



Sielunhoito selviytymisen tukena sairaudessa ja kriiseissä

Kyselytutkimus terveydenhuollon
potilaille ja työntekijöille

Johanna Räsänen

Lapsilleni

*Susannalle
Henriikalle
Markukselle
Mariannalle
Auroralle*

TIIVISTELMÄ

Suomalaista hyvinvointivaltiota rakennettaessa pidettiin tärkeänä, että kaikki kansalaiset kuuluvat samojen palvelujärjestelmien piiriin. 1990-luvun lama aiheutti kuitenkin tarveharkinnan ja selektiivisyyden lisääntymistä sosiaalipolitiikan eri alueilla. Ihmisten toimintaympäristöt ovat muuttuneet ja tällä on ollut vaikutusta myös monien yksilötason ongelmien syntyyn. Kaikille kansalaisille ei enää välttämättä pystytä takaamaan samoin perustein terveydenhuollon piiriin kuuluvia palveluita. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sielunhoidollisten palveluiden tarvetta ja mahdollisuuksia terveydenhuollon potilaiden keskuudessa.

Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää seuraavia kysymyksiä: 1) Minkälaisia kokemuksia ja odotuksia terveydenhuollon potilailla on sielunhoidosta? 2) Millaisena terveydenhuollon työntekijät näkevät potilaiden sielunhoidon tarpeen? 3) Missä määrin sielunhoito on selviytymistä (coping) ja elämänhallintaa vahvistava tekijä? Kyselytutkimukseen vastasi 790 yksityisiä terveydenhoitopalveluita käyttävää potilasta ja 200 työntekijää vuonna 2001. Potilaiden vastausprosentti oli 73 ja työntekijöiden 66.

Vastaajien käsitykset sielunhoidosta olivat hyviä, sekä potilaista että työntekijöistä lähes kaikki kuvasivat sielunhoitoa myönteisillä määritelmillä. Potilaista yhdeksän kymmenestä uskoi, että sielunhoidolle olisi tarvetta terveydenhuollossa. Potilaista kolmasosa arveli myös itse käyttävänsä sielunhoidon palveluita ja heistä reilu kymmenesosa olisi kaivannut sielunhoidollista tukea itselleen tutkimushetkellä. Sielunhoidolla nähtiin olevan oma tilansa ja tehtävänsä terveydenhuollon kentässä.

Potilaiden ja työntekijöiden käsitykset siitä, mistä sielunhoidossa tulisi voida keskustella, erosivat toisistaan erittäin paljon. Työntekijöiden mukaan sielunhoitajan kanssa voidaan keskustella hyvin erilaisista potilaiden elämään liittyvistä asioista ja ongelmista. Potilaiden mielestä sielunhoidossa tulisi voida keskustella etenkin sairaudesta ja kuoleman kohtaamisesta. Myös menetyksistä ja erilaisista elämänkriiseistä ja ongelmista tulisi voida puhua usein. Potilaat uskovat sielunhoitajalla olevan asiantuntemusta etenkin sairauden, kuoleman, menetysten ja erilaisten elämänkriisien kohtaamisessa. Potilaista yli puolet halusi itselleen ammatillista sielunhoitoa, jolla tarkoitettiin papin tai diakonin/diakonissan kanssa tapahtuvaa sielunhoitosuhdetta.

Tutkimuksen mukaan sielunhoito tukee terveydenhuollon potilaiden selviytymistä sairaudessa ja kriiseissä. Kyseessä ei ole kuitenkaan potilaiden ainut coping-strategia. Sielunhoito voi olla myös ihmisen elämänhallinnan tunnetta vahvistava tekijä.

Henkisen tuen saannille ja keskustelulle on tyydyttämätöntä tarvetta terveydenhuollon potilaiden keskuudessa. Sielunhoidon lähestymistavan ja menetelmien integrointi terveydenhuoltoon, sen hierarkian kaikille tasoille, olisi hyvä toteuttaa nykyistä laajemmin. Näin sielunhoito ja sielunhoidollisen tarpeen arviointi voisi olla normaali osa potilaan kokonaisuhoitoa.

