvertaisina toteuttajina, jotta sisältö ja tarkoitus olisi saavutettavaa sekä oikealla tavalla kohdennettua. Hyvään alkuun seurakunnan työntekijänä pääsee ottamalla yhteyttä paikkakunnan romaniyhdistykseen tai valtakunnallisiin romanijärjestöihin kuten Suomen Romanifoorumi, Romano Missio tai Elämä ja Valo. Niistä voi kysyä alueellista tai paikkakunnalla vaikuttavaa ja romaniyhteisön luottamusta nauttivaa yhteyshenkilöä.

Älä kohtaa kulttuuria vaan ihminen

Suomen monimuotoistuminen on nostanut esille ihmisten kulttuuriset tarpeet ja niiden olemassaolon tärkeyden. Monikulttuurisuudessa erilaiset ihmiset elävät samassa tilassa ja ajassa pyrkien yhdessä elämisen yhdenvertaisuuteen ja tasa-arvoon.

Vaikka romanit ovat olleet Suomessa lähes puoli vuosituhatta, he edelleen ovat tuntematon vähemmistö monelle. Tuntemattomuuteen vaikuttanee molemminpuolinen ennakkoluulo, ellei jopa jonkinlainen pelko, jota erillinen ja yhteinen historia on aikojen saatossa luonut. Ennakkoluulojen ja pelkojen takana molemmin puolin on kuitenkin aina ihminen, joka odottaa ja toivoo ihmisyyttä ja kohtaamista. Terveystieteissä niin kuin seurakuntatyössäkin on tärkeää ja hyvä tuntee erilaisia kulttuureja, mutta viimekädessä molemmissa konteksteissa korostuu ihmisen kohtaamisen taito, joka on kaiken perusta. Uskalla siis tutustua edessäsi olevaan ihmiseen ja anna hänen kulttuurilleenkin mahdollisuus tulla esiin.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Bruchfeld, S. & Levine, P.A. (1998). *Kertokaa siitä lapsillenne... Kirja juutalaisten joukkotubosta Euroopassa 1933–1945*. Helsinki: Opetushallitus.
- Castaneda A, Larja L, Nieminen T, Jokela S, Suvisaari J, Rask S, Koponen, P & Koskinen S. (2015). *Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014* (UTH). Työpäpaperi 18/2015. Helsinki: THL.
- Friman-Korpela, S., Hedman, H., Jääskeläinen, K., Puumala, S. & Åkerlund, T. (2005). *Romanit ja kirkko – Opas seurakuntien työntekijöille ja luottamushenkilöille*. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2005:2. Kirkkohallitus / Diakonia ja yhteiskuntatyö.
- Friman-Korpela, S. (2014). *Romanipolitiikasta romanien politiikkaan – Poliittisen asialistan ja toimija-konseption muutos 1900-luvun jälkipuoliskon Suomessa*. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto. Saatavilla https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/44810/978-951-39-6012-4_vaitos_15122014.pdf
- Frisk, O. & Tulkki, H. (2005). *Kulttuuriavain*. Helsinki: Otava.
- Hedman, H. (2012). Romanit ja kirkko. Teoksessa Pulma, P. (Toim.), *Suomen romanien historia*. Hämeenlinna: Karisto.
- Hedman, H. (2014). Romanikieli ja sen asema tänään. Teoksessa Mäkinen, J. (2014). *Elämää ja Valoa 50 vuotta*. Helsinki: Elämä ja Valo ry.
- Hedman, H., Åkerlund, T. & Siirto, U. (2019) *Romanit kirkossa – Opas seurakuntien työntekijöille ja luottamushenkilöille*. Suomen ev.-lut. kirkon julkaisuja 80. Saatavilla 29.3.2020 <https://evl.fi/plus/yhteiskunta-ja-kirkko/monikulttuurisuus/romanit/aineistoja>
- Heinonen, J. (2019). *Suomen romanien kohtaama syrjintä ja rasismi. Kokemuksia, mielipiteitä ja sosiaalityön ratkaisumalleja*. Helsingin yliopisto. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-201904181703>
- Heire, H. (2000). *Läbihoitajiksi opiskelevien romanien käsityksiä terveydestä*. Pro Gradu-tutkielma, Kuopion Yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Hirvilampi, T. & Laatu, M. (2008) Epäoikeudenmukainen kohtelu on romaniasiaikkaiden arkea. Teoksessa Hirvilampi, t. & Laatu, M. (toim.) *Toinen vääräyskirja: lähikuvia sosiaalisista epäkohdista*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Huttu, H. (toim.) (2018). *Suomen romanipoliittinen ohjelma (ROMPO) 2018–2022*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3/2018. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3916-5>
- Hänninen, K. & Poikela, R. (2016). Toimintalähtöinen, dialoginen ja kohtaava vuorovaikutus. Teoksessa Törrönen, M., Hänninen, K., Jortimäki, P., Lehto-Lunden, T., Salovaara, P. & Vestilä, M. (toim.) *Vastavuoroinen sosiaalityö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Härkönen J, Savonen J, Virtala E & Mäkelä, P. (2017) *Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968–2016: Juomatapatutkimusten tuloksia*. Raportti 3/2017. Helsinki: THL.
- Jauhola, L. & Ärling, M. (2019). *Romanien työllisyys, yrittäjyys ja työmarkkinoille integroituminen*. Työ- ja elinkeinoministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161893>
- Kauppinen, T. M. & Castaneda, A. E. (2013). Maahanmuuttajaryhmien elinoloissa on eroja. Teoksessa *Hyvinvointikatsaus 3/2013*. Tilastokeskus. Saatavilla https://www.stat.fi/artikkelit/2013/art_2013-09-23_007.html
- Kopsa-Schön, T. (1996). *Kulttuuri-identiteetin jäljillä – Suomen romanien kulttuuri-identiteettistä 1980-luvun alussa*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Koskinen S, Martelin T, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koponen P. (2018) Terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Teoksessa P Koponen, K Borodulin, A Lundqvist, K Sääksjärvi, S Koskinen (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus*. Raportti 4/2018. Helsinki: THL.
- Lindberg, V. (2012). Suomen romanien uskonnollinen herääminen. Teoksessa Pulma, P. (Toim.), *Suomen Romanit 2012*. Hämeenlinna: Karisto.

- Majaniemi P, Viljanen A M. (2008) *Romanivanhusten palvelutarvekartoitus*. Helsinki: Suomen Romaniyhdistys.
- Malin, M. (2011). *Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät*. Saatavilla <https://www.julkari.fi/handle/10024/102862>
- Markkanen, A. (2003). *Luonnollisesti – etnografinen tutkimus romaninaisten elämäntilasta*. Joensuun yliopiston humanistisia julkaisuja 33.
- Myyryläinen, H. (2010). *Mitä on kulttuuri*. Saatavissa 3.7.2019 http://materiaalit.internetix.fi/fi/opintojaksot/9historia/euroopankulttuurihistoria/mita_on_kulttuuri
- Mäkinen, J. (2014). *Elämää ja Valoa 50 vuotta*. Helsinki: Elämä ja Valo.
- Puuronen, A. & Välimaa, R. (toim.) (2001). *Nuori ruumis*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rajala, S. & Blomerus, S. (2015). *Katsaus aikuisten romanien koulutustaustoihin*. Raportit ja selvitykset 2015:8. Helsinki: Opetushallitus.
- Rekola, T. (2012). Romanien varhaisvaiheet Suomessa: 1500-luvulta 1800-luvun puoliväliin. Teoksessa Pulma, P. (toim.), *Suomen romanien historia*. Hämeenlinna: Karisto.
- Stenbäck, I. (1995). Kirkko ja romanit yhteistyöhön – Romanien kaksi päivää kestäviä hautajaisia ei tunneta. Helsingin Sanomat. Saatavilla 10.7.2019 <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000003433762.html>
- Tervonen, M. (2012). Romanit ja suuri muutos. Teoksessa Pulma, P. (toim.) *Suomen Romanien historia*. Hämeenlinna: Karisto.
- Weiste-Paakkanen, A., Lämsä, R. & Kuusio, H. (toim.) (2018). *Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi Romanien hyvinvointitutkimus Roosin perustulokset 2017–2018*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2018. Saatavilla <http://www.julkari.fi/handle/10024/137276>
- Viita, A. (1967). *Mustalaisväestön hyväksi: Mustalaislähetystyö Suomessa v 1904–1966*. Helsinki: Mustalaislähetys.
- Viljanen, A. M. (2012). Romanikulttuurin muuttuvat muodot ja pysyvät rakenteet. Teoksessa Pulma, P. (toim.), *Suomen Romanit 2012*. Hämeenlinna: Karisto.
- Åkerlund, T. (2014). Romanikulttuuri. Teoksessa Mäkinen, J. (2014). *Elämää ja Valoa 50 vuotta*. Helsinki: Elämä ja Valo.
- Ärting, M. (2010). *Romanit terveyspalveluiden käyttäjinä – romanipotilas vuodeosastolla -opas*. Opinnäytetyö Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010120717332>
- Ärting, M. (2018). *Romanien työllistyminen – kompastuskivi vai ponnahduslauta? Tuumasta toimeen -koulutusmalli ponnahduslautana työllistymiseen*. Opinnäytetyö YAMK. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201805026065>.

Tiina Ervelius, Anu Huhtamalla, Anja Karhula, Paula Kontsas ja
Maritta Rantakeisu

18 SAIRAAHOITAJA-DIAKONISSA SAAMELAISALUEELLA

Saamelaisalueella sairaanhoitaja-diakonissa kohtaa työssään alueen kulttuuristen erityispiirteitten takia tavanomaisesta poikkeavia haasteita. Artikkeliki käsittelee saamelaiskulttuurin ominaispiirteitä, kuten luontosuhdetta, poronhoitoa, kieltä, pukukulttuuria ja elämäntapaa suhteessa sairaanhoitaja-diakonissan työhön. Kulttuuristen erityispiirteiden tuntemus on edellytyksenä luottamuksellisen suhteen luomiseksi alueen saamelaisväestöön.

Kulttuurisensitiivisyys diakonisessa hoitotyössä ilmenee kulttuurilähtöisenä työotteena, vaikka työntekijä tulisi saamelaiskulttuurin ulkopuolelta. Tämä sisältää herkkyyden huomioida kulttuuristen tapojen, kielen sekä paikallisten olosuhteiden merkitystä. Kulttuurisensitiivisyys sekä kunnioittava ja yhdenvertainen vuorovaikutus luovat hyvät edellytykset työskentelyyn saamelaisalueella. Tässä artikkelissa tarkastellaan näitä asioita terveydenhuollon eri yksiköiden sekä diakoniatyön näkökulmista. Sitaatteihin merkityt tekstit kuvaavat omia kokemuksiamme työstämme saamelaisalueella.

Saamelaisten kokonaismäärän arvioidaan olevan maailmanlaajuisesti noin 75 000–100 000. Saamelaisten perinteisiä asuinalueita on Suomen, Norjan ja Ruotsin Lapissa sekä Venäjällä Varangin vuonossa. Suomessa on noin 10 000 saamelaista, joista noin 4000 asuu saamelaisten kotiseutualueella. Tämä alue kattaa Inarin, Utsjoen, Enontekiön ja Sodankylän Vuotson alueet.

Suomessa puhutaan kolmea eri saamen kieltä: pohjois-, inarin- ja koltansaamea. Saamelaisten perinteiset elinkeinot poronhoito, kalastus, käsityöt, metsästys ja keräily ovat osa saamelaista kulttuuria. Nykyisin suurin osa saamelaisista toimii muissa kuin perinteisissä ammateissa, mutta perinteiset elinkeinot kuvaavat edelleen saamelaisten suhdetta luontoon, kulttuuriin ja saamelaiseen elämäntapaan.

Saamelaisalueen erityispiirteitä

Tunturimaisemia, korkeita ylänköjä, vehreää jokilaaksoa, kauniita ja välillä karujakin Inarijärven rantoja, toisaalla taas tekoaltaan muovaamaa järvimaisemaa – tällaisena näyttäytyy Inarin–Sodankylän saamelaisalueen toimintaympäristö pääpiirteissään. Pitkät matkat, moninainen Lapin kulttuurien kokonaisuus ja pärjäämisen eetos ovat tuttuja asioita sairaanhoitaja-diakonissan työssä saamelaisalueella. Kauniit ja houkuttelevat Lapin maisemat ovat yhtä aikaa mahdollisuus sekä haaste niin diakoniatyössä kuin terveydenhuollossa.

Perinteinen elämäntapa, johon kuuluu kiinteä luontosuhde, on oleellinen osa saamelaiskulttuuria. Saamelaista luontosuhdetta kuvataan ihmisen ja luonnon erityisenä yhteytenä. Sen mukaan ihminen ei ole luonnon yläpuolella, vaan osa sitä. (Helander 2000, 171–174.) Ihmisen ja luonnon välinen suhde perustuu tasa-painon sekä sopusoinnun ylläpitämiseen, ei luonnon hyväksikäyttöön. Läheinen luontosuhde perustuu osaltaan myös siihen tosiasiaan, että luontoa on kunnioitettava ja sen kanssa on tultava toimeen, jos mieli pysyä hengissä. Esimerkiksi porotaloudessa luonnon merkkien lukeminen ja vaihtuvien säätilojen sekä vuodenkierron mukaan toimiminen on edelleen arkipäivää nykyteknologiasta ja apuvälineistä huolimatta.

Luontosuhde näkyy toisinaan hyvin omintakeisenakin elämäntapana luonnon keskellä, josta ei haluta muuttaa palveluiden äärelle edes toimintakyvyn heikentyessä. Vieraamman ihmisen läsnäolokin saatetaan kokea häiritseväksi tekijäksi tässä elämäntavassa. Toisaalta diakoniatyöntekijä voi olla hartaasti odotettu tulija, kun luottamussuhde on ensin rauhassa saanut muodostua. Tapaamiset asiakkaalle tutussa ympäristössä voivat sujua luontevammin kuin toimistolla ja joskus juttutuokiota saatetaan viettää vaikkapa laavulla tulistellen.

Pohjoisen ankarissa luonnonolosuhteissa eläminen on ollut vaativaa, mutta aina on pyritty tulemaan toimeen omillaan. Tämä näkyy esimerkiksi diakonian avustustoiminnassa. Taloudellista tukea ei haeta helposti, vaan koetetaan niukuudesta huolimatta selvitä omin voimin ja lähipiirin tuen sekä luonnon antimien turvin. Luonto on ollut perinteisesti merkittävä ravinnon antaja ja vieraanvaraisuutta sekä toisista huolehtimista on aina pidetty tärkeänä.

Saamelaisilla aikaisemmin kansanpukuna käytössä oleva saamenpuku, gákti, on muuttumassa vähitellen juhlapuvuksi. Puku on kehittynyt ajan saatossa kertomaan käyttäjästään monia asioita, esimerkiksi sukupuolen, aviosäädyn ja sen, mistä puvun kantaja on kotoisin. Saamenpuku on paitsi tärkeä saamelaisuuden symboli, myös olennainen osa saamelaisen ihmisen identiteettiä. Saman kulttuu-

rin jäsenelle puvun viesti on runsas ja monipuolinen. Saamenpukua voidaan verrata jopa sosiaaliturvatunnukseen, koska se tehdään aina tietylle henkilölle. Jo pelkästään päähine voi paljastaa käyttäjänsä kotipaikan, iän tai aviosäädyn. (Ruotsala 2011, 362–365.)

Iäkäs saamelainen naispotilas oli pukeutunut tottuneesti lapinlakin päähänsä tehdessään lähtöä päiväsaliin ruokailemaan. Potilasta hakemaan tullut hoitaja otti potilaalta lakin pois todeten, että eihän lakki päässä voi syömään lähteä. Tämä pieneltä ja harmittomalta tuntuva teko sai aikaan sen, että vanhus ei enää suostunut lähtemään päiväsaliin toisten joukkoon.

Lakin riisuminen vastoin tahtoa loukkaa ihmisen identiteettiä sekä rajoittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan päättää omasta pukeutumisestaan. Varsinkin iäkäämmille saamelaisnaisille lakki on tärkein asuste, jota ilman ei lähdetä julkisiin tilanteisiin ja jota yhteinen ruokailu vieraiden ihmisten kanssa edustaa. Julkisesti esiintyminen ilman lakkia merkitsee samaa kuin olisi liikkeellä puolialastomana. Vanhus saattoi kokea lakin riisumisen kyseisessä tilanteessa jopa itseään häpäisevänä. Saamenpukua ei myöskään yleensä käytetä ilman lakkia, koska silloin ollaan ikään kuin puolipukeisia. Vuodeosastolla puvun käyttö on hankalaa, mutta varsinkin sellaisessa tilanteessa, jolloin koko pukua ei voida pukea, lakin käyttö on sitäkin tärkeämpää, koska se on ainoa näkyvä osoitus henkilön taustasta ja identiteetistä. (Bigga-Helena Magga, henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2019.)

Saamelaisille oma kieli on erittäin tärkeä kulttuurisen identiteetin ilmaisija. Kieli ei ole pelkkä informaation väline, vaan se on myös tunteiden ilmaisija ja sisältää keskeiset kulttuurin elementit. Kieli kertoo kokonaan erilaisesta tavasta ajatella ja hahmottaa maailmaa (Lehtola 2015, 13, 18). Äidinkieli on erityisesti tunteen kieli, joka liittyy vahvasti lapsuuteen sekä nuoruuteen ja sen kuuleminen herättää tuttuuden tunteen. Äidinkielen merkitys on ihmisessä syvällä ja oman kielen kuuleminen virkistää sekä palauttaa mieleen lapsuuskodin tunnemuistojen. (Bigga-Helena Magga, henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2019.)

Muistan erään muistisairaana saamelaisen ikäihmisen, johon emme saaneet vuodeosastolla minkäänlaista kontaktia. Iltavuoroon tuli työharjoitteluaan suorittava opiskelija, joka osasi muutaman sanan saamea. Hän tervehti potilasta tämän omalla äidinkielellä. Kaikkien suureksi yllätykseksi potilas avasi silmänsä ja tämä aiemmin täysin puhumaton vanhus alkoi juttelemaan omaa kieltään käyttäen.

Varsinkin muistisairaalle oman äidinkielen kuuleminen on paluuta hänelle tuttuun maailmaan. Saamen kielen ensimmäisenä kielenään oppinut muistisairas saattaa unohtaa myöhemmin oppimansa suomen kielen ja se on voinut muuttua hänelle vieraaksi kieleksi, jota ei tunnista ja johon ei jaksa enää vastata. Tällaisessa tilanteessa muistisairas saattaa kokea olevansa ikään kuin vieraassa maassa ja vetäytyä kontaktista. Muutamankin saamen kielen sanan opetteleminen voi auttaa hoitohenkilökuntaa luomaan yhteyttä potilaaseen ja vahvistaa turvallisuuden tunnetta. (Bigga-Helena Magga, henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2019.)

Alueen kulttuurin tuntemus rakentaa siltaa

Muualta saamelaiseen yhteisöön tulevalle sen elämäntapaan asettuminen ja luottamuksen saavuttaminen eivät ole itsestään selviä asioita. Tämä edellyttää herkkyyttä havaita ja arvostaa kulttuurisia erityispiirteitä sekä halua ja kykyä sopeutua niin paikallisiin tapoihin kuin olosuhteisiin. Tämä on osa kulttuurisensitiivistä diakonisen kohtaamisen tapaa. (Huhtamalla 2018, 18–20.) Kulttuurinen monimuotoisuus koostuu niistä erilaisista vaikutteista, joita kukin yksilö on omaksunut elämänsä kulussa ja ilmentää omalla elämäntavallaan. Saamelaiskulttuurikaan ei ole yhtenäisesti määriteltävissä, vaan se koostuu erilaisista kulttuurisista ja alueellisista tekijöistä (Lehtola 2015, 29). Tämä on hyvä ottaa huomioon kulttuurisissa kohtaamisissa. On syytä välttää yleistyksiä, sillä myös saamelainen elämäntapa voi olla yksilöllisesti muotoutunut kunkin oman henkilö- ja perhehistorian mukaan.

Perheen, suvun ja lähiyhteisön merkitys on saamelaiskulttuurissa perinteisesti suuri ja yhteisön käsitys perheestä sekä suvusta vaikuttaa yksilön asemaan yhteisössä (Ruotsala 2016, 4). Saamelaiseen sukuun avioituneelta kysytään usein, mistä hän on pois ja kenen tyttöjä tai poikia hän on. Samoin tiedustellaan, mihin sukuun on liittytty ja miltä kylältä puoliso on kotoisin ja keitä ovat hänen vanhempansa. Saadun tiedon perusteella on tulija helpompi hyväksyä osaksi yhteisöä. Perinteisiä elinkeinoja harjoitetaan usein yhdessä perheen ja lähiyhteisön kanssa, esimerkiksi poronhoitoperheissä koko perhekunta osallistuu poroerotukseen. Utsjoella lapset voivat käydä myös koulua erotuksen yhteydessä. Aikuisten tehdessä töitä lapset oppivat perinteiset työtavat oikeassa ympäristössä ja näin poronhoitokulttuuri siirtyy sukupolvelta toiselle.

Saamelaisalueella eläminen on toimimista kulttuurisesti ja kielellisesti rikkaassa ympäristössä. Suomalaistamisen aikakausi on jättänyt jälkensä, mutta onneksi saamelaiskulttuuria sekä kieltä osataan nykyisin arvostaa ja vaalia. Lisäksi on hyvä

muistaa, että erilaisista taustoista tulevilla ihmisillä on kuitenkin useimmiten ollut pyrkimys tulla keskenään toimeen ja erilaisten kulttuurien kohtaamisella on ollut myös positiivisia vaikutuksia keskinäisen toiminnan sekä yhteisymmärryksen kehittämiseen (Lettinen 2016, 125–130, 178–185).

Sopeutumista helpottaa ymmärrys siitä, että monia asioita voi oppia avoimin mielin ja samalla sen hyväksyminen, että saamelaisuuteen kuuluu oleellisena osana niin sanottu hiljainen tieto. Sen voi omaksua vain syntymällä tämän kulttuurin piiriin, mihin muualta tullut ei ehkä koskaan pääse täysin sisälle. Ajoittaista vierauden tunnetta helpottaa oman taustan ja kulttuurin ymmärtäminen sekä kokemus siitä, että kulttuurinen perintö on jokaiselle kantajalleen ainutlaatuinen. Sitä ei voi selittää, vaan sen tuntee sydämessään ja voi jakaa syvimmillään ehkä vain toisen samaa perintöä kantavan kanssa. Yksilöllisen kulttuurisen identiteetin arvostaminen on lähtökohta eletessä erilaisten kulttuuristen vaikutteiden keskellä. Erilainen kulttuurinen tausta ei silti estä aitoa kohtaamista, sillä ihmisyyys on kaikkialla yhteistä.

Kokonaisvaltainen kohtaaminen

Lapin harvaan asutulla seudulla kotikäynneillä hoidetaan useita asioita saman käynnin yhteydessä. Luottamusta rakennetaan pitkällä aikavälillä, jolloin tutustutaan ja selvitetään ”mistä sie olet pois” (mistä henkilö on kotoisin) ja ”mihin sukuun sie kuulut.” Diakonissa kohtaa asiakkaan kokonaisvaltaisesti. On luonnollista keskustella hengellisten asioiden ohella arkeen liittyvistä kysymyksistä kuten ihmissuhteista, taloudellisesta tilanteesta tai terveyteen liittyvistä huolista. Sairaanhoidajan tutkinto antaa osaamista ja valmiuksia terveysneuvontaan ja ohjaukseen kuten esimerkiksi terveydentilan ja lääkehoidon seurantaan.

Pohjoisessa välimatkat ovat pitkiä. Lähimpiin työalueen kyliin matkaa on 40 kilometriä. Muihin kyliin matkaa kertyy sitten huomattavasti enemmän, jopa 200 kilometriä suuntaansa. Sääolosuhteiden takia lähteminen ja perille pääsy eivät aina ole itsestään selviä asioita. Erämaatalojen teiden auraus lumisateiden aikana tapahtuu aina viipeellä, sillä lähin traktori voi olla kymmenien kilometrien päässä. Siispä, jos tänään on sankka lumisade, tiettyihin taloihin pääsee autolla vasta noin kahden vuorokauden kuluttua. Vaihtoehtona kotikäynnin siirtämiselle on luonnollisesti kilometrin tai kahden kulku jalan. Tällaisena hetkenä asiakas voi tulla vaikkapa potkukelkalla vastaan, jotta saadaan painava EU-kassi vietyä perille. Vielä muutama vuosi sitten oli taloja, joihin autolla ei päässyt lainkaan, vaan talvella menttiin hiihtäen ja kesällä kävellen.

Sääolosuhteiden lisäksi työtä ja toimintaa suunnitella on otettava huomioon vuoden kierto ja siihen liittyvät asiat. Poronhoitovuosi alkaa vasojen syntymästä touko-kesäkuulla ja kesään kuuluvat kesä-heinäkuulla tapahtuvat vasanmerkitykset, jolloin poronvasat leikataan omistajansa korvamerkkiin. Syystalvella alkavat sitten poroerotukset. Kesällä ja syksyllä marjastus ja kalastus vievät oman aikansa. Näihin aikoihin onkin turhaa suunnitella mitään tapahtumia tai käyntejä varsinkaan niille kylille, joissa poroelinkeinoa harjoitetaan. Kutakuinkin koko kylän väki on erotuspaikalla. Poroerotusten tarkkoja päivämääriä ei voi tietää etukäteen, vaan ne alkavat, kun porot saadaan koottua aitaan. Lapin Radiosta voikin kuulla tiedotuksen: ”Kauneimmat joululaulut -tilaisuus peruttu erotuksen vuoksi.” Osalla poroerotuspaikoista on useita eri perheiden ja sukujen kämppiä, joissa voidaan ruokailla, kahvistella (juoda kahvia; lappilainen tapa ilmaista asia) ja levähtää. Siinä onkin oiva paikka myös diakonissalle kohdata ihmisiä.

Lapissa pitkät etäisyydet ja haja-asutus ovat haaste myös kunnan terveydenhuollolle, ja asiakkaat hyötyvät kotisairaanhoidajien ja diakonissojen yhteistyöstä (Seppä 2012, 73). Terveystarve ja seurakuntasairas olivat aiemmin ihmisten ajattelussa aika lailla yksi ja sama asia sairauteen liittyvissä kysymyksissä.

Pohjoisen väki on aina tuntunut arvostavan juuri diakonissan sairaanhoidollista koulutusta, ja pitkät välimatkat ovat taas luonnostaan kasvattaneet sairaanhoidollisen työn osuutta.

Diakoniatyöntekijä on niitä ainoita viranhaltijoita, joka voi mennä pyytämättäkin kotikäynnille. Usein vihje naapurilta tai omaiselta on hyvä syy käydä muina miehinä tarkistamassa henkilön tai perheen tilanne. ”Varsinkin saamelaisessa yhteisössä ei helposti lähdetä hakemaan tai oteta vastaan apua suvun tai perheen ulkopuolelta. Seurakunnan työntekijä on usein se, joka saa tulla kynnyksen yli. Ei välttämättä muut. Yhteydenpito ja avun tarjoaminen sallitaan seurakunnan työntekijälle. Juuri tässä korostuu diakonissan koulutuksen mahdollistama kokonaisvaltainen ihmisen kohtaaminen ja huomiointi.” (Magga 2019.)

Inarin–Sodankylän saamelaisalueella oli aiemmin kolme hallinnollisesti Oulun tuomiokapitulini alaista rajaseutusvirkaa, jotka käytännössä olivat diakonissojen virkoja työn sairaanhoidollisen näkökulman vuoksi. Tuomiokapitulissa oli erillinen rajaseutusviran määräraha, sen turvin diakonissat saivat käyttöönsä muun muassa lääkelaukun, jonka sisältöä myös täydennettiin: lääkkeet, haavanhoitotarvikkeet, injektion antoon liittyvää välineistöä ja verenpainemitta-

ri. Vielä 1990-luvulla rajaseutusisar piti toisinaan vastaanottoa Vuotson terveystalolla. Rajaseutuvirkojen lakkautuksessa vuonna 1998 Inarin–Sodankylän alueen kolme rajaseutuvirkaa sulautuivat yhdeksi saamelaisalueen viraksi.

Tänään lääkelaukku kulkee yhä autossa mukana. Sisältö on supistunut ja hoitotoimenpiteet vähentyneet. Tilalle on tullut opastus ja neuvonta. Toki verenpaineita yhä mittailen. Työni on paljolti kotikäyntityötä ja noilla käynneillä vastassa on koko laaja elämäkirjo: sairaudet, hengelliset asiat, ihmissuhteet, kuolema... Usein saan myös puheluja, joissa henkilö kuvaa oireitaan ja tilanettaan odottaen minulta neuvoja jatkoa ajatellen. Lähteäkö lääkärin luo vai odotellako vielä jotain muuta kokeillen. Lähteminen ei aina ole helppoa vaikkapa parin sadan kilometrin päästä, eli ”tyhjän takia” ei lähdetä.

Opiskeluaikojen lääkehoidon opit, hoitotyön käytännön harjoittelut ja käden taitojen opettelu aidoissa tilanteissa eri osastoilla, poliklinikoilla ja avoterveydenhuollossa ovat tulleet tarpeeseen. Diakonissan tietotaito on yhä laaja-alaisesti käytössä, vaikka konkreettiset hoitotoimenpiteet ovatkin vähentyneet. Verenpainemittari on yhä käyttökelpoinen työväline virsikirjan rinnalla, kun kohdataan ihminen hänen monista eri tarpeistaan käsin. Erään perheenäidin sanoja lainaten: ”Diakonissalle on hyvä puhua, kun se ymmärtää lääkkeitä ja sairauvet, kestää kuoleman puheet, eikä täällä ihminen tule leimatuksi, niinku mielenterveystoimistossa käyvässä. Ja kaiken lisäksi saapi vielä rukkoillakki.”

Diakoninen hoitotyö saamelaisalueen eri toimintaympäristöissä

Saamelaisen asiakkaan kohdalla sosiaali- ja terveydenhuollon laatukysymykset konkretisoituvat kolmessa merkittävässä asiassa, joita ovat asiakkaan kohtaaminen, kohtelu ja työn sisältö. Kohtaamisessa on tärkeää arvostuksen osoittaminen, kulttuurin huomioiminen sekä kieli ja kommunikointi. Kohtelussa tulee toteutua yhdenvertaisuus, kunnioitus ja ihmisarvo. Työn sisällössä on tärkeää huomioida asiakkaan oma kieli ja kulttuuri ja siinä lähtökohtana on ihmisen oma näkemys sekä avun/tuen tarve. (Magga 2019.)

Olipa diakonissan työpiste sitten seurakunnassa tai missä tahansa terveydenhuollon yksikössä, on tärkeää jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisen tilanteen huomiointi. Diakonissalla on valmiuksia luoda kiireetön, hyväksyvä sekä luotamuksellinen ilmapiiri, jossa asiakas voi kokea tulevaisuutensa kuulluksi ja ymmär-

retyksi. Tällöin myös vaikeiden asioiden ja tunteiden puheeksi ottaminen on asiakkaalle helpompaa.

Terveyskeskuksen vuodeosastolla diakonisen hoitotyön osaaja on se henkilö, joka lähetetään kuolevan tai vaikeaksi koetun potilaan luo. Sairaanhoitaja-diakonissan koulutus antaa valmiuksia kuoleman ja hengellisten asioiden puheeksi ottamiseen hoitotoimien yhteydessä. Varsinkin potilaan ollessa saattohoidossa on tärkeää, että hoitohenkilökunta pystyy luomaan levollisen ilmapiirin, jossa vaikeistakin asioista ja tunteista voidaan puhua. Myös surevien omaisten kohtaaminen on sairaanhoitaja-diakonissalle luontevaa.

Osa hoitohenkilökunnasta ei halua tai ehkä osaa puhua kuolemaan liittyvistä asioista. Taustalla voi olla pelkoa tai epävarmuutta, kuinka toimia itselle vieraammassa, henkisesti ja hengellisesti haastavissa tilanteissa. On helpompi vedota kiireeseen tai pelkästään katsoa, toimiiko tippa. Kuitenkin juuri psykososiaalisen tuen tarve on suuri ihmisen sairastuessa vakavasti ja juuri tässä on diakonissan paikka auttajana. Diakonissa ei hoida pelkästään sairautta vaan koko ihmistä, ja ottaa huomioon tämän erilaiset tuen tarpeet.

Suomen pohjoisimmassa varusmiehiä kouluttavassa yksikössä, Lapin Rajavartioston rajajääkärikomppaniassa Ivalossa sairaanhoitajana toimiva työntekijä on koulutukseltaan sairaanhoitaja-diakonissa. Diakoninen hoitotyö antaa valmiuksia tukea varusmiespalvelusta suorittavan nuoren henkistä jaksamista ja kokonaisvaltaista hyvinvointia. Hoitajalta vaatii taitoa ja rohkeutta osata keskustella esiin tulevista asioista liittyvätpä ne sitten elämässä esiin tuleviin vaikeuksiin tai hengellisiin kysymyksiin. Sairaanhoitaja-diakonissalle näiden asioiden kohtaaminen on luontevaa. Hyvän vuorovaikutustilanteen luominen ja keskinäisen luottamuksen saavuttaminen tulee tapahtua aina potilaslähtöisesti. Tällainen keskustelutilanne voi syntyä vaikka hiertymien tai päänsäryn hoitamisen yhteydessä.

Nuori mies tuli vastaanotolle ja valitti päänsärkyä. Keskustelun edetessä päänsärky jäikin vähän sivuseikaksi ja suuremmiksi huoliksi nousivat lähimmät ihmissuhteet sekä oma jaksaminen. Annoin nuoren miehen itkää rauhassa ja kertoa tilanteestaan. Jonkin ajan kuluttua hän tunsikin olonsa paremmaksi, jolloin ei ollut tarvetta esimerkiksi varata aikaa lääkärille. Aina itkevä ei tarvitse lääkäriä, vaan kuuntelijaa.

Kiire, fyysinen ja henkinen rasitus sekä koti-ikävä lisäävät nuoren epävarmuutta selviytymisestä. Elämänolosuhteiden muutokset siviili- ja sotilaselämän vaatimuksissa aiheuttavat välillä myös vahvoja tunteita. (Mielenterveysopas 2014,

14–18.) Hyvinvointi on oman itsensä tuntemista ja toisen ihmisen huomioimista. Hyvät ihmissuhteet ja arkielämän hallittavuus auttavat selviytymään (Ollikainen 2016, 34). Varusmiesten jaksamisen tukipilareina toimivat omat palveluskaverit ja sitä kuvastaa hyvä ryhmähenki. Vaikka terveydenhuollon henkilöiden antamaan tukeen ollaan yleisesti tyytyväisiä, varusmiehet kaipaavat lisäksi erityisesti hoitajan kanssa käytäviä syvällisempiä keskusteluja henkisen jaksamisensa tueksi. (Rantakeisu 2018, 8,10.)

Diakonisen hoitotyön keskeisenä tavoitteena varusmiespalveluksen sairaanhoitajana on mielestäni terveyden edistämisen lisäksi toivon ja tuen antaminen erityisesti silloin, kun nuoren omat voimavarat ovat koetuksella.

Nuorta kuunnellessa ja hänen kanssaan keskustellessa asiat asettuvat oikeisiin mitasuhteisiin. Niin fyysinen kuin psyykinenkin väsyminen voivat kasvattaa pienistä huolista suuria haasteita. Ne taas voivat johtaa palveluksen keskeytymiseen ja altistaa sitä kautta syrjäytymiselle. Selviytymisen tukemisella voidaan välttyä palveluksen ennenaikaiselta keskeytymiseltä ja samalla vähennetään syrjäytymisen riskiä.

Diakoninen hoitotyö on tässä kaikessa sellainen pohjavirta, joka tarjoaa vahvan, ihmisläheisen viitekehyksen ja kristillisen arvomaailman monenlaisiin kohtaamisiin, hoitotyön tehtäviin sekä ihmissuhdetaitoja vaativiin haasteisiin. Se antaa kokonaisvaltaisen näkökulman myös saamelaisalueella tutustuttaessa sen kulttuurisiin erityispiirteisiin sekä auttaa toimimaan erilaisissa ympäristöissä ja tehtävissä tilanteenmukaisella, toista ihmistä kunnioittavalla tavalla. Diakoninen hoitotyö on luonut oivan pohjan ja opettanut tarkastelemaan ihmisiä, asioita, ilmiöitä sekä elämää niin syvällisemmin kuin laajempina kokonaisuuksina. Ihminen, yksilö osana omaa yhteisöään ja arvokkaana Jumalan kuvana, on diakonisen kohtaamisen ydin ja diakonia puolestaan oleellinen osa kirkollisen työn ydintä. Tämä korostuu erityisesti saamelaisalueella, jossa eletään vielä vahvasti yhteisöllistä elämää monikulttuurisessa ympäristössä.

Keskinäisen luottamuksen muodostumisessa auttaa avoin ja hyväksyvä asenne. Diakoniatyössä tämä näkyy rajoja ylittävänä yhteistyönä niin kunnan kuin kolmannen sektorin toimijoiden sekä myös muiden uskonnollisten yhteisöjen edustajien kanssa ja erityisesti monikulttuurisina asiakaskohtaamisina. Diakonian ytimenä oleva lähimmäisenrakkaus ei erottele ihmisiä millään perusteella, vaan ovet kohtaamiseen ovat kaikille avoinna.

Olenpa toimissani sitten sairaanhoitajana tai diakoniatyöntekijänä, diakonisen hoitotyön näkemys minussa on aina se lähtökohta, jonka pohjalta toimin ja suuntaudun kohti toista ihmistä. Arjen työssä se näkyy parhaiten rohkeutena mennä vaikeisiinkin tilanteisiin ja luottamuksena siihen, että tässä tehtävässä ei tarvitse toimia pelkän oman voiman varassa.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Helander, E. (2000). Saamelainen maailmankuva ja luontosuhde. Teoksessa I. Seurujärvi-Kari (toim.), *Beivvi Manat. Saamelaisten juuret ja nykyaika* (s. 171–182). Tietolipas 164. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Huhtamalla, A. (2018). *Kahden maailman rajalla. Kulttuurisensitiivisyys hengellisessä kohtaamisessa saamelaisalueella*. (Kandidaatin tutkielma, Helsingin yliopisto, teologinen tiedekunta).
- Lehtola, V. (2015). *Saamelaiset. Historia, yhteiskunta, taide*. Inari: Puntsi.
- Lettinen, E. (2016). Lantalainen tekee suuren tulen ja menee kauaksi lämmittelemään. Teoksessa Samuli Aikio, Marjut Huuskonen & Eva Lettinen. *Sukelluksia saamelaisten ja suomalaisten subteisiin* (s. 125–249). Helsinki: Raakku.
- Magga, R. (20.10.2019). *Saamelaisen vanhuksen kohtaamisesta*. Luento Saamelaisalueen koulutuskeskuksessa.
- Ollikainen, A. (2016). *Hyvinvoinnin ulottuvuudet aikuisuuden näkökulmasta*. (Pro gradu- tutkielma, Tampereen yliopisto, terveystieteiden tutkinto-ohjelma.) Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201602231243>
- Pääesikunta ja Sotilaslääketieteen keskus. (11.4.2014). *MIELENTERVEYSOPAS mielen-terveytyötä tekeville puolustusvoimissa*. Saatavilla 22.10.2019 <https://puolustusvoimat.fi/documents/1948673/2015558/Mielenterveysopas/b459af96-8b33-4c13-bef0-d93283efa233/Mielen-terveysopas.pdf>
- Rantakeisu, M. (2018). *KATSE ETEENPÄIN, Lapin rajavartioston voimavarat ja jaksamista kuormittavat tekijät varusmieskoulutuksessa*. (Opinnäytetyöartikkeli, Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma) Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201801291751>
- Ruotsala, H. (2011). Kaunista ja toimivaa – saamelaisten aineellinen kulttuuri. Teoksessa: I. Seurujärvi-Kari, P. Halinen & R. Pulkkinen (toim.) *Saamentutkimus tänään*. Helsinki: SKS.
- Ruotsala, P. (2016). *Saamelainen perhepalveluiden asiakkaana: kulttuurinen konteksti ja hyvät käytännöt*. Saamelaiskäräjät.
- Saamelaiskäräjät. Saamelaiset Suomessa. Saatavilla 22.10.2019. <https://www.samediggi.fi/saamelaiset-info/>
- Seppä, E. (2012). *Diakoniatyön erityispiirteitä saamelaiskulttuurissa*. (Pro gradu- tutkielma, Helsingin yliopisto, teologinen tiedekunta.)
- Sormunen S., Eloniemi-Sulkava U., Finne-Soveri H., Mäki-Petäjä-Leinonen A. & Andersson S. (2008) Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikais-hoidossa. Teoksessa S. Sormunen & P. Topo (toim.) *Laadukkaat dementiaapalvelut: opas kunnille*. Jyväskylä: Stakes.

Ulla Siirto, Ulla Taipale ja Taina Viljanen

19 KULTTUURIEN VÄLINEN TYÖ DIAKONISESSA HOITOTYÖSSÄ

Suomalainen yhteiskunta ja seurakuntien todellisuus on monikulttuuristunut aiempaa enemmän. Se haastaa myös diakonista hoitotyötä tekeviä kehittämään ammatillista osaamistaan kulttuurien välisen osaamisen osalta. Erityisesti pakolaisuuteen, turvapaikanhakuun ja paperittomuuteen liittyvät erityishaasteet osuvat juuri diakonisen hoitotyön alueelle. Kulttuurien välisestä osaamisesta esille nousevat kulttuurikompetenssi, uskontodialogi, uskontolukutaito ja transnationaalinen osaaminen.

Johdanto

Vaikka Suomessa on ollut monia kulttuureja jo vuosisatoja, monikulttuuristumisen kirjo on kasvanut vasta viime vuosisadan loppupuolella. Ensimmäiset chileläiset pakolaiset ja vietnamilaiset venepakolaiset tulivat Suomeen 1970-luvulla, ja 1980-luvun lopulla alkoi somalia-laisten pakolaisten maahantulo, joka sattui yhtä aikaa Neuvostoliiton romahtamisen kanssa. Tällöin tuli myös paljon inkerinsuomalaisia ja heidän venäläisiä perheenjäseniään. Sitten turvapaikanhakijoita, kansainvälisiä opiskelijoita ja työntekijöitä sekä perhesiteiden kautta on tullut tasaisesti. Vuosina 2015–2016 turvapaikanhakijoiden määrä nousi nopeasti reiluun kolmeenkymmeneen tuhanteen Lähi-Idän kriisien myötä. Tällöin monet sellaisetkin paikkakunnat, joita monikulttuurisuus ei ollut aiemmin juurikaan koskettanut, pääsivät äkkiä osaksi kulttuurien välisyyttä, kun eri puolille Suomea perustettiin hätämajoituskeskuksia ja vastaanottokeskuksia.

Kasvava monikulttuuristuminen on lisännyt tarvetta jokaisen työntekijän kulttuurien väliseen osaamiseen. Erityisesti tämä tarve tulee esille terveys- ja sosiaalialan sektorilla ja seurakunnissa ihmisten kanssa tehtävässä kohtaavassa työssä. Se tulee esille myös työyhteisöissä, joissa moni työtoveri tulee eri kulttuuritaustasta. Tällöin on sovittava yhteen monenlaisia tapoja tehdä työtä.

Seurakuntien työ on moninaistunut

Monissa seurakunnissa tehdään kulttuurien välistä työtä. Aluksi sitä tehtiin erityisesti kristittyjen maahan muuttaneiden kanssa. Tällöin isoimmille paikkakunnille syntyi omakielisiä seurakuntaryhmiä, joissa voi kokea kristittyjen yhteyttä omalla kielellä. Isoimmille kieliryhmille on ollut mahdollista palkata myös oma pappi tai muu työntekijä. Englanninkielisellä työllä on pitkät perinteet erityisesti yliopistopaikkakunnilla, mutta kaikki maahan tulleet eivät kuitenkaan osaa englantia (ks. esim. Ikonen 2015). Pienemmissä seurakunnissa työtä ei joko tehty resurssien vähäisyyden vuoksi tai sitä tehtiin yhteistyössä suomen- tai ruotsinkielisten kanssa tai jopa yli tunnustuskuntarajojen (Isomäki & Lehmusmies & Salojärvi & Wallenius 2018).

Seurakunnissa solmitaan suhteita myös muiden uskontokuntien edustajien kanssa ja käydään uskontojen välistä dialogia. Dialogilla tarkoitetaan sitä, että uskosta ja uskonnosta toisen uskonnon edustajan kohtaaminen tapahtuu omasta uskosta käsin, mutta toisen uskoa ja uskontoa kunnioittaen. Uskontodialogilla on monenlaisia muotoja, mutta tässä keskitymme kuvaamaan diakonisen hoitotyön näkökulmasta tärkeinä pitämiämme arjen ja toiminnan dialogeja, joissa yhdessä elämisen sujuvuus ja yhteinen tekeminen korostuvat. Arjen ja toiminnan dialogit perustuvat keskinäiselle vuorovaikutukselle ja sen kertomiselle, miten uskoo ja miten se näkyy elämässä, vaikkakin ydin on yhdessä elämisen opettelussa. Tarkoituksena on lisätä ymmärrystä sekä omasta että toisen uskonnosta eikä erityisesti uskonoppineisuutta vaadita, arjen tason dialogin käyminen on riittävä tavoite.

Käännyttämisen ajatus ei kuulu uskontodialogiin. Seurakunnan työntekijä voi toimia kokoonkutsujana ja kutsua ryhmään esimerkiksi naisia, jotka eivät välttämättä pääse uskonoppineiden välisiin dialogeihin mukaan. Ryhmä voi kokoontua määrääjän ja keskustelun teemoiksi voi valita erilaisia arkeen liittyviä uskonnollisia teemoja, kuten rukous, paasto ja uskonnolliset juhlat. Yhteisellä toiminnalla tärkeitten päämäärien saavuttamiseksi tai toisen uskonnollisen yhteisön tukemiseksi on myös tärkeä osa uskontodialogia. Tällöin esimerkiksi diakoniatyöntekijä voi kerätä joukon seurakuntalaisia ja mennä toisen uskonnon edustajien rinnalle, kun heidän uskonnollista tilaansa on häväisty vaikkapa töhrimällä. Uskontodialogin käyminen kasvattaa myös uskontolukutaitoa (Kähkönen 2016), jonka avulla on mahdollista ymmärtää uskonnon merkitystä ihmisen elämässä ja valinnoissa, mutta laajemmin myös uskontojen merkitystä yhteiskunnassa.

Eryityisesti diakoniatyössä kohdataan erilaisissa vaikeissa elämäntilanteissa olevia, myös toisista uskonnoista tulevia maahanmuuttajia. Turvapaikanhaki-

joiden määrän kasvun myötä seurakuntien työ on laajentunut myös työksi vastaanottokeskusten kanssa tai jopa omien tilojen ja työntekijöiden tarjoamiseen turvapaikanhakijoiden hätämajoitukseen. Muista kulttuuri- ja uskontotaustoista tulleita kohdataan myös kirkollisten toimitusten yhteydessä, jolloin keskustelua joudutaan käymään siitä, minkä uskonnon mukaan toimitukset tehdään. Työ maahan muuttaneiden parissa on kuitenkin edelleen keskittynyt siihen erikoistuneiden työntekijöiden tehtäväksi eikä se näytä vielä läpäisseen koko seurakunnan toimintaa. Esimerkiksi diakoniatyöntekijöistä vain harvat nostavat vuoden 2018 Diakoniabarometrissa työtehtäväkseen maahan muuttaneiden parissa tehtävän työn. Tulevaisuuden haasteet liittyvät erityisesti lisääntyvän paperittomien joukon kohtaamiseen. Palaamme tähän asiaan myöhemmin tässä artikkelissa.

Pakolaisuuden ja turvapaikanhaun erityiskysymykset

Ihmiset ajautuvat pakkomuuttamaan monista syistä, esimerkiksi vainon, sodan tai luonnonkatastrofin vuoksi. Ihmiset joutuvat pakkomuuttamaan myös kelvottomien elinolosuhteiden vuoksi. Tulevaisuuden uhat pakkomuuton suhteen kasvavat erityisesti ilmastonmuutoksen seurauksena (Fiddian-Qasmiyeh, Loescher, Long & Sigona 2014).

Pakolaisuuteen lähteneet ihmiset etsivät useimmiten turvaa jostakin läheltä omaa asuinmaataan. He asuvat YK:n pakolaisjärjestön UNHCR:n rekisteröimänä pakolaisleireillä tai vastaavissa olosuhteissa. Onnekkaimmat heistä saattavat päästä kiintiöpakolaisiksi johonkin turvalliseen maahan. Tällöin he pääsevät suoraan kunnan asukkaiksi ilman erillistä vastaanottokeskusvaihetta ja tulevat näin myös seurakuntien toiminta-alueelle. Monilla heillä saattaa olla takanaan useiden vuosien pakolaisleiriasumista, jolloin kotoutuminen alkaa käytännön asioihin ja suomen kieleen ja suomalaiseen yhteiskuntaan tutustumisella. Seurakunnat voivat tarjota apuaan jo alusta alkaen. Erityisenä haasteena diakonisessa hoitotyössä on huomioida unelmien ja todellisuuden välinen ristiriita ja siinä tukeminen. Muutto uuteen maahan turvallisiin olosuhteisiin on unelmien täyttymys, johon kiintiöpakolaiset lataavat paljon odotuksia. Uuden kielen oppiminen ja sijoittuminen yhteiskuntaan eivät kuitenkaan ole helppoa (Turtiainen 2016).

Pieni osa pakkomuuttamaan joutuneista lähtee kuitenkin hakemaan suojaa Euroopasta ja etsiytyy aina Suomeen saakka. He tulevat Suomeen pyytämään turvapaikkaa, koska turvapaikan hakeminen on käytännössä ainoa tie päästä

Eurooppaan. Turvapaikan saamisen edellytyksenä on kuitenkin vaino, jota voi olla vaikea näyttää toteen.

Turvapaikanhakijoiden odotusaika vastaanottokeskuksissa tai yksityismajoituksessa voi venyä vuosien mittaiseksi. Vuonna 2018 voimaan tulleen EU-direktiivin mukaan turvapaikkapäätös pitäisi kuitenkin tehdä kuudessa kuukaudessa. Käytännössä tähän on vaikea päästä, koska Maahanmuuttovirastolla ei ole tarpeeksi resursseja. Lisäksi joidenkin henkilöiden tilanteet ovat niin monimutkaisia, että selvittelyyn tarvitaan aikaa (Siirto & Laihia 2016).

Odotusaika asettaa paineita mielenterveydelle. Se haastaa diakonisessa hoitotyössä olevia käyttämään osaamistaan tukiessaan turvapaikkaprosessissa olevia henkilöitä. Erityisesti pitkittynyt odotusaika kiristää ihmisen hermoja ja sosiaalisia suhteita, lisää masennusta sekä kaventaa toivon näköaloja. Myös ero perheenjäsenistä luo paineita. Monet lähtevät pakomatulle ilman perhettä ajatellen perheen tulevan sitten myöhemmin perheenyhdistämisen kautta turvallisesti Suomeen. Matkalle lähetetään usein se, jonka ajatellaan selviävän matkan vaaroista parhaiten, eli usein nuoria miehiä. Huoli sodan jalkoihin tai muutoin epävakaisiin oloihin jääneistä perheenjäsenistä on suuri ja psyykkinen kuorma voi estää esimerkiksi työntekoa, johon turvapaikanhakijalla on oikeus määräajan jälkeen (Kallakorpi 2019; Tuomola 2016).

Kun ympärillä ovat muut turvapaikanhakijat saavat kielteisiä päätöksiä, pelko omasta kielteisestä päätöksestä kasvaa. Tämä lisää psyykkistä oireilua. Epätoivo ajaa myös ihmisiä epätoivoisiin tekoihin, joten työntekijänä on tärkeää huomioida merkkejä mahdollisesta itsemurhasta tai muusta väkivallanteosta ja pyrkiä antamaan tukeaan riittävän ajoissa. Epätoivo voi myös olla hedelmällistä maaperää väkivaltaiselle radikalismille (Kallakorpi 2019).