SISÄLLYS

1. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET	5
1.1. Tutkimuksen tausta	5
1.2. Tutkimuksen tehtävät ja tavoite.....	6
1.3. Suomalaisten terveys ja sairastavuus	7
1.4. Yhteiskuntarakenteen muutokset	9
1.5. Aihetta sivuava aiempi tutkimus	12
2. SELUNHOIDON MERKITYS SELVIYTYMISELLE	17
2.1. Coping.....	17
2.2. Elämänhallinta	21
2.3. Selunhoidon antama tuki elämään	25
3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	30
3.1. Tutkimusaineistot.....	30
3.1.1. Potilaskysely.....	30
3.1.2. Työntekijäkysely	34
3.1.3. Haastattelut.....	35
3.2. Mittarien laadinta ja muodostaminen	35
3.3. Tutkimusmenetelmät.....	37
3.4. Tulosten luotettavuus ja yleistettävyys	38
4. SELUNHOITO SAIRAUDESSA JA KRIISISSÄ	42
4.1. Potilaiden ja työntekijöiden käsitykset selunhoidosta	42
4.2. Hoitokäynnin ja selunhoidollisen keskustelun aihealueet.....	45
4.3. Potilaiden selunhoidon tarve	51
5. SELUNHOIDON KOKEMUKSET JA TOIVEET	58
5.1. Potilaiden kokemukset selunhoidosta	58
5.1.1. Aiemmat kokemukset.....	58
5.1.2. Tämän hetken odotukset.....	59
5.2. Ammatillinen ja laaja-alainen selunhoito.....	64
5.3. Hyvän selunhoitajan ominaisuudet	67
5.3. Selunhoitotyön kehittäminen.....	71
6. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	76
6.1. Yhteenveto	76
6.2. Johtopäätökset	81
7 KIRJALLISUUS.....	84

1. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET

1.1. Tutkimuksen tausta

Tutkimuksen taustalla on Helsingin Diakonissalaitoksella käynnistynyt sielunhoidon tutkimusprojekti, jossa olin mukana tutkijana seitsemän kuukautta vuonna 2002. Projektin tavoitteena oli sielunhoidon tarpeen ja tarvittavien resurssien kartoitus sekä sielunhoidon kokonaissuunnitelman laatiminen. Tutkimuksen lähtökohtana oli havainto siitä, että sielunhoidon merkitys ja tarve kokonaishoidossa oli ollut kasvussa sekä terveydenhuollossa että sosiaalitoimen ja diakonian osa-alueilla. Muun muassa Diacor Terveyspalvelut Oy:n¹ työterveyshuollon asiakkailta oli tullut kyselyitä papin palveluista.

Tutkimushetkellä sielunhoitotyöhön oli yhteisöpalveluissa varattu kaksi virkaa; papin ja diakonissan.² Diacorin lääkäriasemien määrä oli tutkimuksen ajankohtana 12, tutkimusyksikköjä oli 3 ja sairaalaan kuului 2 osastoa ja poliklinikka. Diakonissalaitoksen sosiaalitoimen alueeseen sisältyi tuolloin puolestaan vireillä olevia diakoniaprojekteja 11, muita projekteja 3, huume- ja mielenterveystyö käsitti 5 eri toimintayksikköä, lapsi- ja perhetyö 17 toimipistettä, vanhustyö 6 yksikköä ja yhdyskuntatyö 5 yksikköä.³ Näistä Diacorin ja Diakonissalaitoksen yksiköistä tutkimukseen valittiin yhteensä 12 eri kohdetta, joissa asiakaskysely tehtiin. Työntekijäkysely lähetettiin joka toiselle Diacorin ja Diakonissalaitoksen työntekijälle.