Osa turvapaikanhakijoista on kokenut kidutusta lähtömaassa tai on joutunut muuten kokemaan traumatisoivia asioita lähtömaassa tai pakomatulla. He voivat oireilla traumaansa eri tavoin. On tärkeää, että traumaansa kokeneet saisivat siihen ammattiapua esimerkiksi Kidutettujen kuntoutuskeskuksesta (Tuomola 2016). Diakonisen hoitotyön ammattilainen voi ohjata traumatisoituneen henkilön myös esimerkiksi kriisikeskuksen, perheneuvolan psykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle. Pitkät jonot hidastavat kuitenkin hoidon saamista. Tällöin on tärkeää tarjota sitä tukea, mitä omalla osaamisella on mahdollista tehdä. Vain psykoterapeuttisen koulutuksen saanut voi lähteä purkamaan patoutuneita traumoja. Olemassa on kuitenkin kevyempiä keinoja tukea traumatisoitunutta, joita kuka tahansa diakonisen hoitotyön ammattilainen voi käyttää. Myötätuntoinen läsnäolo ja kuuntelu on kaiken kohtaamisen perusta.

Verkostoyhteistyön kautta diakoniatyöntekijältä kysytään usein, onko kirkolla ketään vapaaehtoista tukihenkilöä, joka voisi tavata yksinäisen pakolaisen tai turvapaikanhakijan, jolla ei ole enää kontakteja omaisiin kotimaassa eikä ystäviä Suomessa. Koulutettu vapaaehtoinen on tärkeä resurssihenkilö, joka voi tukea henkilön opiskelua ja vahvistaa hänen henkistä vireyttään. ”Olen saanut suomalaisen isän ja äidin, kun omat vanhemmat on tapettu kotimaassani”, totesi eräs afgaanipoika kiitollisena. Työntekijän tehtävä on toimia vapaaehtoisten työnohjaajana, kouluttajana ja tunnistaa ajoissa mahdollinen myötätuntouupumus. Erityisesti traumatisoituneitten henkilöiden kanssa työskentely voi aiheuttaa työntekijässä tai vapaaehtoisessa myötätuntouupumusta. Onkin tärkeää, että vaikeitten asioiden kanssa työskenneltäessä oma työnohjaus on kunnossa ja on mahdollista käydä läpi tilanteita työnohjaajan kanssa.

Työ paperittomiksi jääneiden parissa

Paperittomalla henkilöllä ei ole laillista oleskeluoikeutta maassa. Paperittomien määrä Suomessa on kasvanut vuoden 2016 tehtyjen turvapaikka- ja ulkomaalaislainsäädännön muutosten seurauksena. Aikaisemmin sellaisen turvapaikanhakijana tulleen, jonka kotimaassa oli levotonta ja väkivaltaista, oli mahdollista saada oleskelulupa humanitaarisin perustein, kun turvapaikan myöntämisen edellytykset eivät täyttyneet, mutta palauttaminen olisi ollut epäinhimillistä. Sittenkin oleskelulupaperuste poistettiin ja kielteisten päätösten määrä alkoi kasvaa. Osa turvapaikanhakijoista on kuitenkin kokenut, ettei voi palata lähtömaahansa siellä olevan uhan vuoksi, ja on jäänyt maahan paperittomana. Ihminen voi jäädä paperittomaksi myös muista syistä. Esimerkiksi paperittomiksi on joutunut henkilöitä, joiden oleskelulupa on mennyt umpeen eikä uutta ole myönnetty tai sitä ole uskallettu maasta poistamisen pelossa hakea. Joskus maahan on tultu myös ilman viisumia tai olemassa olevaa oleskelulupaa (Ahonen & Kallius 2019; Siirto 2019).

Paperittomat joutuvat tilanteensa vuoksi helposti hyväksikäytetyiksi. Tämä on hyvä tiedostaa diakonisessa hoitotyössä. Asumisjärjestelyt saattavat olla hyväksikäyttäviä. Paperiton henkilö saattaa suostua työehtoihin, jotka ovat riistäviä, mutta suostuu niihin, koska se on ainoa keino ansaita rahaa. Pahimmillaan syntyy varjoryhteiskunta, joissa toisilla ei ole juuri mitään oikeuksia ja heidän on vaikea päästä tilanteestaan ulos (Siirto 2019).

Paperittomien ihmisten tilanne on monella tavalla hyvin ahdistava. Heitä asuu kadulla, tuttavien ja sukulaisten nurkissa ja hätämajoituksessa. Iso lapsiperhe voi asua pienessä yksiössä, jossa on vain patjat lattialla ja ruokapöytä syömis-

tä varten. Kotina voi olla kaupungin kriisiasunto, jossa asuminen on tarkoitettu vain lyhyeksi hätäavuksi. Lapsilla on oikeus käydä koulua ja se pitää perheen arkirytmien jostenkin koossa. Henkinen paine ja epävarmuus tulevaisuudesta voi kuitenkin heijastua kaikkiin perheenjäseniin apatiana ja eri asteisena masennuksena. Kela tai sosiaalitoimi myöntää ostoluvan ruokakauppaan. Iso ongelma on käteisen rahan puute. Käteistä tarvitaan esimerkiksi puhelimen puheajan lataukseen. Monissa kunnissa muuta apua ei ole mahdollista saada, paitsi kiireellistä sairaanhoitoa. Vain harvat kunnat ovat laajentaneet paperittomien henkilöiden oikeuden käyttää terveydenhuollon palveluita myös välttämättömän terveydenhuollon osalta.

Monet paperittomat henkilöt joutuvat turvautumaan Global Clinicin terveyspalveluihin. Niissä vapaaehtoiset lääkärit ja muu hoitoalan henkilökunta tarjoavat ilmaiseksi terveyspalveluita. Global Clinicin toiminnassa on mukana vapaaehtoisina myös diakonisen hoitotyön osajia. Vapaaehtoisia tarvitaan myös kuljetamaan apua tarvitsevaa klinikalle. Valitettavasti klinikoita on vain isommissa kaupungeissa, joten apu on monelle liian kaukana.

Paperittoman tilanteessa diakoniatyöntekijän konkreettinen apu vaateavustuksena, lapsen leluina tai tärkeän bussikortin tai puheajan ostamisena on tervetullutta. Toivoa ja iloa voi tuoda paperittoman elämään jo se, että hänet kutsutaan mukaan esimerkiksi seurakunnan tapahtumiin ja juhliin, joissa hän saa kertoa oman kotimaansa juhlaperinteistä ja auttaa tarjoilussa. Osallisuuden kokemus näkyy iloisena hymynä paperittoman henkilön kasvoilla vaikeasta elämäntilanteesta ja puutteesta huolimatta. Myös vaikuttamistyö kunnallisella tasolla paperittomien palveluiden parantamiseksi voi tapahtua diakoniatyöntekijän aloitteesta. Vaikuttamistyötä on tehtävä myös poliittisten päättäjien suuntaan, sillä he viime kädessä ratkaisevat sen, ylläpidetäänkö paperittomuutta vai etsitäänkö aktiivisesti ratkaisuja sen poistamiseksi.

Seurakunta voi myös apua tarvitsevan pyynnöstä tarjota turvapaikanhakijalle tai paperittomalle kirkkoturvaa (Turvaa kirkosta 2019). Kirkkoturvaa on mahdollista tarjota, jos turvapaikanhakijan turvapaikkaprosessi on ollut epäoikeudenmukainen tai tulkkauksessa on tehty virheitä. Esille on tullut jotain uutta turvapaikkaperusteisiin liittyvää, joka ei ole aikaisemmin tullut esille tai henkilöllä on perusteltu pelko vainosta tai hänen perhe-elämänsä uhkaavasta tekijästä, mikäli hänet palautettaisiin lähtömaahan.

Kirkkoturvan tarjoaminen edellyttää päätöstä seurakunnan päättävissä elimissä sekä sopivia tiloja, joissa turvan saanut voi asua. Myös hänen muusta hyvinvoinnistaan on pidettävä huolta koko prosessin ajan. Yhteistyötä on tehtävä hänen

lakimiehensä kanssa, koska lakimiehellä on oikeudellisia välineitä vaikuttaa prosessiin. Kirkkoturvalla ei kuitenkaan ole laillista asemaa, vaan se on pikemminkin huolen osoitus viranomaisten suuntaan. Se tarjoaa myös turvassa olevalle yhteisön ja tukea.

Välineitä kulttuurien väliseen työhön

Kulttuurien välisen työn lähtökohta on avoin mieli ja rohkeus kohdata erilaisuutta. Se on hyvä perusta. On tärkeämpää oppia pikemminkin kulttuurien välisen vuorovaikutuksen metataitoa kuin nippelitietoa eri kulttuureista. Metataidolla tarkoitetaan kykyä ymmärtää oman ja toisen kulttuurin vaikutus keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Nippelitiedossa on puolestaan vaaransa, sillä vaikka jotkut piirteet ovatkin yleisiä joissain kulttuureissa, eivät kaikki kyseisestä kulttuuritaustasta tulevat välttämättä itse toimi juuri tuon piirteen mukaisesti. Lisäksi henkilön sosioekonominen asema ja koulutustausta voivat vaikuttaa hyvin eri tavalla tiettyjen kulttuuristen piirteiden noudattamiseen. Parasta on kysyä ihmiseltä itseltään silloin, kun ei tiedä. Ihmettelemisen taito uuden edessä auttaa keräämään tietoa, jota työssä tarvitaan. Ihmiset kertovat mielellään siitä, miten toivovat tulevaisuutta kohdatuiksi.

Kulttuurikompetenssista tai kulttuurisesta sensitiivisyydestä (Salo-Lee 2009; Gothóni & Jokela 2009) puhutaan silloin, kun ihminen ymmärtää ensinnäkin sen, että hän tulkitsee helposti toista oman kulttuurinsa kautta ja toiseksi sen, että samoin toimii myös toisesta kulttuurista tullut. Eli molemmat kulttuurit vaikuttavat kohtaamistilanteeseen. Kun työntekijä on tiedostanut tämän, hän voi kriittisesti pohtia omia reaktioitaan ja suhtautumistaan toisesta kulttuuritaustasta tulleeseen ja samalla hän ymmärtää sen, että toisesta kulttuurista tullut peilaa työntekijältä saamaansa tietoa oman kulttuurinsa kautta. Tämä on lähtökohta toisen ymmärtämiselle. Pitempiaikaisessa suhteessa on mahdollista tunnistaa sekä niitä yhtäläisyyksiä että eroja, joita eri kulttuurisissa piirteissä on. Yhtäläisyyksiä voi käyttää suhteen rakennusaineena ja eroavaisuuksia voi opiskella (Salo-Lee 2009).

Kulttuurikompetentti työntekijä kunnioittaa toisen mielipidettä ja arvostaa hänen tapaansa elää kulttuuriaan ja uskontoaan todeksi. Selkeästi ihmisoikeuksien ja Suomen lainsäädännön vastaisiin tekijöihin, kuten tyttöjen ympärileikkaus tai kunniaväkivalta, tulee toki puuttua. Suurimpia kulttuurisia eroavaisuuksia voi olla esimerkiksi suhtautuminen lasten kuritukseen tai naisten asemaan. Työntekijän on tärkeä ymmärtää, että toisesta kulttuurista tulleen on tiedettävä suo-

malainen lainsäädäntö, mutta myös, että opituista vahingollisista kulttuurisista piirteistä poisoppiminen on hidaskäyttöprosessi.

Luottamuksen rakentaminen toisesta kulttuurista tullessaan voi vaatia pitkän ajan, siksi on tärkeää viestiä luottamusta herättävällä tavalla ja pitää lupauksensa. Anteeksikin on tärkeää pyytää, jos on tapahtunut väärinkäsitys. Kielteinen vastaus pyyntöön voidaan helposti tulkita rasistiseksi, vaikka se ei sitä olisi. Jos luottamus on rakentunut, kestää suhde myös vastoinkäymisiä.

Myös muutoksen sietokyky on oltava joustava. Eri kulttuuritaustoista tulevilla saattaa olla erilainen käsitys ajasta tai erilainen tärkeysjärjestys. Siksi sovittu kohtaaminen saattaa jäädä väliin, mikäli läheinen sairastuu tai tulee eteen joku muu oman tärkeysjärjestyksen mukaan kiireisempi asia. Toisenlaisista ajallisista kulttuureista tulleet oppivat kuitenkin nopeasti suomalaisen täsmällisyyden saatettuaan ensin tehdä muutaman virheen.

Työssä voi olla myös sudenkuoppia, joihin työntekijän on helppo kompastua. Yksi sudenkuopista on ammatillisuuden ja ystäväyden sekoittuminen. Vaikka työntekijä itse kokisikin olevansa ammatillisen empaattinen, voi maahan muuttanut kokea ystävällisyyden ystävätasoiseksi ja odotukset työntekijän suhteen ovat sen mukaiset. Työntekijä voi esimerkiksi kertoa ystävällisesti, ettei henkilö voi olla ystävä, niin kauan kuin on asiakas. Tärkeää on myös, ettei henkilö tulkitse kotikäyntejä vierailuksi, johon pitäisi vastata kutsumalla henkilö omaan kotiin, vaan se on työtehtävä. On viisasta kieltäytyä myös ruokatarjoiluista, paitsi jos on kysymys juhlista. On kuitenkin huomioitava, että apua saanut ei halua jäädä kiittolisuudenvelkaan ja ruuan tarjoaminen voi olla hänen tapansa vastavuoroisuuteen.

Vaikeassa elämäntilanteessa oleva maahan muuttanut voi synnyttää työntekijässä halua auttaa enemmän kuin on tarpeen ja hän voi tehdä toisen puolesta asioita eikä siten anna ihmiselle mahdollisuutta oppia itse. Yhdessä tekeminen tai toisen tukeminen ovat paljon parempia vaihtoehtoja. Myös syrjivä asenne voi olla yksi sudenkuoppa. Tällöin toisesta kulttuurista tulleen asia voidaan ohittaa tai ajatella sen olevan vähäpätöinen, myös hänen kokemustaan saatetaan mitätöidä.

Työ maahan muuttaneen kanssa voi olla aikaa vievää ja vuorovaikutukseen voidaan tarvita tulkkia. Aina tähän ei ole varattu tarpeeksi resursseja, mikä voi aiheuttaa ohittamista, syrjivää kohtelua tai väärinymmärrystä. Kaikissa työpajoissa ei ole olemassa toimintaohjeita siitä, kuinka toimitaan tulkin kanssa. Lisäksi voi olla, ettei ole mahdollista päästä työhajaukseen, vaikka työssä kohdattavien ihmisten asiat olisivat kuormittavia.

Ongelmallista on myös se, jos työntekijä korostaa kulttuurien välisiä eroja liikaa. Kulttuurit toki eroavat monessa kohdassa toisistaan ja eroja tulee ymmärtää,

mutta niiden korostaminen johtaa eriytymiseen. Ymmärtämistä voi lisätä käyttämällä tulkkia tai tutustumalla enemmän toisen kulttuuriin tai ylipäättään muualta tuleviin ihmisiin, jolloin oma käsitys moneudesta voi avartua. Työntekijä edustaa suomalaista kulttuuria ja on siten toisesta kulttuurista tulleelle myös malli siitä, miten Suomessa toimitaan.

Joskus voi olla vaikea ottaa puheeksi toisesta kulttuurista tulleen henkilökohtaisia asioita tai tabuiksi tiedettyjä asioita. Jotta diakonista hoitotyötä on mahdollista tehdä, on uskallettava puhua myös aroista asioista. Työntekijä voi myös joutua ammattieettisen tai lainsäädännöllisen ongelman eteen. Voidakseen rakentaa luottamusta työntekijän on luvattava kohtaamilleen ihmisille vaitioloa. Jos kysymyksessä on jokin Suomen lainsäädännön tai ihmisoikeuksien vastainen tietoon tullut asia, voi työntekijä vaieta vaitiolovelvollisuuteensa vedoten, vaikka olisi tärkeää viedä asiaa eteenpäin. Tällaisia ovat esimerkiksi lastensuojelulliset asiat, joiden eteenpäin vieminen on myös diakonista hoitotyötä tekevän velvollisuus. Yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa kannattaa lisätä ja hankkia lisäkoulutusta monikulttuurisesta työstä.

Uskontolukutaidolla tarkoitetaan kykyä ymmärtää toisen maailmankatsomusta (Kähkönen 2016). Uskontolukutaito syntyy kuuntelemalla ja hankkimalla tietoa. Kun työntekijä on uskontolukutaitoinen, ymmärtää hän toisen ratkaisujen perusteluita paremmin. Diakonisessa hoitotyössä on vahvasti sisäänkirjoitettuna oletttamus, että työntekijä tuntee kristinuskon. Oman uskonnon tunteminen antaa hyvät eväät oppia tuntemaan ja kunnioittamaan toisen uskontoa.

On tärkeä ymmärtää ihmisen omia selviytymiskeinoja ja tukea niitä. Joskus ihmiseltä kysymällä voi löytyä sellainen hänen kulttuuristaan nouseva toimintamalli, joka tukee häntä selviytymään, esimerkiksi keskustelu imaamin kanssa. Tärkeää on kuitenkin, että ihminen tulee kohdatuksi kielivaikeuksista, näkemyseroista tai vaikeista elämäntilanteista huolimatta.

On tärkeää, että työntekijä osaa pistää omat oletuksensa sivuun ja uskaltautuu kysymään. Virheitäkin sattuu ja niistä voi oppia. Ilmaisussa on hyvä käyttää selkeää kieltä tai selkokieltä ja varmistaa lopuksi, onko toinen ymmärtänyt sen, mistä on puhuttu. Hyvä keino selkeästä ilmaisusta on Taina Viljasen kehittämä ”kirjekuoriterapia”. Kun ihmisen asiat ovat sekaisin ja niiden hoitamista on vaikea ymmärtää suomalaisen byrokratian ja kielitaidollisten vaikeuksien vuoksi, on mahdollista selkeyttää tehtäviä asioita kirjekuorien avulla. Jokainen asia laitetaan omaan kirjekuoreensa ja otsikoidaan kirjekuoret, esimerkiksi ”nämä paperit Kelaan 15.5. mennessä” tai ”tässä ovat kaikki Migrin paperit” tai ”maksa tämä lasku 15.9. mennessä”. Kirjekuoriin voi laittaa myös ohjeita, miten tietyissä tilanteissa

toimitaan. Niihin voi lisätä myös jotain kivaa, kuten: ”Katso peiliin ja hymyile itsellesi. Olet kaunis ja olet tärkeä.” Kirjekuoret on myös mahdollista numeroida tärkeysjärjestykseen, kun tilanne on oikein sekaisin. Kirjekuoriterapiasta on tullut hyvää palautetta, koska henkilöt ovat pystyneet kuorten avulla hahmottamaan kaotettua tilanteensa kokonaisuuden eivätkä hoidettavat asiat ole enää tuntuneet mahdottomilta. Samalla myös itsetunto on vahvistunut, kun henkilö on havainnut kykenevänsä hoitamaan asiansa itse.

Eväitä transnationaalista osaamisesta

Transnationaalisen osaamisen käsite (Koehn 2004; Sainola-Rodrigues 2014) voi tuoda uutta näkökulmaa myös diakoniseen hoitotyöhön. Se on hoitotyöhön kehitelty malli. Sen lähtökohtana on ihmisen oma tarina ja vuorovaikutus yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Sen eri osaamisen osat ovat analyttinen, emotionaalinen, luova, viestinnällinen ja toiminnallinen osaaminen.

Analyttisellä osaamisella tarkoitetaan ihmisen tarinan kuulemistä ja ymmärtämistä sekä hyödyntämistä diakonisessa hoitosuhteessa. Alkuvaiheessa kerätään tietoa ihmisestä mahdollisimman tarkasti. Tieto täydentyy luonnollisesti suhteen aikana. On tärkeä kuulla ihmisen omia tulkintoja elämäntilanteesta, kuulla hänen elämänsä haavoittavista tekijöistä ja tämän hetken elämästä uudessa kotimaassa sekä tunnistaa niitä eroavaisuuksia, joita kulttuurien välillä on.

Empaattiseen osaamiseen liittyy aito kiinnostus ihmisen arvoja ja kulttuurisia käytäntöjä kohtaan. Se pohjautuu ihmisen uskon, uskonnon, perinteiden ja arvojen kunnioittamiseen. Empatiaan liittyy myös luottamuksen rakentaminen ja luotettavuus. Lisäksi tähän osioon liittyy usko siihen, että työntekijä kykenee autamaan, mikäli sellaisesta suhteesta on kysymys.

Luovassa osaamisessa on kysymys kyvystä yhdistää eri asioita sekä innovatiivisuudesta. Esimerkiksi diakonisessa hoitotyössä on mahdollista yhdistää moderneja hoitotyön ja diakoniatyön käytäntöjä maahan muuttaneen, eri kulttuurista tulevan ihmisen omasta perinteestä nouseviin käytäntöihin.

Viestinnällinen osaaminen puolestaan hyödyntää erityisesti muita kuin kielellisiä viestintämuotoja. Toisesta kielitaustasta tulleen kanssa työskentely hyötyy erityisesti katsekontaktin, hiljaisuuden, kosketuksen, tilan ja etäisyyden huomioinnista. On myös tärkeää selittää kaikki mahdolliset toimenpiteet myös sanallisesti, ettei henkilö säikähdä esimerkiksi kosketusta tai hoitotoimenpidettä. Tulkkia kannattaa käyttää tarvittaessa. Dialogisuus on olennainen osa viestintää, samoin kuin eri kulttuuristen viestimistöiden huomioiminen. Viestimällä voi

myös ylläpitää (tai tuhota) turvallisuuden tunnetta. Aina kannattaa pyrkiä asioiden rakentavaan selittämiseen ja välttää konfliktien synnyttämistä. Rauhallinen, selkeä puhetyyli sekä avainasioiden toisto auttaa paremmin ymmärtämään. Lisäksi on mahdollista käyttää kuvia ja eleitä.

Toiminnallisessa osaamisessa näkyvät kaikki edellä mainitut transnationaalisen osaamisen osat. Toiminnassa arvostus toista ihmistä ja hänen näkemyksiään kohtaan on kaiken perusta. On kuitenkin varottava ihmisen kulttuurin yli- tai aliarviointia. Transnationaalisessa osaamisessa huomioidaan yksilön ohella myös hänen perheensä ja yhteisönsä. Toiminta edellyttää positiivisen vuorovaikutussuhteen ylläpitämistä, tilannetajua sekä erilaisten toimintatapojen sovittamista erilaisiin tilanteisiin. Aina omat taidot ja kyvyt eivät riitä ja tarvittaessa on tärkeää osata ohjata ihminen eteenpäin apua saamaan.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Ahonen, Talvikki & Kallius, Annastiina (2019). Paperittomuuden tuotanto ja hallinta Suomessa vuosina 2015–2017. Teoksessa Eveliina Lyytinen (toim.) *Turvapaikanhaku ja pakolaisuus Suomessa*. Turku: Siirtolaisinstituutti. Saatavilla http://www.migrationinstitute.fi/files/pdf/tutkimuksia-sarja/t-02-isbn_978-952-7167-60-1-turvapaikanhaku_ ja _pakolaisuus_suomessa.pdf, 89–112.
- Gothóni Raili & Jokela, Ulla (2009). Eri uskontojen ja kulttuurien haaste hoitotyössä. Teoksessa Kirsti Aalto & Raili Gothóni (toim.) *Ihmistä lähellä: Hengellisyys hoitotyössä*. (s. 151–167). Helsinki: Kirjapaja,
- Ikonen, Tiina (2019). Rohkean kohtaamisen taito. Diak/Dialogi 21.2.2019. <https://dialogi.diak.fi/2019/01/21/rohkean-kohtaamisen-taito/>.
- Ikonen, Tiina (2015). Kirkko muukalaisen asialla. Kansainvälinen diakonia Suomen evankelisluterilaisen kirkon hiippakunta- ja keskushallinnossa 1993–2004. (Diakonia-ammattikorkeakoulu. A Tutkimuksia 41). Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu (Väitöskirja, Helsingin yliopisto) Saatavilla https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/110145/A41_9789524932455.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Isomäki, P. & Lehmusmies, J. & Salojärvi, P. & Wallenius, V. (2018). *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvot*. Kirkon tutkimuskeskuksen verkkojulkaisuja 56. [http://notes.evl.fi/julkaisut/nsf/06C1D4C467FB78BCC22582FD00359765/\\$FILE/KKH_Diakoniabarometri_2018_verkko_18_08_14.pdf](http://notes.evl.fi/julkaisut/nsf/06C1D4C467FB78BCC22582FD00359765/$FILE/KKH_Diakoniabarometri_2018_verkko_18_08_14.pdf).
- Kallakorpi, Susanna (2019). Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden psyykinen sairastuminen ja psykiatriset hoitokokemukset Suomessa. Teoksessa Eveliina Lyytinen (toim.) *Turvapaikanhaku ja pakolaisuus Suomessa* (s. 279–299). Turku: Siirtolaisinstituutti. saatavilla http://www.migrationinstitute.fi/files/pdf/tutkimuksia-sarja/t-02-isbn_978-952-7167-60-1-turvapaikanhaku_ ja _pakolaisuus_suomessa.pdf
- Koehn Peter H. (2004). *Global Politics and Multinational Health-care Encounters: Assessing the Role of Transnational Competence*. EcoHealth 1: 69–85.
- Kähkönen, E. (2016). Uskontolukutaito sekulaarin ja uskonnollisen välisenä siltana. Teoksessa R. Gothóni, S. Hyväri, M. Kolkka & P. Vuokila-Oikkonen (toim.) *Osallisuus yhteiskunnallisena haasteena: Diakonia- ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 2*, (s. 261–274). (Diak Työelämä, 7). Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-275-2>

- Sainola-Rodrigues, K. (2009). *Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus*. (Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172). Kuopio: Kuopion yliopisto (Väitöskirja, Kuopion yliopisto). Saatavilla: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1302-8/urn_isbn_978-951-27-1302-8.pdf.
- Salo-Lee, L. (2009). Monikulttuurinen osaaminen ja kulttuurinen lukutaito. Teoksessa J. Lampinen ja M. Melén-Paasio (toim.) *Tulevaisuus meissä – kasvaminen maailmanlaajuiseen vastuuseen*. (Opetusministeriön julkaisuja 2009:40) Saatavilla: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/76679>.
- Siirto, U. (2019). *Paperiton – aikamme lainsuojaton*. Saatavilla <https://www.maansuola.fi/paperiton-aikamme-lainsuojaton/>.
- Siirto, U. & Laihia, M. (2016). Turvapaikanhakijoiden vastaanotto – toteutuvatko ihmisoikeudet? Teoksessa R. Gothóni & U. Siirto (toim.). *Pakolaisuudesta kotiin*. (s. 113–134). Helsinki: Gaudeamus.
- Tuomola, P. (2016). Pakolaisten terveystriskit. Teoksessa R. Gothóni & U. Siirto (toim.). *Pakolaisuudesta kotiin*. (s. 139–154). Helsinki: Gaudeamus.
- Turtiainen, K. (2016). Pakkomuutto sosiaalityössä kohdattavana ilmiönä. Teoksessa M. Jäppinen, A. Metteri, S. Ranta-Tyrkkö & P. Rauhala (toim.) *Kansainvälinen sosiaalityö. Käsitteitä, käytäntöjä ja kehityskulkuja* (s. 204–226). EU: UniPress,
- Turvaa kirkosta. Ohjeistus kirkkoturvan järjestämiseen*. (2019). Helsinki: Suomen Ekumeenisen Neuvoston julkaisuja CX. Saatavilla [http://www.ekumenia.fi/data/liitteet/suomi-310519-nettijulkaisu\(9\).pdf](http://www.ekumenia.fi/data/liitteet/suomi-310519-nettijulkaisu(9).pdf)

Kirsti Rinta-Panttila

20 MATKA YHTEISKUNNAN MARGINAALISTA TÄYSVALTAISEKSI KANSALAISEKSI

Ihmiset, jotka jakavat samat arvot, uskomukset, normit ja toimintatavat muodostavat kulttuurin. Kulttuuri on myös pohjana yksilön itsetunnon rakentumiselle. Kulttuurin sisällä on alakulttuureja, jotka voivat erota vahvasti pääkulttuurista. Kodittomat ihmiset elävät yhteiskunnan marginaalissa, heillä on vahva toiseuden kokemus – olen erilainen, joku muu kuin nuo toiset täällä elävät ihmiset. Onneksi nykyään myös kodittomat ihmiset kohdataan subjekteina, ei toimenpiteiden kohteena. Artikkelini kertoo kodittomuudesta, ihmisarvosta ja toivosta. Se kertoo ihmisiä tukevista yhteisöistä ja toiminnasta, myös tänä päivänä merkittävän toimintamuodon, taiteen ja kulttuurin keinoin. Paljolti äänessä ovat kodittomat naiset.