Helsingin Diakonissalaitoksen toiminta alkoi vuonna 1867.⁴ Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö omistaa Diacorin. Vuosi 2001 oli Diacorin 32. toimintavuosi. Diacor on yksi pisimpään toimineista yksityisistä terveydenhuollon palvelutuottajista. Helsingin Diakonissalaitokselle vuosi 2001 oli puolestaan säätiön 134.

1 Jatkoissa Diacor Terveyspalvelut Oy:stä käytetään nimeä Diacor.

2 Papin virasta oli kevään 2001 aikana täytetty vain 50 %.

3 Vuonna 2001 valmistui Diacorin 12 lääkäriasema Espooseen, Kauppakeskus Isoon Omenaan. Diacor 2001, 3.

4 Helsingin Diakonissalaitos vihittiin käyttöön 17.12.1867. Helsingin Diakonissalaitos 130 vuotta, esite; Kansanaho 1967, 27–36. Ks. myös Mäkisalo 1992, 15–19.

toimintavuosi. Helsingin Diakonissalaitoksen nykyisiä arvoja ovat asiakaslähtöinen lähimmäisyys, uudistuminen, ympäristö ja yhteiskunta sekä oma historia (Toimintasuunnitelma ja talousarvio vuodelle 2002, 1). Diacorin arvoina mainitaan puolestaan asiakaslähtöinen lähimmäisyys, uudistuminen, ympäristö ja yhteiskunta sekä esimerkillisyys.⁵

Kiitän tutkimukseeni saamasta avusta Diakonissalaitoksen ja Diacorin henkilökuntaa. Eri tahoilta saamastani hyödyllisestä palautteesta kiitän sydämellisesti professori Juhani Laurinkaria, TT, PsM Pirjo Hakalaa, TL Matti-Pekka Virtaniemeä, TT Hannu Sorria, VTL Pyy-Matti Vasamaa, tutkimusassistentti Risto Nissilää, tutkimusprofessori Timo Klaukkaa, professori Aulikki Nissistä ja tutkimusprofessori Raimo Raitasaloa. Lapseni Susanna (14 v), Henriikka (12 v), Markus (10 v), Marianna (3 v) ja Aurora (9 kk) ovat antaneet minulle paljon iloa ja energiaa tutkimuksen tekoon ja sen loppuun saattamiseen.

1.2. Tutkimuksen tehtävät ja tavoite

Tähän tutkimukseen on alkuperäisestä laajasta materiaalista valittu terveydenhuollon sielunhoitoa koskeva osuus.⁶ Tutkimuksen tehtävänä on selvittää seuraavia kysymyksiä terveydenhuollon potilaiden ja työntekijöiden keskuudessa:

- 1) Minkälaisia kokemuksia ja odotuksia potilailla on sielunhoidosta?
- 2) Millaisena terveydenhuollon työntekijät näkevät potilaiden sielunhoidon tarpeen?
- 3) Missä määrin sielunhoito on selviytymistä (coping) ja elämänhallintaa vahvistava tekijä?

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on tarkoitus pohtia, onko sielunhoidollisille palveluille tarvetta terveydenhuollon kentässä. Jos sielunhoito tukee ihmisen päivittäistä selviytymistä, saattaa keskusteluapu ehkäistä vakavampien ongelmien kehittymistä yksilötasolla ja pienentää siten jossain määrin julkisen sektorin terveydenhuollon kustannuksia. Tämän vuoksi on ensin selvitettävä sielunhoidon merkitys työntekijöille sekä terveydenhuollon palveluita käyttäville. Potilaille ja työntekijöille tehdyn kyselytutkimuksen tulosten avulla on mahdollista jatkossa

5 Diacorin Vuosikertomus 1998; Arvot (Diacorin esite). Diacorin toimitusjohtajan Pirjo Tiirin mukaan arvot ovat ohjanneet Diacorin käytännön toimintaa ja aivan viime aikoina myös suuret yritysasiakkaat ovat löytäneet ne. Vielä muutama vuosi sitten arvoista puhuminen ei ollut asialistalla yhteistyökumppaneita valittaessa, mutta nykyään ne otetaan esille. Diacor 2002, 6.

6 Tein aiheesta loppuvuodesta 2002 tutkimusraportin Diakonissalaitokselle. Ks. Räsänen 2002.

kehittää sielunhoitopalveluja sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon parissa.

1.3. Suomalaisen terveys ja sairastavuus

Potilaan asemasta ja oikeuksista terveyden- ja sairaanhoidossa on määritelty laissa. Tämän lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Suomen terveydenhuollon lähtökohtana on ollut julkisen verorahoituksen turvin ylläpidettävä palvelujärjestelmä, jossa kaikille suomalaiselle taataan tasa-arvoinen mahdollisuus hyvään hoitoon. Viime vuosien kehitys on johtanut tilanteeseen, jossa tämän periaatteen toteuttaminen on hankaloitunut. (Terveyden ja sairauden valinnat 1997, 7, 57.) Kolmenkymmenen OECD-maan joukossa Suomen terveysmenojen bruttokansantuoteosuus on yhdeksänneksi pienin. Suomalaisen terveydentila on kuitenkin hyvä verrattuna muihin maihin. (Suomalaisen terveys keskitasoa parempi, vaikka menot pienet 2003.)

Sairastavuus on yksi keskeisistä väestön terveyden ja hyvinvoinnin kuvaajista ja sillä on merkittäviä heijastuksia myös terveydenhuollon toimintaan. Viime vuosina terveytensä hyväksi tai melko hyväksi tunteneiden osuus on ollut 60–70 %. Suomalaisen sairastavuus vaihtelee sosioekonomisen aseman perusteella. Paremmin koulutetut ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat sairastavat vähemmän kuin huonommassa asemassa olevat. Melkoinen osa sosioekonomisista terveyseroista aiheutuu terveyskäyttäytymisen eroista. Paremmin koulutettujen ja aktiivien ihmisten mahdollisuudet omaksua terveyttä edistävät käyttäytymismallit ovat selvästi paremmat kuin huonommin koulutettujen ja passiivisten. (Sosiaali- ja terveyskertomus 2000, 20, 29.)⁷ On arveltu, että alempien koulutus- ja sosiaaliryhmien suurempi sairastumisalttius johtuisi osin siitä, että näihin ryhmiin kuuluvilla ihmisillä on vähemmän mahdollisuuksia hallita ja kontrolloida oman elämänsä kulkua. Heidän elämäntilanteensa olisi näin ollen heikompaa kuin korkeammin koulutuilla ja ylemmillä sosiaaliryhmillä. (Kansanterveystiede 1998, 164.)

Suomalaiset ovat olleet 1990-luvun lamavuosista huolimatta melko tyytyväisiä julkisen sektorin terveydenhuoltopalveluihin (Sosiaaliturvan suunta 2002, 143–144; Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta 2001, 19). Julkinen sektori ei pystyne kuitenkaan vastaamaan kaikkeen kysyntään ja kansalaisten kriittisyys ter-

7 Ks. myös esim. Lindholm 2001, 67–68, 86–89; Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys 2000, 11; Terveys ja toimintakyky Suomessa 2002, 130, 135; Karisto 2000, 211–212; Okkonen 2000, 94; Suomalaisen terveys ja terveyspalveluiden käyttö 1998, 23, 31; Marski 1996, 26, 28–29.

veyspalveluihin lisääntynee. Tähän viittaa se, että vain osa todellisesta kysynnästä tulee julkisen palvelujärjestelmän piiriin ja siitäkin vain osa johtaa hoitosuosituksen mukaisiin toimiin (Kokko 2002, 56–58). Lisäksi sairaaloiden sairaansijat ovat laskeneet selvästi 1980-luvun tasosta (Suomen tilastollinen vuosikirja 2004, 487). Nykytilanne on myös synnyttänyt kansalaisten elämään ja hyvinvointiin tilanteita, joita voidaan pitää kohtuuttomina (Metteri 2004, 43–71).