S euraavasta tarinasta alkaa matkani diakonissana asunnottomuuden, päihteiden ja marginaalissa elämisen maailmaan. Tämän hetken jälkeen olen saanut olla monessa mukana, perustamassa kodittomien naisten palveluja: asumista, toiminnallisuutta, koulutusta, taide- ja kulttuuritoimintaa. Olen saanut valmentaa seurakuntien, kaupunkien ja järjestöjen ammattilaisia ja heidän asiakkaitaan. Oma diakonisen hoitotyön polkuni on johtanut työskentelemään sekä moniammatillisissa verkostoissa että marginaalissa elävien ihmisten parissa. Olen kokenut, että ihmisyyden kokonaisvaltainen ymmärtäminen ja ihmisen itsenäisen selviytymisen tukeminen ovat olleet oman työni ydintä. Jokainen kohtaaminen on hetkien taidetta, jonka pohjana on molemminpuolinen kunnioitus, luottamus ja kumppanuus.

Toiseuden tunnistaminen itsessään ja elämässään

Istumme vanhan asuntolan naisten salissa talon asukkaana, Ellan, kanssa joskus 1990-luvulla. Hän haluaa kertoa minulle, diakonissalle, asiasta, josta on vaikea puhua. Poika, perheellinen työssä käyvä mies, teki itsemurhan, ja hänen tavaroistaan löytyi runo, jonka saan luettavakseni ensimmäisenä.

*Oi Jumala, siipeni murtuneet,
ota käsiisi ihmeellisiin.*

Olen lentänyt liian kauas, olen lentänyt eksiysiin.

*Olen lentänyt siivin voitollisin
läpi ilmojen häikäiseväin.*

*Tuhat aurinkokuntaa kiersin,
joka ainoan taivaan näin.*

*Nyt rajalla viimeisen taivaan
ja rajalla kuoleman maan
minä vapisen enää hiljaa
ja rukoilen, rukoilen vaan.*

(Saima Harmaja)

Aikuisena mutta vastavalmistuneena diakoniatyöntekijänä olen hämmentynyt. Mietin kuumeisesti, miten minun tulisi tässä tilanteessa auttaa tätä ihmistä. Olen omasta toivomuksestani sisällyttänyt työhöni etsivän työn vanhan, yli kaksisataapaikkaisen asuntolan naisten saleissa. Olen käynyt tervehtimässä naisia ja ker-tonut, kuka olen ja että olen heidän käytettävissään. Minut on otettu vastaan monella tavalla. Epäluuloisesti, vihamielisesti, arastellen, uteliaasti ja myös hyväksyen. Olen näiden ihmisten reviiirillä, täällä minä olen joku muu.

Ja nyt, tässä sängyllä Ellan kanssa istuessani mietin kuumeisesti, miten tässä tilanteessa tulisi toimia, miten auttaa tätä ihmistä. Naista, jonka ”koti” on sänky, yöpöytä ja kaappi kymmenen naisen kansoittamassa salissa. Jonka elämää määrittävät pakko sopeutua tähän asumismuotoon, päihteet, mielenterveyden ongelmat, entisten sosiaalisten verkostojen ja läheisten menetys, syyllisyys ja häpeä. Tajuan, että olemalla ihminen ihmiselle hetki on aito, ja tämä kohtaaminen määrittää jatkon, jonka me molemmat hyväksymme omista lähtökohdistamme.

Ihmisyys, ihmisarvo ja kokemus arvokkuudesta rakentuu monista eri elementeistä. Jokainen meistä kokee tämän itsessään, omassa elämässään. Jokainen meistä kantaa mukanaan ainutkertaista historiaansa ja elää nykyisyyttä. Jokaisella meistä on osaamisemme ja lahjamme, unelmamme ja toiveemme. Ja kuitenkin, jotkut meistä saavat aloittaa elämänsä onnellisempien tähtien alla kuin toiset.

Sukupolvien yli jatkuva huono-osaisuus luo helposti epävarman pohjan lapsen elämälle. Kuten eräs päihteistä irtautunut päihdevanhempien tytär, Katariina, totesi: *Miten olisin voinut selviytyä lapsuudesta ja nuoruudesta tämän paremmin, kun ympärilläni oli vain päihteitä käyttäviä ihmisiä. Isä oli tämän tästä vankilassa ja opetti minut varastamaan kaupasta hänen tarvitsemansa tavarat. Ainoa järkevä ihminen oli isoäiti, uskovainen nainen, jonka luona käydessäni koin turvaa ja huolenpitoa. Häneltä perinnöksi sain lahjan, uskon Jumalaan. Ja sitten vankilassa, kamppaillessani kohti raittiutta, sain omintakeisen terapeutin, vanhan papin. Hän oli ensimmäinen täyspäinen ihminen, jonka kanssa pystyin käymään läpi elämäni.* – Niinpä, totesi tähän Katariinan ystävä, kodittomana elänyt Tanja, *ja niillä kor-teilla on pelattava, jotka saa.*

Nämä nuoret naiset kuuluvat ryhmään, jonka lapsuuden ja nuoruuden perusolosuhteet ovat olleet heikot, jonka lähimenneisyydessä on ollut runsaasti menetyksiä. He olivat kuitenkin kokemustensa jälkeen heränneet tietoisuuteen asemastaan yhteiskunnan marginaalissa ja halusivat itse vaikuttaa elämänsä kulkuunsa. Tänä päivänä nuo kaksi naista työskentelevät ammattilaisina kodittomien ja päihteitä käyttävien ihmisten parissa. Matka on ollut pitkä ja haastava, mutta he ovat onnistuneet.

Tutkija Riitta Granfelt on pro gradu -työssään ja väitöskirjassaan keskittynyt kodittomiin naisiin, kodittomuuden syihin ja seurauksiin. Hänen mukaansa kodittomien asuntoloissa asuvat naiset tekivät selvän eron itsensä ja ”normaalien” ihmisten välille. Granfelt tulkitsee tämän siten, että negatiivinenkin (poikkeava) identiteetti tuo ihmiselle tunteen siitä, että hän on joku. Toivomus elämän normaaliudesta, irrottautuminen marginaalin identiteetistä, on merkki siitä, että ajatusmaailmassa, oman elämän ja tulevaisuuden mieltämisessä on tapahtunut muutosta. Muutos koskee myös itsearvostusta. (Granfelt 1992; 1998.)

Mitkä sitten ovat Katriinan, Tanjan ja lukemattomien muiden yhteiskunnan marginaalissa elävien ihmisten toiveita? Miten lähteä rakentamaan toisenlaista elämää kodittomana, väkivaltaa kokeneena, päihteitä käyttävänä, psyykkisesti tai fyysisesti sairaana ihmisenä? Helsingin Diakonissalaitoksen naistyön piirissä tehtyyn kyselyyn vastasi 32 koditonta tai kodittomuuden kokenutta naista. Ensisijaisena toiveena esille nousivat elämään kuuluvat tavalliset asiat. Oma koti,

jossa elää omassa rauhassa, jossa on mahdollisuus päivittäisiin arjen rutiineihin ja perusturvalliseen oloon. Erilaisten ongelmien selättäminen ja kyky hoitaa omia asioita esimerkiksi viranomaisten kanssa. Hyvin merkittävänä koettiin itsemääräämiskyvyn ja -oikeuden lisääntyminen. Samoin tärkeäksi nähtiin itsetuntemus ja -ymmärrys ja näiden kautta itsensä arvostaminen, kuten myös oman toimintakyvyn lisääntyminen ja positiiviset ihmissuhteet. Katkenneet suhteet läheisiin ja varsinkin lapsiin sen sijaan tuottavat suurta syyllisyyttä ja häpeää. Kodittomien ihmisten kanssa työskentelevän työntekijän sanoin ”kodittomat naiset kantavat joka päivä lapsiaan mukanaan”, vaikka heidän tapaamisestaan olisi kuinka pitkä aika. Myös toiveet opiskelusta ja vapaaehtoistyöstä nousevat pintaan. (Virokannas & Rinta-Panttila 2004.)

Yksi kyselyyn vastanneista kiteytti oman toiveensa näin: *Ennen kaikkea toivon tavallisen tappavan arjen jatkuvan minun ja lapseni elämässä. Toki toivon siihen jotain huippuja, että itse jaksan. Kaikille tutuille ja tuntemattomille, joita olen kohdannut elämässä, vaiheessa kuin vaiheessa, toivon parempaa. Näen joidenkin pyristelevän ja toisten jo heittäneen pyyhkeen kehään. Toivon heille jaksamista koska tien on pitkä... mutta aina pitää ottaa ensimmäinen askel.* (Virokannas ja Rinta-Panttila 2004, 16.) Tämä kertoo siitä, että tie ei ole helppo, siinä tarvitaan sekä omaa tahtoa että kanssaihminen tukea. Tässä kohdassa astuu kuvaan myös ammattilainen, joka tukee tiellä kulkijaa omalla osaamisellaan.

Kohti täysivaltaista kansalaisuutta, ulos kodittoman ahtaasta roolista

Kodittomien naisten todellisuus rakentuu tänä päivänä hyvin samankaltaisista elementeistä, joita edellä kuvasin. Vaikka suomalaisessa yhteiskunnassa on pyritty puuttumaan asunnottomuuskysymykseen laaja-alaisesti, näyttää siltä, että asunnottomuutta on mahdoton poistaa kokonaan. Yhteistyötä tehdään valtion, kuntien ja järjestöjen voimin. Mutta aina on niitä ihmisiä, jotka tarvitsisivat erityistä tukea, ettei polku johtaisi kodittomuuteen. Liian monen polku johtaa edelleen sinne.

Riitta Granfeltin mukaan aiempina vuosikymmeninä asunnottoman naisen kolmiyhteys oli katu, asuntolat, sairaala. Koska asuntoloiden asumisehdot olivat niin tiukat, ihmiset joutuivat helposti takaisin kadulle, jos he eivät näitä ehtoja pystyneet täyttämään. Oman elämänhallinnan puuttuminen ja kyvyttömyys hakea apua johti tähän kierteeseen. Kodin ansaitsi se, joka pystyi asumaan niin kuin häneltä odotettiin. Ihmiset olivat myös toimenpiteiden ja toiminnan kohteita, ko-

vinkaan usein heiltä ei kysytty heidän omia mielipiteitään. Moderni aika ajatteli esimerkiksi, että päihdehoito on kone, johon syötetyt rikkinäiset ihmiset tulevat ehjinä ulos. Jälkimoderni aika näytti, että tämä ei toimi, ja näin ollen kehittyi erityyppisiä tapoja hoitaa päihteitä käyttäviä ihmisiä, muun muassa korvaushoito. (Granfelt 2019.) Ja tämä kaikki tapahtuu tänään, vuonna 2020, yhteistyössä ihmisten kanssa.

Nykyään vallalla oleva asunto ensin -periaate on Suomessa onnistunut melko hyvin tarjoamaan yksilöllistä asumista ja erityyppisiä asumisratkaisuja. Tavoitteena on, että asunto on perusoikeus ja kotonaan ihmiset voivat asua oman kulttuurinsa mukaan. Asumismuotoja on asumisyksiköistä erillisasuntoihin ja tukea voi saada niissä elämän vaiheissa, joissa se on tarpeen. Käytössä oleva termi ”oman elämänsä asiantuntija” kertoo siitä, että ihminen tulee kuulluksi eikä häntä syyllistetä elämänhistoriansa tai tekemiensä valintojen takia. On mahdollisuus epäonnistuttuaankin aloittaa alusta ja saada tukea. Merkityksellistä on löytää oma paikka, sisäinen koti, johon voi tuoda oman elämäntarinansa, jossa voi elää vuorovaikutuksessa oman historiansa kanssa. (Granfelt 2019.)

Myös suhde ammattilaisen ja hänen asiakkaansa kanssa on kokenut suuren muutoksen. Suhteessa korostuu molemminpuolinen kunnioitus, yhdessä asioihin paneutuminen, molempien asiantuntijuuden tunnustaminen. Molemmat osapuolet tuovat omat näkökulmansa ja tietoutensa sen hyväksi, että ihminen saisi elämänsä toivomaansa järjestykseen. Usein olen kuullut, että ei tarvita kuin se yksi ammattilainen, jonka kanssa kohtaaminen muuttaa koko elämän.

Kirsi, lähihoitajaksi opiskeleva, asunnottomuuden ja päihdeongelman kokenut nuori nainen, totesi kyselyyn vastatessaan: *Kun olet päihdekierteessä, masentuneena, päihteiden lamaamana, olet kyvytön hoitamaan asioitasi. Oma aloitteellisuus on nollassa ja asunto voi mennä alta koska tahansa. Ajelehdit luukulta luukulle hakien apua sieltä täältä, elät hetki kerrallaan. Silloin se, että joku huomaa tilanteesi, ottaa sen kanssasi puheeksi eikä väistele, on ensiarvoisen tärkeää. Näin kävi minulle. Kohtasin sen yhden ihmisen, ammattilaisen, joka välitti ja lähti hoitamaan asioita kanssani. Ja vielä sanon, että ihmistä ei saa hylätä, vaikka ei heti onnistukaan!* (Virokannas ja Rinta-Panttila 2004.) Kirsi löysi tuon yhden välittävän ihmisen kautta psykososiaalisen tuen piiriin.

Psykososiaalinen tuki on kaikkea sitä tukea, jota tarjotaan vuorovaikutuksellisin tai toiminnallisoin keinoin. Niissä elämänvaiheissa, joissa kyky huolehtia itsestä, oman arjen sujuvuudesta ja sosiaalisista suhteista on vakavasti uhattuna, tärkeintä on ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja yhdessä tekeminen. Psykososiaalinen tuki sisältää myös hoivan ja huolenpidon elementtejä silloin

kun ne ovat tarpeen. Tuen avulla ihminen voi harjoitella arjen taitoja, solmia uusia ihmissuhteita, pitää parempaa huolta itsestään ja kehittyä sosiaalisissa taidoissa. Vähitellen hänen on mahdollista kokea elämänsä merkitykselliseksi myös ilman päihteitä. (Vehviläinen 2004.)

Asiakaslähtöisessä työtoteutuksessa asiakkaana oleva ihminen on elämäänsä suunnitteleva subjekti, ei toiminnan kohde. Työntekijän tehtävänä on kannustaa ja ehdottaa eri ratkaisuvaihtoehtoja, tukea asiakkaan omaa päätöksen tekoa. Yhteistyö perustuu tasa-arvoon ja asiakkaan riippumattomuuteen. Omien vahvuuksien ja voimaantumisen kautta oma ongelmanratkaisukyky kasvaa ja tarve ammattilaisen tukeen vähenee. Tällöin on myös tärkeää, että ammattilainen tunnistaa sen ja päästää irti asiakkaasta. Ammattilainen ei voi voimaannuttaa ketään, prosessi lähtee aina ihmisestä itsestään. Mutta ammattilaisen rooli voi olla jopa ihmisen hengen pelastava, kuten Kirsi oli asian kokenut.

Riikka Haahtela haastatteli vuonna 2007 Helsingin Diakonissalaitoksen kodittomien naisten palveluissa työskentelevää seitsemää työntekijää ja 22 palvelunkäyttäjää. Toimintamuotoina olivat Naisten tukipiste, Valmennuskeskus ja Naisten valmentava ja kuntouttava koulutus. Näistä haastatteluista kuvastuu hyvin asiakaslähtöisen työtoteutuksen mielekkyys sekä työntekijälle että palvelunkäyttäjälle.

Yksi tukipisteen työntekijä sanoi asiaa näin: *Toimintatapamme liikkuu usealla eri tasolla. Näkyvin taso on läsnä oleminen, kuunteleminen ja käytettävissä oleminen. Samoin kuin se, että naiset voivat hoitaa henkilökohtaisia fyysisiä tarpeitaan ja myös asioita, jotka tekevät huomisesta paremman. Esimerkiksi asuntotilanne, tarvitaanko siihen parannusta ja millaiset kyvyt ihmisellä itsellään on viedä sitä asiaa eteenpäin. Me voimme yhdessä arvioida, mikä tässä tilanteessa olisi tärkeintä, mikä olisi riittävä tällä hetkellä ja mihin ihminen pystyy sitoutumaan. Jokainen tuen tarpeessa oleva nainen kohdataan henkilökohtaisesti.* (Haahtela 2015, 229.)

Tukipisteen palveluiden piiriin tullut koditon nainen taas kuvaa tukipistettä kiintopisteeksi, johon on tervetullut, ja työntekijää kanssakulkijaksi. Hän on kuitenkin itse toimija, joka on itse tehnyt asiat ja saanut niihin apua. Hän on kiitollinen avusta ja siksi valmis osallisuuden kokemiseen ja kuntoutumiseen. (Haahtela 2015.)

Tässä toiminta ja työntekijät tarjoavat hyvin konkreettisen tason, läsnäolon ja jokapäiväisten asioiden hoitamisen. Asiakkaan halutessa kartoitetaan yhdessä naisen elämäntilannetta, omia voimavaroja ja tuen tarvetta. Ammattilaisena työntekijällä on tieto ja kokemus, joka hyödyntää tilanteen eteenpäin viemistä. Työntekijä korostaa sitä, että nainen tekee itse päätöksen siitä, mihin suuntaan lähdetään ja mihin hän haluaa sitoutua, mihin tarvitsee tukea.

Toinen haastateltu asunnon saanut nainen kokee jo toisenlaista osallisuutta yhteisöön. Autetuksi tuleminen ja kohtaaminen on muuttunut kiintymyssuhteeksi työntekijän kanssa. *Käyn nykyään vaan moikkaamassa Maijaa, mun poika on huostaanotettu ja Maija on mukana näissä puolivuotiskokouksissa, kaikki mitä nyt tämmösiin tarvitsee. Tietysti netissä käyn joskus. Tämä toiminta merkitsee mulle tosi paljon. Eron jälkeen jäin asunnottomaksi, tuli päihdeongelma, poika otettiin huostaan ja muutin asumisyksikköön. Maija otti mut vastaan siinä tilanteessa. Tultiin heti hyvin toimeen, ja hän on ollu kaikki nämä vuodet rinnalla. Tosi paljon merkitsee. Maija on hyvin tärkeä ja pyrin aina käymään kääntymässä, miten ehdin.* (Haahtela 2015, 232–233.)

Tässä kommentissa tukipisteen asiakas elää jo omillaan, mutta yhteisö ja varsinkin työntekijä merkitsevät paljon. Kiitos monentyyppisten toimintamuotojen, polku asiakkuudesta voi viedä hyvin monenlaisiin maastoihin ja aina kouluttautumiseen saakka, jos se on ihmisen tavoitteena. Oman kokemukseni mukaan monella apua saaneella näin on. Kun itse selviää huumehelvetistä ja näkee ulkopuolelta siellä elävien tilanteen, haluaa käyttää oman kokemuksensa ja osaamisensa toisten hyväksi. Hyvin tärkeitä tämän päivän uusia avauksia ovatkin vertaistoiminta, kokemusasiantuntijuus ja työparityöskentely, jossa esimerkiksi huumeenkoukussa elänyt ihminen työskentelee ammattilaisen kanssa. Samoin kuin kouluttautumismahdollisuus päihdetyöntekijäksi, lähihoitajaksi ja siitä eteenkin päin.

Haahtelan tutkimuksessa käy myös selväksi, miten tärkeää on liittyminen yhteisöön ja rohkeus lähteä mukaan toimintaan. Näin voi löytää myös oman osaamistaan, kykyjään ja lahjojaan. Valmennuskeskuksen työntekijä näkee, että siinä vaiheessa, kun naisilla herää motivaatio toimintaan ja oman tulevaisuuden suunnitteluun on siihen oltava matalan kynnyksen mahdollisuus. Ryhmässä toisten kanssa toimiessaan naiset saavat elämäänsä uudenlaisia kokemuksia ja elämyksiä. Heidän toiveensa on, että tämä toisi iloa rankkojen elämäkokemusten jälkeen. (Haahtela 2015.)

Valmennuskeskuksen palveluissa oleva nainen kertoo asuvansa asumisyksikössä ja tullessa jonkun ihmeen kautta rohkeana valmennuskeskukseen. Työntekijältä saa apua, kynnys on matala ja tuttuja on toiminnassa mukana. Yksi hänen mainitsemansa toimintamuoto on kädentaidot, jonka kuka vaan osaa, mikä on tärkeää itsetunnolle. Hän sanoo ajattelevansa myös muiden tilannetta saman kaltaisena. Hän kokee itsensä aktiiviseksi toimijaksi, joka on uusi kokemus pitkästä aikaa. Myös se, että voi kertoa läheisille kuuluvansa yhteisöön ja tekevänsä konkreettisia asioita, antaa hyvän mielen. (Haahtela 2015.)

Taide ja kulttuuri uusien ulottuvuuksien avaajana

Kodittomien naisten tukipiste joskus 2000-luvulla, meneillään on Kansallismuseon Unelmien koti -työpaja: Sisustamme nukkekotia, kodittomana ollut Tuija, nukketaitelija Milla ja minä, diakonissa. Tänään muut naiset seuraavat kahvikuppeineen talon rakentumista ja antavat vinkkejä omaan kokemukseensa nojaten. He tietävät, millaista on olla koditon nainen, millaisia ovat unelmat kodista, yksityisestä tilasta, jossa heillä on valta enkä tarvitse olla toisten vallan alla. Kaikki tietävät, että Tuija on saanut kodin, miksi siis hekin eivät onnistuisi.

Kodissamme asuu Helga-neiti. Unelmakodissamme rentoudutaan. Koti on olemassa omaa tilaa, yksityisyyttä ja omaa maailmaa varten. Koti syntyy kauneudesta, eläimistä, ystävistä ja rauhallisuudesta keskellä kaupunkia. Unelmakotiin kuuluvat ehdottomasti divaani ja kylpyhuone. Sinne eivät kuulu tietotekniikka ja levottomuus. Unelmakoti sijaitsee suurkaupungin sydämessä. Unelmakotia suunnitellessamme ajatus lähti liikkeelle antiikista, kullasta ja eläimistä ja jatkoimme samaa innoittavaa polkua eteenpäin. Näin sanoittivat naiset Unelmien kotimme -esittelytekstin.

Produktiossa mukana oloa naiset kuvasivat seuraavasti: *On ihanaa, että on mahdollisuus toteuttaa omaa luovuutta ja löytää itsestään uutta luovuutta. / On hienoa, kun pystyy sitoutumaan toimintaan. Voi tuntea osallisuutta, ja vastuunottoa, joka johtaa itsetunnon kasvuun. Tämä inspiraatio leviää muihinkin elämän osaluaisiin.* Myös ”mennyt hyvä aika” palautui mieleen prosessin myötä. *Mulla oli nukkekodissa sormustimet kukkaruukkuina, siellä asuivat paperinuket ja barbit. / Pojalle tein komeroon hissillisen nukkekodin 70-luvulla. Mulla on vieläkin hieno nukkekoti vintillä.* Muistot palauttivat mieleen asioita, jotka edustavat sitä aikaa, kun elämän olosuhteet olivat paremmat. Toisaalta heräsi myös toivo siitä, että nykyisyydestä voisi kasvaa jotain uutta hyvää.