Stressioireita ilmeni vuonna 2000 enemmän kuin vuonna 1995. Elämä koetaan useimmiten kuitenkin hyvänä. Silti noin 10 % kansalaisista piti elämänsä mielekkäänä ainoastaan joskus tai ei milloinkaan. Ihmisen hyvinvoinnille näyttää olevan merkitystä myös sillä, onko hänellä luotettavaa läheistä vai ei. Runsaalle 12 % kansalaisista yksinäisyys on viikoittaista tai jopa päivittäistä. Noin 6 % vastaajista ilmoitti, ettei heillä ole lainkaan luotettavaa keskustelukumppania. (Lindholm 2001, 67–68, 86–87, 89.) Väestön määrän kasvun ja ikärakenteen vanhenemisen takia on selviä viitteitä siihen, että hoitotarve tulee tulevaisuudessa kasvamaan (Terveys ja hoidontarve Uudellamaalla 1999, 147). Tyydyttymätöntä hoidon tarvetta ilmenee myös kansalaisten omissa arvioissa, sillä lääkärinhoidon tarpeessa olevista henkilöistä kolmasosa ei saanut mielestään riittävästi hoitoa (Terveys ja toimintakyky Suomessa 2002, 133). Kroonisten kansantautien riskitekijöinä tunnetut elintavat ovat kuitenkin pitkällä aikavälillä kehittyneet pääosin myönteiseen suuntaan työikäisten keskuudessa (Suomalaisen aikuisväestön terveystyö ja terveys 2004, 11).

Ihmisen lähipiirissä on paljon tekijöitä, jotka näyttävät tavalla tai toisella heijastuvan hänen terveyteensä. Näistä mikrososiaalisista tai psykososiaalisista asioista eniten tutkittuja ovat ehkä sosiaaliset verkostot sekä sosiaalinen tuki, joiden terveyttä edistävä tai sairastumiselta suojaava merkitys on havainnoitu monissa tutkimuksissa. Nykykäsityksen mukaan sekä sosiaalisten verkostojen laajuudella ja sosiaalisen vuorovaikutuksen määrällä että ihmisen kokemuksella sosiaalisen tuen olemassaolosta on vaikutusta hänen terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Tuen lähteitä voivat olla perhe, sukulaiset, ystävät ja tuttavat, työtoverit, mutta myös julkiset palvelut. Monet tutkijat ovat huomanneet, että sosiaalinen tuki vaikuttaa myönteisesti ihmisen psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Henkilöillä, joilla on sosiaalista tukea selviävät psyykkisesti paremmin stressaavissa tilanteissa ja toipuvat nopeammin diagnosoiduista sairauksista. (Kuntoutuksen ulottuvuudet 1995, 145.)⁸

Myös uskonnolla on todettu olevan merkitystä länsimaisen ihmisen terveyteen. Erot voidaan selittää pitkälti terveellisempien elintapojen avulla. Yksilön kohdalla uskontoon liittyvillä tekijöillä saattaa olla vähäinen merkitys elämän ja terveyden kannalta mutta väestötasolla on kuitenkin osoitettu, että esimerkiksi ad-

8 Ks. myös Okkonen 2000, 94, 98; Korhonen & Niemelä 1999, 14; Haikonen 1999, 110–111; Kansanterveystiede 1998, 161; Järviöskö 1994, 2; Sarason & Sarason & Pierce 1994, 187, 193; Taylor 1991, 73; House & Landis & Umberson 1988, 540–544. Vrt. Läksyn tutkimuksessa (2000, 111–112, 114) todettiin, että sukupuolella, siviilisäädellä ja perhetilanteella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta kriisipotilaiden selviytymisen edistämässä. Kriisipotilaista hyvin selviytyviä oli 72 % ja heikosti selviytyviä 28 %. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö edistää kuitenkin kriisipotilaiden selviytymistä, vaikka kriisejä ei voitaneen poistaa.

ventisteilla on keskimäärin muuta väestöä parempi terveys ja pitempi elinikä. (Kansanterveystiede 1998, 157.)