Vuosituhanen vaihteessa Suomessa alkoi viritä toimintaa, jossa taiteilijat lähtivät esityksineen terveydenhuollon ja sosiaalityön toimipisteisiin. Helsingin Diakonissalaitos oli ensimmäisiä toimijoita, jotka aloittivat yhteistyön taiteilijoiden kanssa. Toiminta otettiin Diakonissalaitoksella työntekijöiden keskuudessa vastaan toisaalta innostuneesti, toisaalta epäilevin tunnelmin. Pohdittiin, mitä lisäarvoa taide ja kulttuuri voivat tuoda paikkaan, jonka perustehtävänä on ihmisten hoito, asumispalveluiden tarjoaminen ja ammattilaisten koulutus.

Aika nopeasti asiaan selkeyttä toivat palveluissamme olevat ihmiset. Tanssiryhmä Dolcessa tanssivan naisen toteamus, *kun kaikki sanat on sanottu, on vapauttavaa antaa luovuudelle ja liikkeelle tilaa*, kertoo paljon. Kun terapioissa ja keskusteluissa on istuttu, saattaakin olla, että jotain uutta kirkastuu oman luo-

vuuden ja liikkeen kautta. Yhä useammat sanoittivat kokemuksensa siten, että on hienoa saada oman luovuus ja sen tuottama energia käyttöön. Kokemusten karttuessa myös ammattilaiset totesivat, että uudenlainen toiminta avaa uusia ikkunoita yksiköistä maailmaa. Rakentaa yhteisöllisyyttä, kun istutaan yhdessä yksikköön rakennetun teatterin katsomossa taidekokemuksen äärellä. Tuo asukkaat ja henkilökunnan samalle viivalle, kun koko yhteisö laulaa kuorossa muusikon johdolla.

Ensimmäisten taiteilijoiden joukossa liikkeelle lähti Suomen Kansallisteatterin näyttelijä Jussi Lehtonen, joka tarjosi Shakespearen sonetteja ratikkalipun hinnalla. Tänäpäin hän toimii taiteellisena koordinaattorina Kansallisteatterin Kiertuenäyttämöllä, mikä on merkittävä toimija sosiaali- ja terveydenhuollon taidekentässä. Myös monet muut arvovaltaiset taidelaitokset ovat lähteneet mukaan tähän toimintaan, kuten Suomen Kansallismuseo, Ylioppilasteatteri ja Teatterikorkeakoulu.

Esimerkiksi otan Teatterikorkeakoulun yleisökontaktikurssit, joihin maisterivaiheessa olevat opiskelijat voivat halutessaan osallistua. Kurssit ovat jo vuosia jalkautuneet vankiloihin ja erilaisiin sosiaalityötä ja terveydenhuoltoa toteutaviin paikkoihin. Työpajojen ja vierailujen kautta on kerätty kokemuksia, jotka siten on työstetty esityksiksi. Näyttelijä Iina Kuustonen kuvaa omia kokemuksiaan Teatterikorkeakoulun pro gradu -tutkielmassaan (2011) Annatko minulle jotakin kaunista – näyttelijäyys hoitolaitoskiertueella. Gradu antaa näkökulmia taiteilijan työn merkityksestä sekä hänelle itselleen että sosiaali- ja terveydenhuollon kentälle. Alussa koemme ennakkoluuloja ja pelkoa uutta ja tuntematonta kohtaan, mutta jos uskallamme ottaa ensimmäisen askeleen, tempaudumme mukaan tekemiseen ja tekemiseen. Näin saamme mahdollisuuden jonkin uuden syntymiseen totutun arjen keskelle.

Useat palveluissamme olevien ihmisten bändit, tanssiryhmät, teatteriproduktiot ja taidenäyttelyt, joita vuosien varrella olemme saaneet kuulla ja nähdä, todistavat, että monista taiteen kokijoista on kuoriutunut huikeita tekijöitä. Tämän mahdollistamisessa henkilökunnalla on keskeinen rooli taiteilijoiden ja palvelunkäyttäjien rinnalla. Heidän suhtautumisensa uuteen on ensiarvoisen tärkeää. Yhteinen tahotila johtaa luottamuksen ilmapiiriin ja rohkeuteen kokeilla jotain uutta ja ennalta arvaamatonta. Yhdessä koettu herättää uusia ajatuksia ja elää pitkään yhteisöjen tarinoissa. Näin usein ahtaaksi käynyt arki saa uusia muotoja. Se voi purkaa turhia valtarakenteita ja muokata yhteisöä kaikille tasa-arvoisempaan suuntaan.

Myös monet työntekijät ovat rohkaistuneet näyttämään ja käyttämään omia taiteellisia lahjojaan. Ajattelen, että myös terveydenhuollon ja sosiaalityön am-

mattilaisten koulutuksessa olisi hyvä painottaa taiteen ja kulttuurin merkitystä ja mahdollisuuksia. Tämän päivän opiskelijoista monet ovat löytäneet omia vahvuuksiaan taiteen ja kulttuurin saralla. Niiden käyttöönotto omassa työssä voi olla rohkea mutta kannattava hyppy.

Luomisen vapaus osana hyvinvointia

Juhlatila, jossa juhliva diakoniatyöntekijöiden joukko on koolla, ja meille musisoivat korvaushoidossa olevat muusikot, 2010-luvun lopulla. Roolit sekoittuvat, vaihtuvat, miehet ovat ammattilaisia omalla estradillaan. Me saamme nauttia heidän taiteestaan ja lahjoistaan. He saavat ansaitsemansa arvostuksen, emme kuule heitä hoitosuhteen, päihdeongelman tai alakulttuurin kautta, vaan lahjakkaina muusikoina. He hoitavat sovitun keikan ja saavat siitä sovitun palkkion. Diakoniatyötä, D-dayta, juhliivan diakonin sanoin: *Ja itse Aurora Karamzin, yksi diakonian suurista vaikuttajista, katsoo seinältä hyväntahtoisesti, kun miehet vetävät rockia täysin rinnoin.*

Nämä nuoret miehet ovat päihdehuuruisten vuosien jälkeen lähteneet uudelle polulle. Vanha elämäntyyli on saanut väistyä uuden alun tieltä. He ovat sitoutuneet hoitomuotoon, jonka pohjana on yhteisö, vastuu omasta elämästä ja päihteettömyys. Katu vaihtuu kodiksi, kodittoman alakulttuuri aktiiviseksi ja itsevaltaiseksi kansalaisuudeksi. He ovat itse halunneet muutoksen ja ovat matkalla, tai jo perillä, uuteen elämäntapaan. Juuri näille miehille musiikki on myös yksi selviytymiskeino ja suuri nautinto.

Taide on arvokasta taiteena, mutta sen lisäksi sillä on soveltavaa käyttöä. Taide on väline hyvinvointiin liittyviin henkilökohtaisiin ja yhteisöllisiin tavoitteisiin. Tämä ajatus on pohjana taide- ja kulttuuritoiminnan mahdollisuuksille sosiaali- ja terveystyön arjessa. Taidetoiminta antaa mahdollisuuden toteuttaa luomisen vapautta ja tehdä kulttuurisia valintoja. Se mahdollistaa oman elämän saattamisen parempaan sopusointuun itsensä ja ympäröivän todellisuuden kanssa. Taide kuuluu kaikille -ajattelun myötä olemme nähneet huikean kehityksen. Taiteilijat ovat perinteisten estradiensa lisäksi jalkautuneet niiden ihmisten arkeen, jotka eivät syystä tai toisesta kykene hakeutumaan taiteen äärelle, tekemään ja kokemaan yhdessä ihmisten kanssa. Tämän lisäksi taiteella on mahdollisuus tuoda näkyväksi marginaalissa elävien ihmisten elämän kipupisteet. Sellaiset tarinat ja esitykset koskettavat ja ravistavat meitä jokaista. (Rinta-Panttila 2014.)

Taide- ja kulttuuritoiminnan vaikutus hyvinvointiin ei ole mikään uusi asia. Ennen 1900-lukua aktiivista toimintaa ja ystävyyssuhteita pidettiin avaimena hy-

vinvointiin. Tarinoiden kerronta, musiikki, lukeminen ja huumori olivat merkityksellisiä tasapainon ja terveyden kannalta. Ihmisiä kehoitettiin ruokavalion lisäksi nauttimaan miellyttävistä tuoksuista, kävelyistä kauniilla niityillä ja iloisesta seurasta. Nyt 2000-luvulla ollaan pikkuhiljaa palaamassa holistiseen ja kulttuuriseen käsitykseen terveydestä. Merkityksellistä on ihmisten omien voimavarojen käyttöönotto, yhteisön jäsenten omaehtoinen toiminta ja yhteiskunnallinen osallisuus. Hyvinvointi ja terveys ovat läsnäoloa muiden kanssa ja osallistumista siihen, minkä kokee elämässään tärkeäksi. (Rinta-Panttila 2014.)

Markku Hyyppän Pohjanmaalla tekemissä tutkimuksissa on osoitettu, että aktiivinen kulttuurin harrastaminen, vapaa-ajan yhdistystoiminta ja ystävyysverkosto liittyvät hyvään terveyteen. Taide- ja kulttuuritoiminta muodostavan yhteistä identiteettiä. Näin syntyvä me-henki johtaa sosiaalisen pääoman syntyyn ja kokemukseen terveydestä. Tästä hyvä esimerkki on edellä kuvattu korvaushoidossa olevien nuorten miesten bändi. Ammatillinen ylpeys ja yhdessä esiintymisen riemu oli käsin kosketeltavaa. (Rinta-Panttila 2014.)

Meneillään olevan modernisaatiokohityksen myötä yhteiskunnan rakenteet hajaantuvat ja ihmiset joutuvat kokoamaan elämänsä merkityksiä eri elementeistä. Voidaan ajatella, että taide- ja kulttuuritoiminta toimii sosiaali- ja terveydenhuollossa myös ennalta ehkäisevänä politiikkana. Taidesektori voi toimia sosiaalipoliittisena tekijänä estämällä syrjäytymistä ja tulkitsemalla erilaisuutta. Tärkeätä on nähdä toiminnan merkitys, ammattikuntien tasa-arvoisuus ja yhteistyön tärkeys. Myös yhteisöjen rakenteissa pitää olla tilaa luovuudelle ja kokeiluille, kiireettömyydelle ja vapaudelle. (Rinta-Panttila 2014.)

Ja matka jatkuu

Olemme kulkeneet pitkän matkan suuren asuntolan naistensalissa istuvan Ellan todellisuudesta. Ellan mahdollisuudet löytää tiensä ulos marginaalista päihdeongelmaisena, suurta syyllisyyttä ja häpeää kantavana, unohdettuna naisena olivat minimaaliset. Tämän päivän todellisuus on luonut aivan uudenlaiset puitteet selvitä ja aloittaa alusta. Mutta töitä on tehtävä sen eteen, sekä meidän ammattilaisten että niiden ihmisten, jotka ovat vaarassa joutua syrjään tai jo pudonneet. Kodittomuus on pysyvä ilmiö suurissa kaupungeissa, joihin ihmiset lähtevät, kuka minkäkin syyn saattamana, pienemmiltä paikkakunnilta. Se saa myös uusia muotoja, kuten olemme nähneet turvapaikanhakijoiden rantauduttua Suomeen 2010-luvulla. Ennaltaehkäisevä työ ja rohkea tarttuminen sekä rakenteellisiin että henkilökohtaisiin epäkohtiin on meidän tehtävämme. Olen työssäni kokenut, että

ikiaikaiset elementit usko, toivo ja rakkaus ovat ne kantavat voimat, joihin meidän ammattilaisten on hyvä tukeutua ja jakaa niitä myös eteenpäin.

Vanhan isoisäni kirjahyllystä löytämäni 1900-luvun alun tekstin mukaan nuoruus odottaa ja toivoo tulevaisuudelta ja aikuisuus nykyisyydeltä. Ihmiset, jotka luovat toivoa toivottomuuteen ovat ihmiskunnan hyväntekijöitä. Tekstin viesti on vahva myös tänään 2020-luvulla. Tässä ja nyt. Toivo on yksi ihmistä kantavista voimista, epätoivo upottaa vahvimmankin. Me kaikki yhdessä luomme mahdollisuuksia uuden syntymiselle, samalla vahvistaen unelmiamme ja toivoamme.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Granfelt, R. (2019). Kuka kuuntelee köyhää-verkoston seminaari, Kodittomuuden kokeneiden naisten paneelikeskustelu. Helsinki.
- Granfelt, R. (1992). *Asuntolan naisen elämää*. (Pro gradu -tutkielma, Sosiaalipolitiikan laitos, Helsingin yliopisto)
- Granfelt, R. (1998). *Kertomuksia Naisten kodittomuudesta*. (Väitöskirja, Sosiaalipolitiikan laitos, Helsingin yliopisto)
- Hahtela, R. (2015). *Asiakkuuksien rakentuminen asunnottomille suunnatussa naistyössä*. (Acta Universitatis Tamperensis 2023) Tampere: Tampere University Press. (Väitöskirja, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto) Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9713-1>
- Kuustonen, I. (2011). *Annatko minulle jotakin kaunista? Näyttelijä hoitolaitoskiertueella*. (Pro gradu -tutkielma, Näyttelijätyön koulutusohjelma, Teatterikorkeakoulu)
- Rinta-Panttila, K. (2014). Kokija ja tekijä. Raportissa Elenius, K. (toim.) *Yhteisölliset työmenetelmät laitossympäristössä, Helsingin Diakonissalaitoksen yhteistyön sovelluksia Windhoekin slummeista Helsingin lähiöihin*. Helsingin Diakonissalaitoksen raportteja 2/2014.
- Vehviläinen, R. (2004). Asumisen – ja elämisen tuki projekti. [Luentomoniste].
- Virokannas, E. & Rinta-Panttila K. (2004). *Toiveena tavallinen tulevaisuus, Helsingin Diakonissalaitoksen naistyö*. Helsingin Diakonissalaitoksen raportteja 1/2004.

V
DIAKONISEN HOITOTYÖN
TULEVAISUUS

Mikko Malkavaara

21 DIAKONINEN HOITOTYÖ JA DIAKONIAN VIRKA

Diakonisen hoitotyön kehitys on liittynyt ammatilliseen koulutukseen ja siihen olennaisena osana kuuluvaan professionalismin korostukseen. Diakonista hoitotyötä on kehitetty diakonisen sosiaalityön rinnalla, ja seurakuntien diakoniatyössä molemmista koulutusohjelmista valmistuneet palvelevat yhteisessä diakonian virassa ja tekevät suurelta osalta samoja työtehtäviä. Kirkon vihkimyskäytännöt ovat yhdenmukaistuessaan vieneet suuntaan, jossa vihkimyksen voi saada vain kirkollisiin tehtäviin. Sairaanhoidon suuntautuvat eivät siten ole diakonian virkaan vihittyjä niin kuin ennen. Tämä on omiaan lisäämään koulutuksen merkitystä identiteetin rakentumisessa. Diakoniatyö seurakunnissa on laaja-alaistumassa ja moninaistumassa, mutta diakonisen hoitotyön koulutuksen erityisosaamista edelleen arvostetaan. Kirkon sisäisten kehityskulkujen takia diakonisen hoitotyön omalakinen kehitys saa eniten voimaa asiakkaiden ja työympäristön arvostuksen lisäksi kansainvälisistä spiritual nursing- ja parish nursing -suuntauksista.

Diakonissan koulutuksen ja ammatin puolustus

Tämän kirjan artikkelit muodostavat vankkumattoman aineiston siitä, että suomalaiset diakonian ja diakonisen hoitotyön asiantuntijat puolustavat voimakkaasti diakonissan koulutusta ja ammattia. Heidän mielestään terveysalan koulutus on tarpeellista seurakuntadiakonian tehtävien kannalta ja diakonissoilla on hengellisen ja henkisen kohtaamisosaamisensa takia sairaanhoidon alalla paljon annettavaa.

Syitä siihen, että tähän aiheeseen ylipäänsä otetaan kantaa tai että keskustelu teemasta pysyy yllä vuosikausia, on yksinkertaisesti sanottuna kaksi. Ensimmäinen niistä koskee sairaanhoidon merkitystä seurakuntatyössä ja sairaanhoitajaksi koulutetun työntekijän kuulumista seurakunnan avaintyöntekijöihin.

Toinen koskee diakonissakoulutuksen hintaa. Sairanhoitaja (AMK) -diakonissan koulutuksen laajuus on nykyisin 240 opintopistettä, kun sairaanhoi-

tajan koulutus on 210 opintopistettä. Koulutusryhmät ovat yleensä suhteellisen pieniä. Molemmat seikat, koulutuksen laajuus ja opetusryhmien pienuus, aiheuttavat kustannuksia. Korkeakoulutus on Suomessa opiskelijoille maksutonta, ja kustannuksista vastaa opetusministeriö. Keskustelua diakonissakoulutuksen hinnasta käytiin jo ennen ammattikorkeakouluja. Diakonissakoulutuksen toteuttajat ovat pitkään tottuneet toimimaan puolustusasemissa.

Diakonissat itse todistavat lukuisten seurakuntalaisten ja seurakuntien työntekijöiden kanssa sairaanhoitajan pätevyyden hyödyllisyydestä seurakuntatyössä. Samasta kertovat tässä kirjassa eri tehtävissä toimivat diakonisen hoitotyön asiantuntijat.

Diakonissat ja diakonit

Kun sosiaaliseen työhön koulutuksen saaneita diakoneja alettiin kouluttaa pitkän tauon jälkeen 1950-luvulla ja heistä ensimmäiset alkoivat etsiä seurakuntatyöhön, he kohtasivat paljon esteitä. Seurakunnissa toivottiin vain sisaria, diakonissoja. Kesti pitkään ennen kuin seurakuntiin alettiin ottaa diakoniatyöhön myös diakoneja.

Tässä kirjassa Helena Kotisalo kertoo artikkelissaan 1930-luvulla käydystä huoltosisaria koskevasta keskustelusta. Kun lääkintöhallitus yhdenmukaisti sairaanhoitajien koulutusta, diakonissalaitoksista valmistuneet eivät saaneet ilman lisäkoulutusta täysiä sairaanhoitajan oikeuksia. Ne voitiin saada valtion uusissa sairaanhoito-oppilaitoksissa. Diakonissalaitoksille tuli kiire järjestää tarvittu lisäkoulutus kaikille tärkeimmissä vastuutehtävissä toimineille diakonissoilleen sekä hakea toimilupaa uusien koulutussäädösten mukaisesti toimiville sairaanhoito-oppilaitoksilleen. (Kansanaho 1964, 282, 284–285; Kansanaho 1967, 229; Erkamo 1969, 158–161; Paaskoski 2017, 183–186.)

Vuosina 1930–1934 diakonissalaitosten ja niiden yhteiselimen, Diakonian keskusvaliokunnan, piirissä käytiin keskustelua siitä, ettei diakonissakoulutusta pitänyt ajaa puhtaasti valtion ehtojen mukaiseksi sairaanhoitokoulutukseksi, vaan sen rinnalle tarvittiin erityinen huoltosisarten koulutuslinja, joka valmistaisi myös diakonissaksi, ennen muuta seurakuntadiakonian tehtäviin. Perusteluna oli, että diakoniaan sisältyi kaikkinaisen hädän kohtaaminen, minkä takia diakoniatyössä oli oltava valmiuksia sielunhoitoon ja sosiaaliseen tukeen. Diakoniaa oli ohjattava pois pelkästä sairaanhoidosta. Seurakuntadiakoniaa painotti etenkin Sortavalan laitos, mutta myös Helsingin ja Viipurin diakonissalaitoksessa aloitettiin huoltosisarten koulutusohjelma. Sen rinnalla koulutet-

tiin sairaanhoitaja-diakonissoja omalla linjallaan. (Kansanaho 1964, 232–283, 291–294; Kansanaho 1967, 225–226; Erkamo 1969, 161–164, 166; Paaskoski 2017, 185–189.)

Huoltosisarten koulutuslinjoja ei ehditty saada kunnolla edes valmiiksi, kun ne jo muutaman vuoden kokeilun jälkeen suljettiin. Opiskelijoita saatiin niihin liian vähän eivätkä seurakunnat osoittaneet mielenkiintoa niiltä valmistuneita kohtaan. Ne saivat valtionapua sairaanhoitajakoulutuksen saaneiden diakonissojen palkkaamiseen. Papisto ja seurakuntalaiset odottivat diakonissoilta siten lähinnä vain sairaanhoitoa. Diakonissat toimivat kunnallisen sairaanhoidon täydentäjinä ja olivat osa julkista terveydenhoitoa. (Kansanaho 1964, 290–299; Kansanaho 1967, 230–231; Pyykkö 2004, 120–121; Paaskoski 2017, 188–190.)

Diakonista hoitotyötä ja diakonista sosiaalityötä, joista jälkimmäinen viittaa diakonien koulutukseen, kehitetään nykyisin rinnakkain hyvässä yhteisymmärryksessä. Lähes kaikesta ammatillisesta korkeakoulutuksesta näillä aloilla vastaa Diakonia-ammattikorkeakoulu. Kirkolla ei ole ollut selvää linjaa kummankaan puolesta tai kumpaakaan vastaan, vaan se on antanut tukensa molemmille koulutuslinjoille. Yksittäisiä soraääniä on tosin kuultu silloin tällöin.

Suomen luterilaisen kirkon diakoniatyö poikkeaa oikeastaan kaikista muista vertailukelpoisista isoista kirkoista siinä, että sen työntekijärakenteeseen sisältyy kaikille seurakunnille pakollinen diakoniatyöntekijän virka. Tämä poikkeuksellinen ja diakoniaa painottava ratkaisu on toteutettu vieläpä lainsäädännöllä. Erillistä kirkkolainsäädäntöä Suomen ja muiden pohjoismaiden tapaan ei ole läheskään kaikissa maissa.

Monissa muissa maissa, joissa toimii diakonissoja, diakonissat ovat edelleen suorassa yhteydessä kotilaitoksiinsa ja toimivat niiden valtuuttamina erilaisissa tehtävissä.

Diakonissoja ja diakoneja yhdistävät tekijät

Seurakuntadiakonian alueella on useita rakenteellisia tekijöitä, joilla diakonissojen ja diakonien tehtävät ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa ja jopa yhteisiä.

Aluksi diakonissojen vihkimykset toteutettiin pitkään diakonissalaitoksissa, ja vihkijänä oli laitoksen johtaja silloinkin, jos paikalla oli piispa. Ensimmäisen kerran piispa toimitti vihkimyksen diakonissalaitoksessa vuonna 1948. Vihkiminen siirtyi niihin aikoihin muutenkin piispalle ja vihkimispaikaksi vakiintuivat kirkot. Käsikirjassa ei ollut diakonissaksi ja diakoniksi vihkimisen kaavaa, ja sellaisen puutteessa piispat sovelsivat Ruotsin luterilaisen kirkon vastaavaa kaavaa.

Diakoniksi ja diakonissaksi vihkimisen kaava tuli ensimmäisen kerran Suomen luterilaisen kirkon käsikirjaan vuonna 1964 kirkolliskokouksen hyväksytyä sen edellisenä vuonna. (Malkavaara 2015, 113–116.)

Diakonian virka ei ollut suomen kielessä ja suomalaisessa kirkollisessa kielenkäytössä täydellinen uutuus. Sitä oli käytetty ainakin jo 1910-luvun diakoniakeskustelussa. Laajennettu piispainkokous asetti vuonna 1963 toimikunnan ”tutkimaan diakonian suuntausta ja diakoniatyöntekijäin koulutusta”. Toimikunnan vuonna 1969 valmistuneessa mietinnössä käytettiin siihen asti harvinaista ilmausta diakonian virka, jonka se näki osaksi Kristuksen virkaa. Sen otti käyttöön piispa John Vikström, jonka virkateologinen tutkimusartikkeli Diakonia ja diakonian virka teologian näkökulmasta sisältyi edellä mainitun toimikunnan aiheesta tilaamien tutkimusten joukkoon. Diakonian ominaispiirre ei Vikströmin mukaan ollut palvelun laatu vaan sen kuuluminen pelastuksen ja evankeliumin yhteyteen. Ero diakonian ja muun hoivatyön välillä ei riippunut työntekijästä eikä työn tehosta tai hengestä vaan siitä, että tehtäviä suoritettiin eri yhteyksissä. Sosiaalityöntekijät sekä sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat hoitivat lain, siis maallisen yhteiskunnan, yhteyteen kuuluvaa virkaa. Vikström käytti tässä luterilaisen teologian mukaista jaottelua lain ja evankeliumin tai maallisen ja hengellisen alueista. (Malkavaara 2015, 133–135.)

Diakonissat ja diakonit samaan käsitteeseen sulkenut termi sai lisää kantavuutta, kun Kirkon diakoniatoimikunta asetti vuonna 1973 työryhmän pohtimaan diakonian virkaa ja siihen vihkimistä. Sen mietintö Diakonian virka ja siihen vihkiminen julkaistiin maaliskuussa 1975. Diakonin ja diakonissan virka tuli työryhmän mielestä palauttaa siihen rikkauteen, josta kirkon traditio todisti ja jossa yhtyivät liturgia sekä karitatiivinen ja katekeettinen palvelu. Tällaisen laajan tehtävien määrittelyn tuli näkyä myös ordinaatiokaavassa. Kirkon diakoniatoimikunta ei tukenut asettamaansa työryhmää, jonka merkitys oli silti suuri, koska se näki diakonisen palveluviran tehtäviltään paljon laajempaan kuin miten oli totuttu ajattelemaan. (Malkavaara 2015, 144–145.)

Diakonissan ja diakonin virat pidettiin erillään, kunnes hyväksyttäessä vuoden 1984 kirkkokäsikirjaa otettiin vihkimyskaavan otsikoksi Diakonian virkaan vihkiminen. Diakonian virka oli termi, jolla rinnastettiin diakonissat ja diakonit toisiinsa. Virkanimikkeen etuna oli valmisteluvaiheessa pidetty sitä, ettei diakoniatyön osa-alueita sairaanhoitoa ja sosiaalista diakoniaa eritelty toisistaan. Nimike oli myös täysin sukupuolineutraali. (Malkavaara 2015, 148–151.)

Yksi peruste vihkimyksen ja siinä käytetyn virkanimen uudistukseen oli se, että diakonissat ja diakonit olivat erilaisesta koulutustaustasta huolimatta tulleet

hakukelpoisiksi samoihin seurakuntavirkoihin. Tämä uudistus oli toteutunut vähitellen, mutta kirkkolaissa erilliset diakonissan ja diakonin virat korvattiin diakonian viralla vuonna 1982. Siihen olivat kelpoisia sekä diakonit että diakonissat. (Jääskeläinen 2008, 90.)

Diakonissojen ja diakonien yhteisyyttä korosti myös yhteisen ammattiliiton syntyminen vuonna 1991. Suomen Kirkon Sisarliiton ja Suomen Diakonien Liiton toiminta lakkasi. (Salmesvuori 2008, 53–61.)

Erilaisesta koulutustaustasta huolimatta seurakuntatyössä diakonissojen ja diakonien tehtävät suuressa määrin yhtenäistyivät. Kehitys ei kaikilla paikkakunnilla ja kaikissa seurakunnissa kulkenut kuitenkaan samaan tahtiin. Diakonissoja oli 2010-luvulle saakka enemmistö seurakunnissa toimivista diakoniatyöntekijöistä, joten monissa seurakunnissa diakonissat määrittivät työtehtäviä ja jatkoivat työtä entiseen tapaan. Suuri lama 1990-luvulla kuitenkin muutti etenkin kaupungeissa ja suurilla paikkakunnilla diakoniatyön luonnetta ja toimintatapoja sosiaalityön suuntaan.

Diakonissojen emansipaation merkkejä

Muutoksen merkkejä oli diakoniatyössä nähtävissä niin paljon, että enenevässä määrin alettiin kysyä diakonissan erityisosaamiseen ja identiteettiin liittyviä kysymyksiä. Vuonna 1998 ilmestyneessä väitöskirjassaan Lea Henriksson kysyi, miksi diakoniatyön osuus sairaanhoidon tai sosiaalityön historiassa kuvattiin niin vähäiseksi. Hän itse piti syynä sitä, että sosiaali- ja terveysalojen ammasteista diakonissan ammatti oli ”perheammattimaisin”. Käsitteellään hän tarkoitti, että diakonissan ammatti oli vähiten erikoistunut, ja että siihen liittyi tehtäviä, joita tehdään kotitalouksissa. Sellaisena se oli hoiva-alojen ammasteista laaja-alaisin. Diakonissojen työstään saama palkka oli pienempi kuin sairaanhoitajilla ja muilla terveysalan ammattiryhmillä, mikä aiheutti jännitteitä hoivatyön muihin ammatikuntiin. Diakonissan kutsumus löi korvalle palkkatyöorientaatiota ja professionalistisia koulutus- ja statuspyrkimyksiä. Palkkatyö ja kutsumus olivat huonosti yhteensovittavissa. (Henriksson 1998, Kauppinen-Perttula 2004, 24.)

Merkittävä diakonissan työn näkyvyydelle, identiteetille ja uudelle identiteetille oli Marjatta Myllylän vuonna 2004 ilmestynyt väitöskirjatutkimus, jossa hän määritteli diakonista hoitotyötä. (Myllylä 2004.) Teoksella oli merkitystä koko ammattikunnalle, se tuki opetusta Diakonia-ammattikorkeakoulussa ja toimi esikuvana useille muille diakonissan ammatista tai diakonisesta hoitotyöstä seuraavina vuosina valmistuneille väitöskirjoille.

Diakonissan roolia terveysalan ammattilaisena ja seurakuntadiakoniassa tarvittavaa sairaanhoidon osaamista käsitteli kirkkohallituksen piirissä toteutettu tutkimushanke, jonka raportti, Kaisa Kinnusen toimittama Sairas köyhyys, ilmestyi vuonna 2009. (Kinnunen 2009.) Diakonia-ammattikorkeakoulun piirissä Helena Kotisalon ja Lea Rättyän toteuttamassa tutkimushankkeessa painotettiin diakonisojen roolia terveyden edistäjinä. Tutkimusraportti ilmestyi vuonna 2014. (Kotisalo ja Rättyä 2014.)

Pitkä kehityskaari, jossa 1990-luvun viimeisinä vuosikymmeninä jatkuvasti vahvistettiin diakonian viran sisällä olevien kahden koulutusammatin yhteisyyttä, alkoi saada uutta suuntaa. Diakonissat alkoivat vahvistaa omaa profiliaan ja vahvistaa mielikuvaa ammattitaitonsa ja koulutuksellisen orientaationsa tarpeellisuudesta seurakuntatyössä. Samoin on korostettu diakonisen hoitotyön erityisosaamisen merkitystä sairaanhoitotyössä.

Yhteiskunnan muutos ja diakoniatyö

Oikeastaan diakonissan ammatillinen identiteetti sai kolauksen jo hyvinvointivaltion rakentamisen vuosina, jolloin ammatillisuuden korostaminen oli vasta nousussa. Kansanterveyslakia valmisteltaessa diakonisojen siihen saakka tärkeä kansanterveydellinen ja yhteiskunnallinen panos jätettiin kokonaan sivuun. Diakonissat eivät lain tultua voimaan vuonna 1972 olleet enää kunnanlääkärin ohjauksessa toimivia kotisairaanhoitajia vaan pelkästään seurakunnan työntekijöitä. Terveyspalvelut hoidettiin kuntiin rakennetuissa terveyskeskuksissa. Lainsäädäntö teki maallisen ja hengellisen rajan selväksi. Terveystoimintapalvelut olivat maallisen yhteiskunnan asia.

Ensi sijassa ei luonnollisesti ollut kyse kirkon roolista eikä ainakaan luterilaisen regimenttiopin toteuttamisesta vaan linjakkaasta hyvinvointivaltion rakennustyöstä, jonka ideologiaan kuului yhteiskunnan vastuu kaikista keskeisistä palveluista. Tavoitteena oli kaikkien kansalaisten tasapuolinen kohtelu ja peruspalveluiden ulottaminen kaikille. Hyvinvointivaltion takana olevan järjestelmän painopiste oli tulonsiirroissa. Suomessa hyvinvointivaltiomallia kehitettiin laajentamalla etenkin kuntien vastuita hyvinvointipalveluista.

Myöhemmin hyvinvointivaltiomalli on uudistunut paljon. Muutoksia ovat aiheuttaneet sekä yhteiskunnan kriisit että ideologiset muutokset.

Anne Birgitta Pessi ja Juho Saari ovat vuonna 2009 ilmestyneessä artikkelissaan kuvanneet aikaa ennen 1960-lukua sosiologi Pertti Alasuutarin käsitettä hyödyntäen moraalitalouden ajaksi, jolloin hyvinvointivaltion toiminta kohdistui

lapsiin vanhuksiin ja sairaisiin, ja diakoniatyöllä oli vakiintunut asema alkoholisti-, kriminaali-, vammais- ja terveydenhuollossa. Diakoniatyössä toimi silloin vain diakonissvoja. Aikakausi 1960-luvulta vuoteen 1990 oli suunnittelutalouden aikaa, jolloin hyvinvointivaltio laajeni työttömyyteen, asumiseen, opiskeluun ja työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen. Samalla diakoniatyö väistyi terveystalveluiden alueella ja keskittyi vanhuksiin ja vammaisiin. Vuodesta 1990 alkoi kilpailuyhteiskunnan aika, jolloin sekä hyvinvointivaltio että diakoniatyö laajenivat maahanmuuttoon, syrjäytyneisiin ja ylivelkaantuneisiin. (Pessi ja Saari 2009, 80.)

Hyvinvointivaltion muutokset 1990-luvulta lähtien ovat perustuneet äänestäjäkunnan siirtymiseen lievästi oikealle. On alettu suosia sosiaali- ja terveystalveluiden tuottamisessa markkinoihin perustuvia malleja ja kansalaisyhteiskunnan eli kolmannen sektorin mahdollisuuksia. On myös tuettu täydentäviä eläke- ja sairausvakuutusjärjestelmiä veroeduin sekä tuettu yksilöiden vapautta valita erilaisista palveluista. (Pessi ja Saari 2009, 79.)

Diakonissojen vetäytyminen terveystalveluiden alueelta tapahtui aikana, jolloin uskottiin kansalaisten tasapuolisen kohtelun toteutuvan vain yhteiskunnan tuottamisen palveluiden avulla. Sosiaalinen oikeudenmukaisuus oli suunnittelutalouden aikana keskeinen arvo. Hyvinvointivaltion rakentamisen ja lujittamisen kulta-aikana oli tavallista pitää kirkon ja erilaisten järjestöjen tuottamia palveluja hyväntekeväisyytenä, jollaisella oli huono maine. Se ei ollut lakisääteistä eikä sellaisen toteuttaminen perustunut normeihin. Siksi kirkon ja järjestöjen työ oli vain julkisia palveluja täydentävää.

Ennen 1990-luvun vaihteen käännettä suomalaisen hyvinvointivaltion rakentamisprojekti ohjasi seurakuntien ja järjestöjen diakoniaa yhä kapeammalle raiteelle; yhteiskunta siivosi diakonian työlistalta pois tehtävän toisensa jälkeen. Vastaavasti poliittisen tuulen kääntyminen 1990-luvulla asteittain markkinavetoiseen oikeistopolitiikkaan on tuonut diakoniale pysyvän – ja jopa kasvavan – työlistan suomalaisessa yhteiskunnassa. (Latvus 2009, 73.)

Yhteiskunnan murros avasi Pessin ja Saaren mielestä kirkolle ja sen diakoniatyölle uuden yhteiskuntapoliittisen markkinaraon heikompiosaisen aseman puolustajana, ja sen se myös hyödynsi. Diakoniatyö astui uusille areenoille pitkäaikaistyöttömyyden, ylivelkaantumisen ja maahanmuuttajatyön alueilla, osin myös julkisen sektorin ydinturvan paikkaajana. Myös mediassa kirkko otti selkeämmän roolin köyhien puolustajana ja oikeudenmukaisuuden peräänkulluttajana. Tätä Pessi ja Saari kutsuivat uudeksi diakoniapolitiikaksi ja uudeksi kirkkopoliitiikaksi, joka vastasi myös ihmisten arvostuksiin: luottamus kirkkoon nousi vahvasti 1990-luvulla ja sen jälkeen. Tutkijat havaitsivat trendissä myös eri-

koisen piirteen: samanaikaisesti kun uskonnollinen kiinnittyminen kirkkoon oli jatkuvasti heikentynyt, ihmiset olivat alkaneet nähdä kirkon enenevässä määrin yhteiskuntapoliittisena toimijana. (Pessi & Saari 2009, 81–82.)

Julkisen vallan suhtautuminen kirkon uuteen politiikkaan on ollut kuitenkin ristiriitaista. Kirkko on kohdannut monia ongelmia ja haasteita samalla kun sen toimintatavat muuttuivat, asiakaskunta kasvoi ja kohderyhmät laajenivat. Ongelmaksi tuli vuonna 1995 voimaantulleen perustuslain pykälä 19, joka asettaa julkisen vallan vastuuseen riittävästä sosiaaliturvan tasosta. Kirkon toimintaa ei ole voitu pitää osana julkista hyvinvointipolitiikkaa. (Pessi & Saari 2009, 82–83.) Diakoniatyö on kuitenkin löytänyt tapoja toimia, vaikka seurakunnilla on ollut myös ilmiselviä vaikeuksia siirtyä toimimaan kolmannen sektorin toimijana.

Yhteisöllisyyden korostus

Diakonian kolmanneksi käänneeksi kutsuttiin yhteiskunnallisempaa ja enemmän sosiaalityötä muistuttavaa työtapaa, jollainen omaksuttiin lamavuosina. Jaakko Ripatti analysoi diakonian asiantuntijoita myötäillen vuonna 2014, että jälkimodernin yhteiskunnan haasteiden kohtaaminen veisi diakonian neljänteen käänteeseen. Tästä hän näki merkkejä, jotka tosin muistuttivat kovasti kilpailuyhteiskunnan piirteitä: julkisen vallan vastuu kansalaisten perusturvasta kaventuu, ilmapiiri kovenee, köyhien on ansaittava apunsa ja apu hinnoitellaan. Kirkko diakonioineen unohdetaan julkisesta tilasta, Ripatti totesi pessimistisesti. (Ripatti 2014, 156.)

Ripatin mukaan diakoniatutkimuksessa oli havaittu uusi kehityssuunta, jota luonnehtivat yhteisöllisen vastuun vahvistuminen, sosiaalisten verkostojen kasvu, paikallisyhteisöjen roolin korostuminen, perheen, suvun ja muiden sosiaalisten siteiden tärkeys sekä syrjäytyneiden puolesta puhuminen. Seurakunnat tai niiden osat haluttaisiin nähdä yhteisöinä, jotka kantavat huolta apua tarvitsevista. Diakoniatutkijoiden havaintojen mukaan yhteisöllisyys nähdään laajasti tavoitteena, mutta seurakuntien työntekijäkeskeinen kulttuuri on kuitenkin juurtunut niin syväälle, että se hidastaa sellaisen kulttuurin saavuttamista, jossa seurakuntalaiset ovat kohteen sijasta toimijoita. (Thitz 2013; Ripatti 2014, 156–157.)

Uusissa diakoniasuunnitelmissa korostettiin Ripatin mukaan siirtymistä toimisto- ja vastaanottopainotteisesta työstä kohti yhteisökeskeistä diakoniaa. Sen painopisteenä oli palveleva varustaminen, jota yhteisö merkitsi jäsenilleen ja ympäristölleen. Hän toi diakoniakeskusteluun 1990-luvun Seurakunta 2000 -proses-

sista peräisin olleen idean uudelleen lämmitettynä: *Diakonian subjektina olkoon pieni seurakuntayhteisö, alueellinen jumalanpalvelusyhteisö tai yliaalueellinen henkilöyhteisö*. Yhteisöissä toteutuva seurakuntaelämä on kristikunnassa sääntö eikä poikkeus. Ripatin diakoniavisiona oli jumalanpalveluksesta elinvoimansa saava yhteisö, joka avautuu lähimmäisvastuuseen. (Ripatti 2014, 157.)

Yhteisöllisyyden korostus on ollut 2010-luvulta alkaen selvä uusi kehityssuunta diakoniatyössä ja diakoniakoulutuksessa. Yhteisöllisyys näkyy seurakuntalaisten vapaaehtoistyön panoksissa ja projektinluonteisissa hankkeissa, joihin on ryhdytty, kun on tarvittu paljon toimijoita ja auttavia käsiä. Ripatin visio on liian ihanteellinen kuvaamaan suomalaisten luterilaisten seurakuntien yleistä todellisuutta, mutta joissakin tilanteissa ja lyhytaikaisesti se on vastannut todellisuutta. (Yhteisöllisistä työmalleista ja kokeiluista viimeaikaisessa suomalaisessa seurakuntaelämässä ks. esim. Malkavaara & Valtonen 2019.)

Professionalismi

Diakoniatyön kehityslinjat tunnetaan varsin hyvin. Diakonian tutkimus on vilkastunut huomattavasti viime vuosikymmenien aikana. Myönteisestä kehityksestä ei pidä kiittää vain Diakonia-ammattikorkeakoulun syntymistä vuonna 1996 eikä Diakonian tutkimuksen seuran perustamista vuonna 2002, vaan ne kuuluivat pikemmin siihen aaltoon, jossa diakonia on tunnustettu kirkon olemukseen kuuluvaksi ja kirkko diakoniseksi yhteisöksi.

Nykyaikainen diakoniatyö lähti 1800-luvulla liikkeelle diakonisojen koulutuksesta, mitä varten ruvettiin perustamaan erityisiä laitoksia, joissa oli ainakin diakonisojen asuntola, opetussairaala ja koulu. Juuri diakonissat alkoivat tehdä diakoniaa tunnetuksi ja diakonissan ammattia voi pitää diakoniatyön kulmakivenä. Erikoistuneen diakoniatyön ammateista se on vanhin.

Diakonisojen esiinnousu ja diakonisojen oman identiteetin korostus ovat pääosin 2000-luvulla edellä kuvatun kehityksen virrassa tapahtuneita ilmiöitä. Diakonian kehityslinjojen pääuomien mukaisia ne eivät kuitenkaan ole, mikä lie-nee yksi syy diakonissan koulutuksen ja ammattitaidon korostamiseen.

Vaikka diakonissan työ on diakonian perusammatti, keskustelua diakonissan työstä ja tarpeellisuudesta eivät hallitse diakoniset vaan pikemmin ammatilliset perustelut. Diakonissan identiteetti näyttäisi muodostuvan koulutuksen perusteella, ja keskustelussa korostetaan koulutuksessa syntyvää ammattitaitoa, joka on otettavissa käyttöön monenlaisissa tehtävissä ja etenkin sairaanhoidon tai laajemmin terveysalan tehtävissä.

Tämän kaltainen ajatus diakonissan identiteetistä, osaamisesta ja arvosta saa paljon vahvistusta kansainvälisistä, etenkin anglosaksisista korostuksista, joista käytetään nimityksiä *parish nursing* tai *spiritual nursing*. Edellinen niistä viittaa suoraan seurakuntatyössä tapahtuvaan hoitajan työhön, jälkimmäinen taas sairaanhoitoon, jossa ihminen nähdään kokonaisvaltaisesti niin, että hänellä on myös hengellisiä tarpeita, joihin voidaan vastata esimerkiksi sielunhoidolla. Tässä kirjassa Lea Rättyän artikkeli esittelee näitä suuntauksia.

Luonnollisesti diakonissan identiteettiin ja osaamiseen liittyvässä keskustelussa painotetaan myös tarvetta. Seurakuntatyössä etenkin mielenterveystyön tai vanhustyön sairaanhoidollinen osaaminen on arvokasta ja sille on selkeästi tarvetta. Nuorten ja työikäisten parissa laajentuneet mielenterveyden ongelmat sekä ikääntyneiden päihdeongelmat ja yksinäisyys ovat kysymyksiä, joihin ei pystytä vastaamaan pelkästään julkisen sektorin voimavaroilla. Myös kliinisessä työssä on osoittautunut tärkeäksi, että henkilökunnalla on osaamista ja kapasiteettia potilaan kohtaamiseen hengellisten tarpeiden näkökulmasta. Näistä aiheista tässä kirjassa on erikoisartikkelit.

Edellä mainitut perustelut edustavat professionalismia. Diakonisen hoitotyön keskeiset viitekehykset ovat olleet hyvinvointityön ammatillinen kehitys ja hoitotiede. Niiden alueella on tapahtunut varsin selkeää ammatillisuuden korostumista viime vuosikymmeninä. (Henriksson ja Wrede 2004, 10–15.) Ammatillisuuden korostus on luonnollista myös ammattikorkeakouluympäristössä, jossa tähdenneetään ammattia ja ammatillisen osaamisen merkitystä pysyvästi. Diakonia-ammattikorkeakoulu on ollut vuodesta 1996 diakonissojen ainoa kouluttaja Suomessa. Diakonia-ammattikorkeakoulu on puolestaan aloituspaikkojen osalta Suomen selvästi suurin sosiaalialan kouluttaja. Terveysala on Diakissa myös kohtalaisen suuri, mutta kärkipaikkaa korkeakoulujen joukossa se ei hätyyttele. Terveysalan ammattikoulutus on erittäin säänneltyä, minkä takia diakoniasisältöjen saaminen sovitetuksi sairaanhoitajakoulutuksen lomaan on ollut vaativaa. Tätä kuvataan tässä kirjassa etenkin Satu Kajander-Unkurin ja Minna Valtosen artikkelissa. Diakonissan ammatillinen koulutus eroaa varsin paljon diakonien ammatillisesta koulutuksesta, kun taas diakonien ja kirkon nuorisotyönohjaajien koulutukset ovat lähes yhteneviä, kun molemmat saavat sosionomin peruskoulutuksen ja ammatillisen pätevyuden.

Näiden seikkojen takia diakonissan työn, ammatillisuuden ja osaamisen korostuminen on hyvin ymmärrettävä prosessi. Diakonissan professiota ja ammatillista erityislaatua on ollut tarpeellista nostaa esiin sekä seurakuntatyön että erilaisten terveysalan ammattien kontekstissa.

Kehitys kirkossa

Vaikka diakonissan ja diakonin ammatillisen koulutuksen kehityslinjat eivät ole voineet olla vaikuttamatta seurakunnissa toteutuvaan diakoniatyöhön, päälinjat diakonian kehityksessä ovat kuitenkin kulkeneet aivan muuhun suuntaan kuin professioiden korostumiseen.

Teologisen tutkimuksen ja kristikunnan yleisen kehityksen kannalta 1900-lukua on kutsuttu ”kirkon vuosisadaksi”. Näin sanottaessa painotetaan ekumeenisen liikkeen vaikutusta sekä kirkon, kirkko-opin, kirkon tunnustuksen, sen sakramenttien, viran ja lähetystehtävän korostusta tutkimuksessa ja kirkkojenvälisissä keskusteluissa. (Teinonen 1972, 47–48.) Ekumenian alalla kehitys ei edennyt ainakaan kirkkojen yhdistymisen suhteen niin nopeasti kuin mitä 1900-luvun alussa optimistisesti ennakoitiin, mutta erityisen merkittävää teologinen työskentely on ollut sakramenttien ja kirkon viran alueella. (Saarinen 1994, 64–65, 113–122, 162–178.)

Vuosien tai oikeastaan vuosikymmenien mittaisen valmistelutyön tuloksena Kirkkojen maailmanneuvoston Faith and Order -komissio julkaisi vuonna 1982 laajan ja perusteellisen asiakirjan *Kaste, ehtoollinen virka*. Tämän asiakirjan tärkeys perustuu huolellisen valmistelun ohella sen laajaan vastaanottoon kirkoissa. Vuosina 1982–1990 suurin osa maailman kirkoista antoi oman virallisen lausuntonsa asiakirjasta. (Saarinen 1994, 162.)

Kehitystä tästä eteenpäin on kuvattu artikkelissani tämän kirjan alussa. Virka-teologinen keskustelu painottui ensin naisten papputeen ja eteni sitten 1980-luvun lopulta alkaen diakonaattikeskusteluun, jolle kirkolliskokous pyrki panemaan pisteen vuonna 2019, koska ratkaisuun ei kirkossa kyetty.

Suomen luterilainen kirkko totesi vastauksessaan Kirkkojen maailmanneuvoston *Kaste, ehtoollinen ja virka* -asiakirjaan vuonna 1985, että ”asiakirjassa esitetyt kysymykset ja diakonian viran kuvaus merkitsevät kirkollemme haastetta perusteellisesti selvittää kirkon viran palvelevaa luonnetta ja tehtäviä.” Kirkolliskokouksen mukaan tunnustuskirjoissa tunnetaan viran kolmijako piispan, papin ja diakoni(a)n virkaan, minkä takia se voitiin hyväksyä ”inhimillisenä järjestyksenä”. Monet suomalaiset johtavat teologit, näkyvimmin Mikkelin piispa Kalevi Toiviainen, ovat korostaneet, että julistuksen allekirjoittaminen merkitsi kolmisäikeisen viran hyväksymistä. (Malkavaara 2015, 165–167.) Myöhempi kehitys on osoittanut, että kirkolliskokous ei ole kyennyt riittävään yksimielisyyteen tästä tulkinnasta.

Diakonian viran (tai diakoniviran) kehityksessä selkeä suunta on ollut sen kirkollistuminen tai sitoutuminen kirkkoon. Vielä vuonna 2015, jolloin kirkko-

hallitus teki esityksensä uutta diakonivirkaa koskevien säännösten lisäämisestä kirkkolakiin ja kirkkojärjestykseen (Kirkkohallituksen esitys 1/2015 kirkolliskokoukselle), vihkimyskäytäntöjen todettiin eri hiippakunnissa olevat epäyhtenäiset ja sekavat. Käytännössä se tarkoitti, että pääosin hiippakunnissa oli siirrytty käytäntöön, jossa piispa vihkii diakonian virkaan vain ne, joilla on vokaatio eli selvä kutsu eli valinta kirkolliseen virkatehtävään lähinnä seurakunnassa. Jotkut hiippakunnat pitivät kiinni kuitenkin vanhasta sisarkotiajasta periytyvästä käytännöstä, jossa vihkimys seurasi koulutusta ja vihkimyksen saivat lähes automattisesti kaikki diakonissojen koulutusohjelmasta valmistuneet koulutuksen päättymisen yhteydessä.

Tämä käytäntö on muuttunut. Vuodesta 2016 alkaen vihkimyskäytännöt ovat koko kirkon piirissä yhtenevät, ja diakonian virkaan vihitään vokaation ja muiden vihkimyksen edellytysten perusteella. (Piispainkokouksen pöytäkirja 2016.) Periaatteessa sairaalatyöhön tai muualle terveystalouden tehtäviin siirtyvät eivät näin ollen saa vihkimystä. Tutkintonimikkeeltään he ovat kuitenkin sairaanhoitaja (AMK) -diakonisseja. Kirkon käytännöt ovat eriytyneet koulutuksen käytännöistä, ja diakonissan identiteetti rakentuu enemmän koulutuksen kuin vihkimyksen varaan.

Teologisessa selvittelyssä on todettu, että piispan ja papin viran rinnalla voidaan tunnistaa kolmas virka, jolla ei kuitenkaan näytä olevan erityisen vakiintunutta tehtäväkenttää, vaan diakonian virka on kirkon viroista kontekstuaalisesti ja missionäärisesti sopeutuin ja joustavin. (Hietämäki 2019.)

Diakoniatyö on viime vuosina laaja-alaistunut voimakkaasti. Sen ydin on karitatiivinen ja sosiaalinen, mutta seurakuntadiakoniaan liittyy nykyisin runsaasti myös liturgisia ja katekeettisia tehtäviä. Joka toinen vuosi julkaistavat diakonia-barometritutkimukset ovat todentaneet tehtävien jatkuvan monipuolistumisen ja työnkuvien pirstaloitumisen. (Kiiski 2013; Gävert 2016; Isomäki, Lehmusmies, Salojärvi & Wallenius 2018.)