Terveyden kannalta ei ole samantekevää, millaiset ihmisten uskonkäsitykset ovat, sillä kielteiset uskonkäsitykset voivat puolestaan vaikuttaa terveyteen negatiivisesti. Uskonnollisuus saattaa vetää puoleensa psyykkisistä häiriöistä kärsiviä. Tällaisten potilaiden uskonnollisuus voi saada outoja piirteitä ja muuttua osaksi sairauden oireistoa. Psykoterapian on todettu parantavan psyykkisesti sairaan potilaan kuvaa Jumalasta muuttamalla Jumalakuvaa läheisemmäksi, rakastavammaksi ja hyväksyvämmäksi kuin ennen hoitojaksoa. Vaikka uskonnollinen osallistuminen on eri tutkimusten valossa yhteydessä hyvään fyysiseen terveyteen, ei uskonnollisuus tuoreen tutkimuksen mukaan sinänsä juuri edistä iäkkäiden ihmisten terveyttä Suomessa. Iäkkäillä uskonnollisilla miehillä ilmeni kuitenkin vähemmän keuhko-ahtaumatautia, joka selittyy uskonnollisuuteen liittyvällä vähäisellä alkoholin ja tupakan käytöllä. Uskonnollisuudella voi olla kuitenkin vaikutusta sairauden kanssa selviytymiselle. Uskonnollisuus on vanhan ihmisen elämässä pääosin myönteinen asia ja antaa tukea elämän vastoinkäymisissä. (Teinonen 2005, 47–50, 62, 85, 129, 137).

Vaikuttaa siltä, että suomalaisten terveys on 1990-luvun laman jälkeisten terveydenhuollon säästövuosien jälkeenkin kohtuullisen hyvä. Vaikka enemmistö on elämäänsä tyytyväisiä, on sairaiden, psyykkisistä ongelmista kärsivien ja yksinäisten joukko myös suuri. Terveystään huonona pitäviä on etenkin vanhempien ihmisten mutta myös työikäisten joukossa. Näistä henkilöistä osa on myös muilla mittareilla mitattuna huono-osaisia, esimerkiksi heikosti koulutettuja ja työttömiä. Hoidon tarpeessa olevien määrä näyttää kasvavan tulevaisuudessa. Terveyspalveluiden – kuten myös yleisesti hyvinvointipalveluiden – kysyntä on aina suurempaa kuin tarjonta. Lisäksi etenkin lamavuosien seurauksena terveydenhuoltopalveluihin on tullut supistuksia, jotka vaikuttavat siihen, kenelle ja kuinka paljon hoitoa voidaan tarjota.

1.4. Yhteiskuntarakenteen muutokset

Pohjoismaista hyvinvointivaltiota rakennettaessa pidettiin tärkeänä, että kaikki kansalaiset kuuluvat samojen palvelujärjestelmien piiriin. 1990-luvun lama aiheutti kuitenkin tarveharkinnan ja selektiivisyyden lisääntymistä sosiaalipolitiikan eri alueilla. Ihmisten toimintaympäristöt ovat muuttuneet ja tällä on ollut vaikutusta myös monien yksilötason ongelmien syntyyn. Työttömyyden kohoaminen, ihmisten sosiaalisen verkoston kapeneminen, erilaisten stressioireiden lisääntyminen ja julkisten palvelujen supistuminen vaikuttavat yksilötasolla ihmisten hyvinvointiin sekä jokapäiväiseen selviytymiseen. Kaikille kansalaisille ei välttämättä enää pysty-

tä takaamaan samoin perustein terveydenhuollon piiriin kuuluvia palveluita. Julkisen palvelutarjonnan ohella ihmisten jokapäiväisen selviämisen tukemiseen on hyvä löytää myös uusia auttamiskanavia.