Kun tähän lisätään Uuden testamentin käsitetutkimuksesta alkanut tutkimussuunta, jonka mukaan diakonia ei ole hoitoa ja huolenpitoa ensinkään tai korkeintaan osittain, diakonian kehityssuunnat verrattuna professionalistiseen diakonissan ammattikuvaan ovat vielä sekavammat. Dosentti Esko Ryökäs on todennut, miten 1800-luvulta asti on totuttu ajattelemaan, että ”diakoni (tai diakonissa) on lähimmäisen nöyrä auttaja”, kun taas 1990-luvulta alkaen ilmaantui uusi ”oikea” tulkinta: ”diakoni (tai diakonissa) on yksi seurakunnan avustava johtaja”. (Ryökäs 2019, 21.) Tämä näkemys hätkähdyttää toistaiseksi, sillä kokonaisvaltaisesti omaksuttuna se muuttaisi hyvin paljon.

Suomessa Uuden testamentin uuden tutkimussuunnan tulokset on omaksuttu melko hitaasti ja varovaisesti. Pääosin niitä on pidetty akateemisena keskusteluna, jollaisella ei tarvitse olla suuriakaan vaikutuksia käytännön diakoniatyöhön. Diakonian uuden laajan tulkinnan torjuminen oli yksi motiiveista ja argumenteista, joilla kirkolliskokouksen keskusteluissa ja valiokuntien lausunnoissa vuonna 2015 vastustettiin tehtyä diakonivirkaesitystä, kun diakonaattiuudistuksen hyväksymistä viimeisen kerran tavoiteltiin.

Ruotsissa sen sijaan luterilainen kirkko on omaksunut uuden tutkimuksen nopeasti ja kokonaisvaltaisesti. Vuodesta 2014 alkaen diakoniatyön tehtäviin on Ruotsissa voinut valmistua vain kirkon oman koulutusjärjestelmän kautta. Siihen pääsy on edellyttänyt jotakin soveltuvaa korkeakoulutusta. Vuonna 2015 Ruotsin kirkon piispainkokouksen julkaisema, kirkon piispojen yhteinen diakoniaa käsittelevä kirjanen esittelee kirkon diakonian kokonaan uuden tutkimuksen mukaisessa valossa säilyttäen samalla diakoniatyön yhteydessä karitatiivisen ja sosiaalisen ulottuvuuden, siis hoidon ja huolenpidon. (Ett biskopsbrev om diakoni 2015.)

Diakonian suomalainenkin käsitehistoria osoittaa, että diakonia on vanhaan ymmärretty sairaanhoitoa ja sosiaalista huolenpitoa laajemmaksi alueeksi. Tällä hetkellä eletään jännitteessä, jossa seurakunnissa toteutuva diakoniatyö on laaja-alaistumassa ja moninaistumassa, mutta koulutuksen tukemat ammattikuvat ovat selkeärajaisemmat.

Vaikka seurakunnissa asioita tarkastellaan myös käytännöllisen tarkoituksenmukaisuuden ja ylipäänsä tarpeiden näkökulmasta, on vaikea uskoa, että kehitys koko kirkon tasolla lähtisi lähiaikoina kulkemaan toiseen suuntaan kuin millainen yleissuunta on viime vuosikymmeninä vallinnut. Teologisen ajattelutavan näkökulmasta kirkossa ollaan lähtökohtaisesti kiinnostuneita virasta ja vihkimyksestä, ei niinkään ammatista, koulutuksesta tai osaamisesta.

Tulevaisuuden ennustelua ja mahdollisia kehityslinjoja

Kirkon jäsenmäärän aleneva kehitys luo väistämättä oletuksen, että työntekijöiden määrä vähenee. Tehtäviä on seurakunnissa järjestettävä uudelleen. Vähenevän työntekijäjoukon kesken työnjakoa on pääpiirteissään uudistettava joko niin, että erikoistuneita työtehtäviä hoidetaan yhä laajemmalla alueella tai toimenkuvia yhdistetään niin, että sama työntekijä kantaa vastuun useiden työalojen tehtävistä. Jälkimmäinen skenaario tuottaisi luontevasti ja ilman raskaita määrittelyjä sen tapaisen seurakuntatyön mallin, jollaista diakonian käsiteanalyysissä on hahmotet-

tu vastaavan varhaisen kirkon tapaa ymmärtää diakonia. Sellaiseen tähtäsi myös vuoden 2015 diakonivirkaesitys.

Kaikkiaan on syytä kysyä, laajeneeko diakonian tehtäväkenttä edelleen ja laajeneeko diakonian sisällöllinen merkitys entisestään. Molemmat ovat todennäköisiä kehityssuuntia. Seurakuntadiakonian tehtäväkentän laajeneminen voi edetä niin pitkälle, että se tuottaa vähitellen myös diakonia-ajatuksen tai diakonian käsitteen sisällöllisen laajenemisen.

Mikäli kehitys etenee näin, sillä on kaksi mahdollista pääsuuntaa. Ensimmäinen niistä on diakonian ymmärtäminen kontekstuaaliseksi, siis tilanteesta riippuvaksi, painopisteiltään herkästi uudistuvaksi ja joustavaksi kirkolliseksi palveluksi. Tällöin se vastaisi sitä määrittelyä, ettei diakoniolla olekaan erityisen vakiintunutta tehtäväkenttää, vaan diakonian virka on kontekstuaalisesti ja missionäärisesti sopeutuva ja joustava, ja diakonia on ymmärrettävissä palveluksi hyvin monipuolisella tavalla. Diakonian vanha suomalainen määritelmä, diakonian on avun antamista niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muulla tavoin auteta, ei tällöin kattaisi kuin osan diakonian tehtäväkentästä. Pikemmin se kertoisi kristillisen lähimmäisenrakkauden prioriteeteista.

Toinen diakonia-ajatuksen sisällöllisen laajenemisen suunta voisi olla diakonian ymmärtäminen hyvän tekemiseksi ja oikeudenmukaisuuden puolustamiseksi sekä vaikeuksissa ja hädässä olevan puolustamiseksi yli kirkollisen rajan. Tällöin diakonia hakisi sisältönsä kaikkein avarimmista mahdollisista määritelmistä, kuten ruotsalaisen Erik Blennbergerin ajatus, että diakoniaa on kaikki historian kuluessa hyvään tähtäävät teot ja ymmärretään kaikki auttaminen hengelliseksi, niin kuin Antti Elenius on ehdottanut Lutherin teologiaan pohjautuen. Tällöin avataisiin myös diakonian suljettu piiri muualla yhteiskunnassa tapahtuvalle auttamistyölle. (Blennberger 1989 ja 2002; Henttonen 1997 130–133; Ryökäs 2006, 25–26; Elenius 2007, 162–165.) Ongelmaksi jää kuitenkin diakonian käsitteen hankaluus, koska se liittyy kristillisen lähimmäisenrakkauden liian selvästi yhden ammattiryhmän, diakoniatyöntekijöiden työksi. Elenius ja Latvus ovat esittäneet ratkaisuksi, että diakonian teologian asemesta puhuttaisiin auttamisen teologiasta. (Elenius ja Latvus 2007, 275–276.)

Diakonian käsitteen laajentaminen ei tässä tapauksessa ratkaisisi juuri mitään, korkeintaan lopettaisi sen käyttämisen. Sosiaalisen vastuun kantaminen ihmisistä ja yhteiskunnasta, siis organisoitu lähimmäisenrakkaus, on joka tapauksessa osa kirkon perustehtävää. (Elenius ja Latvus 2007, 281.)

Seurakuntatyön ulkopuolella yhteiskunnallisena työnä toteutuva diakoninen hoitotyö lukeutuu jälkimmäiseen diakonia-ajatuksen avartumisen skenaarioon,

koska se on jäänyt kirkon diakonisen viran ulkopuolelle. Diakonisen hoitotyön pääongelmat liittyvät näin diakonian sisällön ymmärtämiseen sekä diakonian viran kehitykseen kirkossa. Kokonaan toinen seikka diakonian laajenemisessa olisi, jos diakonian vihkimysviran piiriin voitaisiin lukea myös yhteiskunnan piirissä tapahtuva palvelu silloin, kun se tunnistettaisiin diakonisiksi tai vihittävä osallistuu kirkon työhön muuten sovittavalla tavalla diakonian viran edustajana.

Piispainkokouksen toukokuussa 2016 antaman suosituksen mukaan tähän ei ole muodollista estettä. Sen mukaan ”vihkiä voidaan myös henkilö, joka on kutsuttu hoitamaan diakoniaan liittyviä tehtäviä (KJ 4:3 §) seurakunnan, kristillisen järjestön, valtion, kunnan, säätion, yksityisen järjestön tai muun yhteisön palveluksessa ja joka osallistuu erikseen sovittavalla tavalla kirkon tehtävän toteuttamiseen (KL 4:1 §).”

Tämä ei ole jäänyt kokonaan kuolleeksi kirjaimeksi. Ainakin Oulun hiippakunnassa on tämän piispainkokouksen suosituksen perusteella voinut saada diakonian vihkimyksen nimenomaan vapaaehtoisena ilman varsinaista työsuhdetta seurakuntaan. (Rauhan Tervehdys 29.5.2019.) Jos seurakuntien kyky maksaa palkkoja vähenee, tämä lienee tulevaisuuden malli muuallakin. Keskustelu epäilemättä laajenee myös siihen suuntaan, että kirkko hyväksyisi vokaatioksi myös kirkon välittömän työyhteisön ulkopuolella, lähinnä kliinisessä hoitotyössä tehtävän henkisen ja hengellisen hädän hoitamisen.

Kirkon ymmärrys seurakunnasta on varhaiselta keskiajalta saakka perustunut alueeseen. Piispa oli ensin seurakunnan johtaja. Kun seurakuntien määrä kasvoi, piispanvirka asetettiin kaupunkiin, jonka välittömässä läheisyydessä sijaitsevien seurakuntien toimintaa piispa valvoi ja johti. Edelleen kirkossa seurakunta mielletään maantieteelliseksi. Tällaista alueeseen perustuvaa seurakuntamallia kutsutaan parokiaaliseksi. Sen rinnalla seurakunnan todellisuus on kuitenkin osittain myös ”kongregationaalista”, millä tarkoitetaan yhteisöllisyyttä, joka ei perustu ainakaan välttämättä alueeseen. Yhdessä suuressa nykyisessä seurakunnassa toimii monia yhteisöjä, jotka ovat seurakunnan kaltaisia, vaikka niitä ei kutsuta sellaisiksi. Suurilla alue seurakunnilla ja sen sisällä toimivilla ”pienseurakunnilla” pitäisi olla eri nimitykset.

Samalla kun seurakunnallisen elämän monimuotoistuminen tunnustetaan, pitäisi tunnistaa nykyistä seurakunnissa tarvittavien työtehtävien monimuotoistuminen ja laaja-alaistuminen. Se antaisi uusia mahdollisuuksia diakonissa-sairaanhoitajien kirkon tunnustamille ja valtuuttamille diakonisille, vihkimysviran piiriin kuuluville tehtäville, jotka voisivat olla luonteeltaan moninaisia, kenties osin myös osatoimisia ja vapaaehtoisia.

Diakonia tarkoittaa palvelua ja sellaisena se voidaan ymmärtää myös asenteeksi. Siten diakonia on koko seurakunnan ja kaikkien kristittyjen tehtävä, ja silloin iloitaan sairaanhoitaja-diakonissan koulutuksen saaneista, jotka voivat palvella tehtävissään sairaaloissa ja muualla terveydenhoidon piirissä.

Jos ajatellaan diakoniaa laajasti Collinsin luoman tutkimussuunnan mukaisesti, palvelu on tällöin mitä hyvänsä palvelua eikä se rajaudu vain hoitoon ja huolenpitoon. Tällöin voidaan ajatella, että kirkolla on missionsa, siis kokonaistehtävänsä, joka jakautuu erilaisiin osiin, diakonioihin. Diakonian käsitteen sisältö on tällöin aivan muuta kuin yli 150 vuoden aikana on totuttu ajattelemaan.

Mikäli taas diakoninen hoitotyö irtautuu ainakin jossakin määrin kirkollisesta käsitemaailmasta ja etsii identiteettiään laajasti tulkitun spiritualiteetin ja hengellisen/henkisen hoidon (spiritual nursing) maailmasta, se voi edetä ja kehittyä siihen suuntaan kuin sen on nähty viime vuosikymmeninä kehittyvän.

Diakonian tehtäväkentän ja diakonian sisällön voi olettaa laajenevan. Tällä hetkellä se laajenee useisiin suuntiin. Niiden kesken käydään hiljaista keskustelua, eikä selkeitä jäsenyyksiä ole ollut tarjolla.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Blennberger, E. (1989). Diakoni och dess teologi. Teoksessa H.-E. Lindström (toim.), *Handbok för diakoni och samhällansvar* (s. 40–57). Stockholm: Verbum.
- Blennberger, E. (2002). Diakonia ja diakonian teologia. Suom. Jarkko S. Tuusvuori. Teoksessa M. Lahtinen & T. Toikkanen (toim.) *Anno Domini 2002. Diakoniatieteen vuosikirja* (s. 165–178). Lahti: Lahden Diakoniasäätiö.
- Ett biskopsbrev om diakoni. Biskopsmötet 2015* (2015). Uppsala: Svenska kyrkan, Biskopsmötet.
- Elenius, A. (2007). Avaran diakonian puolustus. Teoksessa K. Latvus & A. Elenius (toim.) *Auttamisen teologia*. (s. 158–176). Helsinki: Kirjapaja.
- Elenius, A. & Latvus, K. (2007). Diakonian teologia – auttamisen teologia. Teoksessa K. Latvus & A. Elenius (toim.) *Auttamisen teologia*. (s. 271–282). Helsinki: Kirjapaja.
- Erkamo, P. (1969). *Vuosisata diakoniaa Viipurissa ja Lahdessa. Viipurin–Lahden Diakonissalaitos 1869–1969*. Lahti: Lahden Diakonissalaitoksen Säätiö.
- Gävert, T. (2016). *Diakoniabarometri 2016*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Henriksson, L. (1998). *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka*. (Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Tutkimuksia 88.) (Väitöskirja. Tampereen yliopisto.) Helsinki: Stakes.
- Henriksson, L. & Wrede, S. (2004) (toim.), *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus.
- Henttonen, Kai (1997): *Voiko sen tehdä toisinkin? Diakoniatieteen lähtökohdat ja valinnat*. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu.
- Hietamäki, M. (2019) *Selvitys diakonian viran uudistusprosessin tilasta 2019*. Raportti kirkkohallitukselle. Helsinki: Kirkkohallitus.

- Hiilamo, H. & Raunio A. Raunio & Yeung, A. B. (2007). Lähimmäinen hyvinvointivaltiossa. Teoksessa J. Saari & A. B. Yeung (toim.), *Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa* (s. 220–236). Helsinki: Gaudeamus.
- Isomäki, P., Lehmusmies, J., Salojärvi, P. ja Wallenius, V. (2018). *Diakoniabarometri 2018. Yksinäisyyden monet kasvot*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Jääskeläinen, I. (2008). Sisar- ja veljesyhteisöistä avoimiin oppimisympäristöihin – Diakoniatyöntekijäkoulutuksen vaiheet Suomessa. Teoksessa S. Korpela (toim.) *Rakkauden virassa. Diakoniammattilaisten viisi vuosikymmentä* (s. 81–96.) Helsinki/Jyväskylä: Minerva.
- Kansanaho, E. (1964). *Suomen Kirkon Sisälähetysseuran historia. Sortavalan aika 1905–1944*. Helsinki: Suomen Kirkon Sisälähetysseura.
- Kansanaho, E. (1967). *Sata vuotta kristillistä palvelutyötä. Helsingin Diakonissalaitos 1867–1967*. Helsinki: WSOY.
- Kauppinen-Perttula, U.-M. (2004). *Kutsumus, Palvelustyö, Jaksaminen. Sisaret Oriveden leprasairaalassa 1904–1953*. (Acta electronica Universitatis Tampereensis 355.) (Väitöskirja. Tampereen yliopisto.) Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kiiski, J. (2013). *Diakoniatyöntekijä – rinnallakulkija ja kaatopaikka. Diakoniabarometri 2013*. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Kinnunen K. (2009) (toim.), *Sairas köyhyys, tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä*. (Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisu 2009:7.) Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kirkkohallituksen esitys (2015). Kirkkohallituksen esitys kirkolliskokoukselle. Asianro 2015-00012. Uutta diakonivirkaa koskevien säännösten lisääminen kirkkolakiin ja kirkkojärjestykseen. Saatavilla: <http://kappeli.evl.fi/kkoweb.nsf/8055b7c73c38f56dc22571540045bfe2e271961250ebca1c2257dc00451c90?OpenDocument>.
- Kotisalo, H. & Rättyä, L. (2014) *Diakonissat terveyden edistäjinä*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Raportti tutkimus- ja kehittämishankkeesta (1.3.2011–28.2.2014) Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina. (Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. B, Raportteja, 58.) Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla: <https://www.theseus.fi/handle/10024/140457>.
- Kuivalainen, S. & Niemelä, M. (2009). Universalismista selektivismiin? – Miten köyhyyspolitiikka vakiintui 1990- ja 2000-luvun alun Suomessa? Teoksessa J. Kananen & J. Saari (toim.) *Ajatuksen voima – Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa* (187–218). Jyväskylä: SoPhi/Minerva,
- Latvus, K. (2009). Diakonian tutkimus vuonna 2009. *Diakonian tutkimus* 2/2009, 71–75.
- Malkavaara, M. (2002). Sodasta laman kynnykselle – Köyhyys ja diakonia hyvinvointivaltiota rakennettaessa. Teoksessa V. Mäkinen, (toim.), *Lasarukselta leipäjonoihin – Köyhyys kirkon kysymyksenä* (s. 221–261). Jyväskylä: Atena.
- Malkavaara, M. (2015). *Diakonia ja diakonivirka*. Suomen ev.lut. kirkon julkaisuja 26. Kirkko ja toiminta. Helsinki: Kirkkohallitus. Saatavilla <http://notes.evl.fi/vanhasak.nsf/sp?open&cid=julkaisu&tit=Diakonia-ja-diakonivirka>.
- Malkavaara, M. & Valtonen, M. (2019) (toim.). *Uusi elämisen kulttuuri – muutos Tampereella*. (Kirkon tutkimuskeskuksen verkkojulkaisuja 61). Tampere: Kirkon tutkimuskeskus. Saatavilla: https://evl.fi/documents/1327140/45386794/Ktk+Uusi+el%C3%A4minen+kulttuuri_verkko+61/b178a16a-eab3-8e9f-ff6d-64f4ab712fd6.
- Myllylä, M. (2004) *Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen*. Oulu: Oulu University Press (Väitöskirja, Oulun yliopisto). Saatavilla <http://urn.fi/urn:isbn:9514273567>
- Paaskoski, J. (2017). *Ihmisen arvo. Helsingin Diakonissalaitos 150 vuotta*. Helsinki: Edita.
- Pessi, A. B. & Saari, J. (2009). Kollektiiviset muistot ja hyvinvointipolitiikan tulevaisuus – hyvinvointivaltion ja diakoniatyön muuttuvat suhteet ja tulkinnat. *Diakonian tutkimus* 2/2009. s. 77–96.
- Piispainkokouksen pöytäkirja (2016). Piispainkokouksen pöytäkirja 24.5.2016. Suositus diakonian virkaan vihkimisestä.

- Pyykkö, R. (2004). Valtion ja kirkon välissä: ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.), *Hyvinvointityön ammatit* (s. 110–143). Helsinki: Gaudeamus.
- Rauhan Tervehdys 29.5.2019. Diakoniatyötä voi tehdä kaikkialla. Saatavilla: <https://rauhantervehdys.fi/2019/05/diakoniatyota-voi-tehda-kaikkialla/>
- Ripatti, J. (2014). Diakonian neljäs käänne. *Diakonian tutkimus* 2/2014, 155–157.
- Ryökäs, E. (2006). *Kokonaisdiakonia. Diakoniakäsityksien opilliset liittymät*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Ryökäs, E. (2019). *Aikaan sidottu diakonia-käsite. Tiedekriittinen yritys ymmärtää suomalaista diakonia-keskustelua*. Helsinki: Suomalainen Teologinen Kirjallisuusseura.
- Saarinen, R. (1994). *Johdatus ekumeniikkaan*. Helsinki: Kirjaneliö.
- Salmesvuori, P. (2008). Sisarliitosta Diakoniatyöntekijöiden Liitoksi – 50 vuotta liiton historiaa. Teoksessa S. Korpela (toim.) *Rakkauden virassa. Diakonian ammattilaisten viisi vuosikymmentä* (s. 11–78.) Helsinki/Jyväskylä: Minerva.
- Teinonen, S. (1972). *Uudistuva kirkko. Johdatus ekumeniaan*. Helsinki: Kirjaneliö.
- Thitz, P. (2013). *Seurakunta osallisuuden yhteisönä*. (Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A, Tutkimuksia, no 40.) Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. (Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto.) Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-214-1>.
- Vikström, John (1970): Diakonia ja diakonian virka teologian näkökulmasta. – Hissa, Pentti I. (toim.), *Diakonia ja muuttuva yhteiskunta*. Helsinki: Kirkon diakoniatoimikunta.

Lea Rättyä, Päivi Thitz ja Minna Valtonen

22 NÄKÖALOJA DIAKONISEN HOITOTYÖN TULEVAISUUTEEN

Sairaanhoitaja-diakonissakoulutuksen kaksoiskelpoisuuden tuottamasta monipuolisesta osaamisesta ei olla riittävän tietoisia. Siksi myös laaja-alaisen asiantuntijuuden mahdollisuudet jäävät osittain hyödyntämättä sekä kirkon että terveydenhuollon työkentillä. Osaamisen hyödyntämisen esteenä saattavat seurakuntatyössä olla sairaanhoitajan osaamisen liian kapea-alainen ymmärtäminen tai hoitotyössä ennakkoluulot kirkollista koulutusta kohtaan. Diakonisen hoitotyön ytimessä oleva lähimmäisen rakkauteen perustuva kohtaaminen, toivon välittäminen ja terveyden kokonaisvaltainen edistäminen näyttäisivät kuitenkin olevan tulevaisuudessa yhä merkittävämpiä taitoja.

Diakonisen hoitotyön osaamisen tunnistaminen ja tunnustaminen

Diakonisen hoitotyön käsite on ollut käytössä noin neljänkymmenen vuoden ajan. Vaikka suomalaisen sairaanhoitaja-diakonissojen koulutuksen ja tehtäväkentän alkujuuret ovat nähtävissä jo 1800-luvun lopulta alkaen, työn sisällön käsitteellinen määrittely on nyt vasta saamassa jäsentyneempää muotoa. Tämä kirja on pyrkinyt tuottamaan aineksia diakonisen hoitotyön lähtökohtien, erityisosaamisen ja käytännön työtapojen jäsentämiselle. Tässä viimeisessä luvussa pohditaan diakonisen hoitotyön osaamisen merkitystä ja sen hyödyntämisen mahdollisuuksia muuttuvassa yhteiskunnassa.

Tarkasteltaessa sairaanhoitaja-diakonissan osaamista on tärkeää havaita, että sairaanhoidollinen ja diakoninen osaaminen eivät ole toisistaan irrallisia alueita. Ne limittyvät toisiinsa, ja niistä yhdessä rakentuu kokonaisvaltainen diakonisen hoitotyön asiantuntijuus. Alaan liittyvä tietoperusta, taidot ja kokemukset sekä henkilökohtainen ammatillisen kehittymisen urapolku rakentavat kokonaisvaltaista osaamista ja ammatillista identiteettiä. Tietojen ja taitojen kehittymisen rin-

nalla merkittävää on persoonallinen kasvu, joka ilmenee ammattilaisen arvoissa ja asenteissa sekä motivaatiossa ja sitoutumisessa.

On tärkeää, että diakonisen hoitotyön ammattilainen itse tunnistaa laaja-alaisen osaamisensa eri ulottuvuudet ja osaa sanoittaa asiantuntijaosaamisensa niin, että erilaisia työelämän tarpeita arvioitaessa tai työntekijää rekrytoitaessa osaamisen eri puolet tulisivat esille ja tunnistetuiksi.

Tiedon puute diakonisen hoitotyön sisällöstä ja periaatteista sekä ennakkoluulot kirkollista koulutusta kohtaan voivat olla esteenä diakonisen hoitotyön asiantuntijuuden tunnistamiselle ja tunnustamiselle sairaanhoidossa. Diakonisen hoitotyön koulutuksella ja osaamisella ei ole samanlaista statusta kuin esimerkiksi diabetes- tai haavahoitajan koulutuksella.

Tämän kirjan artikkeleista erityisesti Elina Turunen ja Tiina Ervelius avaavat osuvasti sairaalassa toimivien diakonissojen ajatuksia ja kokemuksia diakonisen hoitotyön asiantuntijuudesta. Mitä tapahtuisi, jos sairaanhoitaja-diakonissat voisivat osan työajastaan käyttää esimerkiksi hengellisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja sen kehittämiseen? Lisäksi heidän työnsä erityisiin painopistealueisiin voisivat kuulua potilaiden omaisten ja läheisten kohtaaminen, haavoituvimmassa asemassa olevien potilas- ja asiakasryhmien kokonaiselämäntilanteen huomioiminen ja palvelujen koordinoiminen, sairaalasta tai laitoksesta tapahtuvan onnistuneen kotiutumisen edistäminen, yhteisöllisyyden vahvistaminen sekä etiikka- ja arvokeskustelu työyhteisössä.

Joissakin tapauksissa voisi toimia erinomaisesti, että sairaalapappi toimisi kiinteästi työparina sairaalan puolesta tehtävään kiinnitetyn sairaanhoitaja-diakonissan kanssa. Voidaanko ajatella seurakunnan olevan siellä, missä sairaanhoitaja-diakonissa työskentelee? Kirkollisessa keskustelussa seurakunta mielletään lähinnä paikallisseurakunnaksi, jonka maantieteellinen alue on tiedossa. Kirkkohallituksen julkaisema missiologian tuntemusta ja osaamista tarkasteleva raportti tuo esille ajatuksen, että seurakunta on siellä, missä on sen jäseniä tai ylipäänsä ihmisiä: sairaaloissa, kouluissa, työpaikoilla. (Kirkkohallitus 2018.)

Covid-19-pandemian aika on osoittanut, että jumalanpalvelusyhteisöt voivat koota ihmisiä yli paikallisseurakuntien rajojen ja virtuaalisilla yhteisöillä voi myös olla seurakunnan tunnusmerkkejä. Seurakunnat monimuotoistuvat, ja siksi myös sairaaloissa ja muissa terveystieteiden toimintayksiköissä toteutuva sairaanhoitaja-diakonissan työ voitaisiin monin kohdin ymmärtää kirkon valtuuttamaksi diakoniseksi työksi.

Voisiko yksi tulevaisuuden näky olla, että myös kliinisessä hoitotyössä katsottaisiin olevan sellaisia henkisen ja hengellisen hädän hoitamiseen tai uskontojen

kohtaamiseen liittyviä erityistehtäviä, jotka kuuluisivat diakonian virkaan vihkimyksen piiriin? Tämä edellyttäisi vuoropuhelua ja osaamisen laaja-alaisuuden tunnustamista kirkon ja yhteiskunnan välillä.

Diakonisoilla ei välttämättä ole riittävästi mahdollisuuksia osaamisensa täysimittaiseen hyödyntämiseen sairaanhoitajan tehtävissä, mutta samanlainen tilanne voi olla myös silloin, kun sairaanhoitajakoulutuksen saanut diakonissa työskentelee seurakunnan diakoniatyössä. Lisää keskustelua ja tutkimusta tarvitaan siitä, mitä on diakonia sairaalassa ja sairaanhoito seurakunnassa. Tämän julkaisun tekstien perusteella nousee esille näkemys, että diakonissa auttaa ja tekee työtään diakonisella otteella toiminta- ja työympäristöstä riippumatta.

Seurakuntien diakoniatyön näkökulmasta diakonisen hoitotyön esiin nostaminen ja hoitotyön osaamisen merkityksestä puhuminen voi olla arka aihe. Koulutustaustat ovat diakoneilla ja diakonisoilla erilaiset, mutta työn sisältö on suurelta osin samanlainen. Onkin kysyttävä, missä määrin molemmat diakonian asiantuntijat voivat hyödyntää osaamistaan täysimittaisesti seurakuntatyössä. Eila Sainio tuo artikkelissaan esille sen, miten vahvasti seurakuntatyössä toimivat diakonissat näkevät sairaanhoidollisen osaamisen merkityksen omassa työssään. Diakonisen hoitotyön ammattilainen tunnistaa muutoksia ja hälytysmerkkejä ihmisen fyysisessä ja psyykkisessä voinnissa. Hän ohjaa terveyspalveluissa ja tukee terveellisten elintapojen noudattamisessa sekä kulkee rinnalla sairautta tai kuolemaa kohdattaessa.

Diakonisojen laaja-alaisen osaamisen hyödyntämisen esteenä voi seurakuntatyössä olla se, ettei kirkon päättäjillä ole riittävästi tietoa diakonissan osaamisen moniulotteisuudesta ja ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkityksestä. Sairaanhoitajakoulutuksen tuottama osaaminen voidaan nähdä liian kapea-alaisesti hoitotoimenpiteiden näkökulmasta, vaikka kliininen hoitotyö sisältyy vain yhtenä osaamisalueena sairaanhoitajan koulutukseen. Toisaalta kirkon tehtävä ihmisen kohtaamisessa saatetaan ajatella olevan vain hengellisten kysymysten alueella, kun taas diakoniatyössä ihminen kohdataan kokonaisvaltaisesti ja hänen tarpeistansa käsin. Ammatillisesti on raskasta, mikäli diakonissa joutuu puolustamaan ja perustelemaan oman osaamisensa merkitystä, jotta saisi mahdollisuuksia sen monipuoliseen hyödyntämiseen.

Hengellisyys osana hyvää hoitotyötä ja ihmisen kunnioittavaa kohtaamista

Hoitotyön kentällä tulisi rikkoa suomalaiselle kulttuurille ominaista ajattelutapaa, jossa uskonto nähdään yksityisasiaksi. Asennemuutokseen voisi auttaa spirituaaliteetin ymmärtäminen sekä hengelliseksi että henkiseksi. Myös uskonnon ihminen voi olla hengellinen ja tarvita tukea elämän tarkoituksen ja merkityksellisyyden pohdintaan. Sairaalahoidossa kohdattavien kulttuurinen ja uskonnollinen tausta ja uskonnolliset kysymykset ovat yhä moninaisempia. Siksi tarvitaan myös uskontolukutaitoa. Monissa muissa maissa ollaan näiden kysymysten kohtaamisessa Suomea pidemmällä.

Kansainvälinen keskustelu hengellisyyden integroimisesta luontevaksi osaksi terveydenhuoltoa on vahvistunut viime vuosina. Samalla kun pyritään sosiaali- ja terveyspalveluiden saumattomampaan integroimiseen, tulisi palvelujärjestelmässä huomioida myös asiakkaan tai potilaan hengellisten tarpeiden näkökulma. Tämä voisi tarkoittaa hoitotilanteessa myös ihmisen henkisten ja hengellisten tarpeiden järjestelmällistä kartoittamista ja yhtenäisiä oikeuksia hengelliseen hoitoon kaikille sitä tarvitseville. (Karvinen 2018.)

Henkisten ja hengellisten kysymysten huomioiminen hoitotyössä on osa potilaan eettisesti hyvää hoitoa. Henkiset ja hengelliset asiat ovat usein kietoutuneina elämän muihin kysymyksiin, eivätkä ne välttämättä tule kohtaamisissa ensimmäisinä esille. Ne voivat nousta esille vähitellen luottamuksen rakentumisen myötä erilaisten hoitollisten kohtaamisten yhteydessä. Siksi työntekijällä tulee olla spirituaalista herkkyyttä tunnistaa ja rohkeutta vastata myös ihmisen hengellisiin tarpeisiin.

Hengellinen terveys ja hyvinvointi vahvistavat kokonaisuhyvinvointia erityisesti elämän muutostilanteissa. Ne tukevat selviytymistä ja helpottavat sopeutumista sekä tuovat turvaa, tasapainoa, toivoa ja lohtua. Hengellisyydellä voi olla potilaan resilienssiä vahvistava merkitys.

Potilaan henkisen ja hengellisen tuen tarpeisiin vastaaminen voi olla läsnäoloa ja kuuntelua tai vastavuoroista keskustelua ja lohduttamista, jossa on mukana myös uskonnollisia elementtejä. Virpi Sipilä tuo artikkelissaan esille konkreettisia vakaumuksen tukemiseen liittyviä toimintamalleja. Keskeistä on se, että henkisen ja hengellisen hoidon ja potilaan oman vakaumuksen huomioimisen lähtökohdina ovat potilas ja hänen tarpeensa. Siksi hoitajalla tulee olla valmiudet potilaan tukemiseen riippumatta hänen omasta vakaumuksestaan.

Useissa tämän kirjan artikkeleissa on diakonisen hoitotyön keskeisenä sisältönä kuvattu hengellisyyttä ja hengellisen auttamisen menetelmiä. Sairaanhoidaja-dia-

konissojen hengellisen hoidon erityisosaaminen näkyy uskonnollisten kysymysten tuntemisena sekä kykynä kohdata erilaisia katsomuksia sekä Jumalaan ja näky-mättömään todellisuuteen liittyviä kysymyksiä. Se on rohkeutta keskustella elä-män rajallisuudesta ja kuolemasta sekä olla pakenematta vaikeissa tilanteissa. Joskus tarvitaan myös kykyä pysähtyä ihmisen rinnalle vain olemaan hiljaa läsnä.

Diakoniseen hoitotyöhön sisältyvä hengellisyys on hienovaraista ja toisen va-kaumusta kunnioittavaa. Siihen ei sisälly tuputtamista tai kikkailua teologisilla käsitteillä. Se voi olla arkista työn lomassa tapahtuvaa, kontekstuaalista, kanssa- ja rinnalla olevaa ja usein enemmän kysyvää kuin toisen puolesta tietävää. Kirkon työntekijöitä ohjaavat hengellisen turvallisuuden periaatteet korostavat sensitiivis-tä kohtaamista, jossa tulee välttää kaikkea sellaista puhetta, josta voi kuulla hyl-käämistä, tuomiota tai torjutuksi tulemistä (Turvallinen seurakunta 2018).

Oma vakaumus ja kutsumus osana ammatillisuuden kehittymistä

Diakonista hoitotyötä tekevän ammattilaisen auttamistyötä ohjaavat työhön liit-tyvät säädökset ja ohjeet, mutta taustalla vaikuttavat myös työntekijän henki-lökohtaiset arvot ja oma vakaumus. Hoito- ja diakoniatyöhön hakeutumisen motiivina on usein halu auttaa ja tarve tehdä merkityksellistä työtä. Monella dia-konissaksi opiskelleella lähimmäisyyteen ja diakoniseen ajatteluun kasvaminen al-kaa jo lapsuudessa vanhempien toimintaa seuraamalla, koettuja epäkohtia vastaan kapinoimalla tai heikompia puolustamalla. Hoitotyöhön tai diakoniatyöhön ha-keutuneet kokevat harvoin päätyneensä alalle täysin sattumalta. Useammin alalle kouluttautuminen ja työuralla eteneminen nähdään kutsumuksena ja johdatuk-sena. (Rättyä 2010; 2016.)

Kaikilla diakonissa-koulutukseen hakeutuvilla ei kuitenkaan välttämättä ole selkeää motivaatiota kirkon työhön, jolloin oman paikan etsiminen voi tuottaa opintojen aikana kipuilua ja ristiriitaisia tunteita. Opiskelija voi kysellä hengellisyytensä riittävyyttä tai uskonnollisuutensa kelpaavuutta. Hän voi myös kokea hämmentävänä sen, miten ristiriitaiselta kirkon toiminta näyttää mediassa. Se voi saada miettimään omaa halua sitoutua kirkon työhön.

Kutsumus voi rakentua monella tavalla ja vähitellen osana ammatillisuuden kehittymistä. Välttämättä ammatillinen kiinnostus, kutsumuksen seuraaminen tai uralla eteneminen ei ole suoraviivaista vain joko kirkon työhön tai vain hoito-työhön suuntautuvaa. Liikettä alojen välillä voi tapahtua molempiin suuntiin sekä koulutuksen että myöhemmin työuran aikana.

Johdatukseen luottaminen voi antaa tunteen siitä, että saa olla ja tehdä työtä omalla paikallaan. Kutsumus voi puolestaan auttaa alalle suuntautumista, siinä jaksamista ja tehtävään yhä uudelleen motivoitumista. Työssä saa palvella sillä paikalla, johon kutsumus on johdattanut. Kutsumus ja johdatus voivat kantaa teki-jäänsä erityisesti vaikeissa ja haasteellisissa tehtävissä. Ne voivat antaa levollisuutta erilaisiin kohtaamistilanteisiin ja rohkeutta ottaa vastaan työtehtäviä oman mukavuusalueen ulkopuolelta. Oma vakaumus ja hengellinen elämä voivat olla merkittävä voimavara työssä jaksamiselle.

Diakonissan asiantuntijuus tulevaisuuden palveluksessa

Sekä Mikko Malkavaaran että Helena Kotisaloon artikkelit kuvaavat, miten sekä diakonissojen työ että siihen johtava koulutus ovat historian aikana olleet jatkuvassa vuoropuhelussa yhteiskunnallisen todellisuuden ja työelämässä ilmenevien muutostarpeiden kanssa. Kun ensimmäinen diakonisoja kouluttavat laitos perustettiin Suomessa yli 150 vuotta sitten, elettiin keskellä nälkäkatastrofia ja sitä seuranneita kulkutauteja ja sosiaalisia ongelmia. Koulutetut diakonissat saivat valmiuksia vastata inhimilliseen hätään. He työskentelivät sairaaloissa ja kodeissa ja tarttuivat toimeen erityisesti heikoimmassa asemassa olevien olojen kohentamiseksi. (Helsingin Diakonissalaitos 1929, 19–26.)

Sairaanhoidaja-diakonissojen koulutus luo valmiuksia poikkeusoloissa työskentelyyn, kriiseissä ja katastrofeissa auttamiseen samoin kuin vakavan sairauden ja kuoleman kohtaamiseen. Tilanteesta riippuvan, kontekstuaalisen ja joustavan auttamisen ehdot täyttyvät tällaisessa työtöteessä.

Tällä hetkellä korkeakoulutusta koskevat visiotyöskentelyt korostavat, että ammatillisen korkeakoulutuksen tehtävänä on vastata työelämän tarpeisiin ja yhteiskunnalliseen muutokseen. Ammatillisilta edellytetään valmiuksia paitsi jatkuvien muutosten kohtaamiseen, myös uusien ratkaisujen etsimiseen. Tilanteet työelämässä voivat muuttua nopeasti ja ennakoimattomastikin, kuten covid-19-pandemia on osoittanut.

Diakonissakoulutus on tarjonnut koko historiansa ajan valmiuksia muutosten kohtaamiseen ja ihmisen hyvinvointia tukevien ratkaisujen etsimiseen. Diakonissassa lähestymistavassa otetaan huomioon kaikkein heikoimmassa asemassa olevat, vaalitaan ihmisyyttä, armollisuutta ja toivoa ja mennään rohkeasti eteenpäin kohti tuntematonta. Samaan aikaan kun yhteiskunnassa ja kirkossa kehitellään uusia digitaalisia sovelluksia ihmisten kohtaamisen ja auttamisen tueksi, pohdi-

taan myös, miten tavoitetaan niitä, joiden digitaidot eivät riitä tai joilla ei ole digitaalisia välineitä.

Opetus- ja kulttuuriministeriön ennakointityöskentelyn tulosten mukaan terveysalan tärkeimpiä osaamistarpeita seuraavan 15 vuoden aikana ovat muun muassa monikulttuurisuus- ja suvaitsevaisuustaidot, yhteistyötaidot, vuorovaikeutus-, viestintä- ja kommunikointitaidot, asiakaslähtöinen palvelujen kehittämisaaminen, eettisyys, tunneälykkyys sekä kestävän kehityksen periaatteiden tuntemus. (Opetushallitus. Palvelut. Tietopalvelut. Ennakointi. Ennakointituloksia.) Nämä kaikki teemat sisältyvät myös nykyiseen diakonissakoulutuksen opetussuunnitelmaan.

Koska opinnot toteutuvat osittain myös monialaisina, työelämälähtöisinä toteutuksina, ne antavat hyvät valmiudet eri alojen välisillä yhdyspinnoilla työskentelemiseen sekä verkosto-, kumppanuus ja sidosryhmäosaamiseen. Myös tämän tyyppinen osaaminen nousee esille opetushallituksen ennakointityöskentelyjen tuloksissa

Sekä sairaanhoitaja-diakonissan koulutus että mahdollisesti taustalla oleva oma vakaumus vahvistavat työntekijän spirituaalista herkkyyttä. Se auttaa näkemään asioiden syvempiä merkityksiä ja olemaan avoin hengellisille, uskonnollisille ja elämän tarkoitukseen liittyville kysymyksille. Myös silloin kun hengellisistä kysymyksistä ei puhuta, voi autetuksi tuleminen merkitä kokemusta Jumalan läsnäolosta, siunauksesta ja elämän merkityksellisyydestä.

Professori Arto O. Salosen (2020) mukaan suomalaisessa yhteiskunnassa seuraavana haasteena on löytää elämä, jolla on tarkoitus. Vaurauden tavoittelun sijaan keskiöön nousee mielekäs elämä, jossa jokainen voi kokea itsensä arvokkaaksi ja merkitykselliseksi. Diakonisessa kohtaamisessa pyritään siihen, että ihminen tulee nähdyksi ja kuulluksi – rakastetuksi. Tällainen kohtaaminen voi synnyttää kokemuksen merkityksestä myös tilanteissa, joissa ihminen on haavoittunut ja hauras.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

- Helsingin Diakonissalaitos. (1929). *Sisarillemme. Helsingin diakonissalaitoksesta*. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos.
- Karvinen, I. (2018). Hengellisen hoitotyön kehittäminen liikkeessä. *Diakonia+*. Saatavilla 21.5.2020 <https://www.diakoniaplus.fi/hengellisen-hoitotyon-kehittaminen-liikkeessa/>
- Kirkkohallitus (2018). Helsinki: Kirkkohallitus. Saatavilla *Kaikkialta kaikkialle – kirkon missio nyt. Missiologian tuntemus ja osaaminen kirkon työssä*. <https://julkaisut.evl.fi/catalog/Tutkimukset%20ja%20julkaisut/r/1486/viewmode=infoview>
- Opetushallitus. Palvelut. Tietopalvelut. Ennakointi. Ennakointituloksia. Saatavilla 22.5.2020: <https://www.oph.fi/fi/palvelut/ennakointituloksia>
- Rättyä, L. (2010). *Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan*. Lisensiaatintutkimus. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Rättyä, L. (2016). *Diakonisen spiritualiteetin tiellä. Diakoniatyöntekijöiden ja pappien käsitykset spiritualiteetin muotoutumisesta, sisällöstä ja yhteydestä diakoniaan Oulun hiippakunnassa*. Pro gradu -tutkielma. Käytännöllinen teologia. Helsingin yliopisto.
- Salonen, A. (2020). Suomalaiset heräsimme kysymään, miksi elämme – vaurauden tavoittelu on kääntynyt ihmistä vastaan, väittää professori Arto O. Salonen. *Kirkko ja kaupunki*. Saatavilla 21.5.2020 <https://www.kirkkojakaupunki.fi/-/vaurauden-tavoittelu-on-kaantynyt-ihmista-vastaan-vaittaa-professori-arto-o-salonen-#40329bad>
- Turvallinen seurakunta (2018). Suomen evankelis-luterilaisen kirkon julkaisuja. Saatavilla 21.5.2020 <https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/kasvatus/turvallinen-seurakunta>

ARTIKKELEIDEN KIRJOITTAJAT

Gothóni Raili, TT, dosentti, Helsingin yliopisto

Ervelius Tiina, TtM, sairaanhoitaja, lehtori, Diakonia-ammattikorkeakoulu

Heikkilä-Tyni Mirva, TtM, TM, sairaanhoitaja-diakonissa, lehtori,
Diakonia-ammattikorkeakoulu

Huhtamella Anu, sairaanhoitaja-diakonissa, teologian kandidaatti, Inarin
seurakunta/Pohjois-Lapin seurakuntayhtymä

Hökkä Minna, sairaanhoitaja-diakonissa, sairaanhoitaja (YAMK), TtM, TtT-
opiskelija, lehtori, Kajaanin Ammattikorkeakoulu

Kajander-Unkuri Satu, TtT, yliopettaja, Diakonia-ammattikorkeakoulu

Karhula Anja, sairaanhoitaja-diakonissa, saamelaisdiakonissa, Inarin
seurakunta (Pohjois-Lapin seurakuntayhtymä)

Karppinen Kirsi, TtM, diakonissa, lehtori, Diakonia-ammattikorkeakoulu

Kontsas Paula, sairaanhoitaja-diakonissa, terveydenhoitaja,
kansanterveyshoitaja, Ivalon terveyskeskus

Kotisalo Helena, TtM, SHJ, sairaanhoitaja-diakonissa, lehtori,
Diakonia-ammattikorkeakoulu

Kuikka Mirva, diakonissa, työnohjaaja, työyhteisökonsultti,
hiippakuntasihtööri, Oulun hiippakunnan tuomiokapituli

Malkavaara Mikko, TT, dosentti, yliopettaja, Diakonia-ammattikorkeakoulu

Mikkonen Heli, sairaanhoitaja (YAMK), apulaisosastonhoitaja, HUS
Palliativinen keskus

Natri Pirkko, sairaanhoitaja-diakonissa, TtM, lehtori,
Diakonia-ammattikorkeakoulu

Rantakeisu Maritta, sairaanhoitaja-diakonissa, sairaanhoitaja, Rajavartiolaitos

Rinta-Panttila Kirsti, sairaanhoitaja-diakonissa, työnohjaaja ja
yhteisökouluttaja, johtava diakonissa, Helsingin Diakonissalaitos

Rundgren Marjo, sairaanhoitaja-diakonissa, sosionomi (YAMK), perheneuvoja,
Rovaniemen seurakunta

Rättyä Lea, TtT, TM, diakonissa, asiantuntija TKI,
Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sainio Eila, KM, diakonissa, lehtori, Diakonia-ammattikorkeakoulu

Suurto Ulla, VTT, diakoni, AmO, asiantuntija, Kirkkohallitus

Sipola Virpi, sairaanhoitaja-diakonissa, TM, TtM, Sielunhoidon johtava
asiantuntija, Kirkkohallitus, Kirkon diakonia ja sielunhoito

Diak

Taipale Ulla, sairaanhoitaja-diakonissa, kätilö, työnohjaaja,
maahanmuuttajatyöntekijä, Lahden seurakuntayhtymä

Thitz Päivi, YTT, diakoni, lehtori, Diakonia-ammattikorkeakoulu

Turunen Elina, TtT, sairaanhoitaja-diakonissa, Savonia-ammattikorkeakoulu

Valtonen Minna, TT, pastori, yliopettaja, Diakonia-ammattikorkeakoulu

Viitala Riina, TtM, terveydenhoitaja, diakonissa, johtava diakoniatyöntekijä,
Tampereen Harjun seurakunta

Viljanen Taina, diakonissa, psykiatrinen sairaanhoitaja, terveydenhoitaja,
ulkomaalaistyöntekijä, Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymä

Ärling Mertsi, ensihoitaja, sairaanhoitaja-diakonissa (YAMK), AmO,
Diakonia-ammattikorkeakoulu

DIAK OPETUS

DIAK OPETUS -sarjassa julkaistaan pedagogista kehittämistä kuvaavia julkaisuja, oppimateriaaleja, oppaita ja työkirjoja.

Diak Opetus 1: Raili Gothóni, Anna Liisa Karjalainen, Paula Koistinen & Marjo Kolkka (toim.) 2015. DIAKpedalla asiakaslähtöisyyttä, reflektiivisyyttä ja digitaalisuutta

Diak Opetus 2: Raili Gothóni, Susanna Hyväri, Karjalainen, Anna Liisa, Kivirinta, Mervi & Päivi Vuokila-Oikkonen (toim.) 2016. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas

Diak Opetus 3: Raili Gothóni, Anna Liisa Karjalainen, Paula Koistinen & Marjo Kolkka (toim.) 2016. Osallistavaa oppimista ja kehittämistä

Diak Opetus 4: Mervi Kivirinta, Marianne Nylund and Olli Vesterinen (eds.) 2018. Community-Based Participatory Research (CBPR): Guide

Diak Opetus 5: Anna Liisa Karjalainen & Kristiina Wallenius-Penttilä (toim.) 2020. Eri tavoin kommunikoivien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalan töissä

Diak Opetus 6: Päivi Thitz, Mikko Malkavaara, Lea Rättyä ja Minna Valtonen (toim.) 2020. Diakonisen hoitotyön perusteet ja käytäntö

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJEN KRITEERIT

DIAK TUTKIMUS -sarjassa julkaistaan uutta ja innovatiivista tietoa tuottavia tieteellisiä tutkimuksia Diakonia-ammattikorkeakoulun opetus-, tutkimus- ja kehittämistoiminnan alueilta. Julkaisut ovat monografioita tai artikkelikokoelmia.

Diakin ulkopuolisen referee-arvioijan lisäksi sarjassa julkaistavan tutkimuksen lukee diakilainen tutkijakoulutuksen saanut lukija. Sarjaan voivat tarjota julkaisuja sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun omat työntekijät että ulkopuoliset kirjoittajat.

DIAK TYÖELÄMÄ -sarjassa julkaistaan tutkimus- ja kehittämisraportteja sekä opinnäytetöitä, jotka ovat tuottaneet innovatiivisia ja merkittäviä työelämää kehittäviä tuloksia. Sarjaan voivat tarjota julkaisuja Diakin työntekijät, opinnäytetyöntekijät ja ulkopuoliset kirjoittajat.

DIAK PUHEENVUORO -sarjassa julkaistaan Diakonia-ammattikorkeakoulun temaattisia puheenvuoroja, kehittämisraportteja, erilaisia selvityksiä sekä opinnäytetöitä.

DIAK OPETUS -sarjassa julkaistaan pedagogista kehittämistä kuvaavia julkaisuja, oppimateriaaleja, oppaita ja työkirjoja.

Julkaisut ovat luettavissa avoimesti verkossa ammattikorkeakoulujen Theseus-julkaisuarkistossa.

ISBN 978-952-493-366-7 (painettu)

ISSN 2343-2225 (painettu)

ISBN 978-952-493-367-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 2343-2233 (verkkojulkaisu)

DIAKONISESSA HOITOTYÖSSÄ edistetään kokonaisvaltaisesti terveyttä ja hyvinvointia sekä vahvistetaan toivon näköaloja ja ihmisen omia voimavaroja. Tässä julkaisussa kuvataan diakonisen hoitotyön perusteita ja käytäntöjä terveydenhuollon ja kirkon työssä. Julkaisu soveltuu niin opiskelijoiden kuin työelämässä toimivien luettavaksi.

Kirja etenee diakonisen hoitotyön historian, käsitteiden määrittelyn, koulutuksen ja erilaisten urapolkujen kautta diakonisen hoitotyön monipuolisiin käytännön kuvauksiin erilaisissa hoito- ja diakoniatyön toimintaympäristöissä ja kohtaamistilanteissa.

Julkaisussa pohditaan koulutuksen antaman kaksoiskelpoisuuden merkitystä, hyödyntämismahdollisuuksia ja tulevaisuuden näkymiä. Miten diakonisen hoitotyön osaaminen tunnustetaan ja tunnustetaan? Miten osaamista voidaan hyödyntää terveydenhuollossa ja seurakunnissa parhaalla mahdollisella tavalla? Näihin kysymyksiin tämä julkaisu etsii vastauksia.

Kirjan kirjoittajat ovat diakonian eri alojen ja erityisesti diakonisen hoitotyön asiantuntijoita kirkon, seurakuntien ja yhteiskunnan sekä sairaanhoidon ja koulutuksen saralta.