Kahden viime vuosikymmenen aikana suomalaisten ikärakenne on vanhentunut, kun keski-ikäisten ja vanhusten osuus väestöstä on kasvanut. Tulojen jakautuminen eri väestöryhmien kesken on muuttunut selvästi etenkin 1990-luvun laman ja työttömyyden vuoksi. Myös koulutustaustassa on tapahtunut muutoksia väestön parantuneen koulutustason myötä. Asuminen keskittyy nykyään Etelä-Suomessa ja muualla maassa enimmäkseen kaupunkeihin. Väestön vanheneminen, heikentynyt kansantalouden tila ja terveysteknologian kehitys ovat johtaneet terveystaloustalouden uudistamiseen kehittyneissä maissa. Suomessa hallinnollinen ja taloudellinen päätösvalta sosiaali- ja terveystalouksissa on hajautettu valtion keskitetystä ohjauksesta kuntiin. (Suomalaisten terveys ja terveystalouden käyttö 1998, 2–6.)

Suomessa ja eurooppalaisessa yhteiskuntatieteellisessä keskustelussa puhuttiin hyvinvointivaltion kriisistä jo 1970–80-lukujen vaihteessa (ks. Piirainen 1993, 291, Rahkonen 1993, 234, Heikkilä & Lehto 1992, 70). Suomessa taloudellisesta taantumasta selvittiin hyvinvointiuudistuksia lykkäämällä. Suomessa lähtikin 1980-luvun lopussa liikkeelle vielä ennennäkemätön varmuuden tunne, riskinotto ja velanteko. Ajanjakso toikin mukanaan voimakkaan taloudellisen noususuhdanteen. (Lindblom 2002, 32; Eräsaari 1984, 113–117; Piirainen 1993, 291.) Suomalaista hyvinvointivaltiota laajennettiin tuolloin sekä palvelujen että tulonsiirtojen osalta. Samaan aikaan muualla näkyi jo merkkejä hyvinvointivaltion purkamisesta. (Haatanen 1993, 58.)

Pitkään jatkunut vahva taloudellinen kasvu johtui siitä, että Suomi oli itse hyvinvointivaltion kehityksessä hidas. 1970–80-lukujen kriisi ei ehtinyt vielä koskettaa suomalaista yhteiskuntaa. Bruttokansantuotteen pitkään jatkunut kasvu pysähtyi vuonna 1990 ja kääntyi 6,2 prosenttia miinuksien puolelle vuonna 1991. Orastava työvoimapula muuttui loppuvuodesta 1991 massatyöttömyydeksi. (Haatanen 1993, 63; Stephens 1997, 53. Ks. Suomen tilastollinen vuosikirja 2004, 314, 373.)⁹ Suomen talous alkoi kohentua 1990-luvun puolivälissä. Laman päättymistä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Vuotta 1994 voidaan pitää kuitenkin käännekohtana, sillä vuonna 1995 kotitalouksien käytössä oleva tulomäärä oli ratkaisevalla tavalla noussut edelliseen vuoteen nähden. Samana vuonna työttömien määrä kääntyi hienoiseen laskuun. (Ks. Suomen tilastollinen vuosikirja 2004, 327, 373.) Vuonna 1994 myös kokonaistuotanto kääntyi nousuun. Laman voidaan katsoa päättyneen viimeistään 1996, kun kokonaistuotanto ylitti lamaa edeltäneen tason. 1990-luvun loppupuolen talouskasvu oli ilmiömäisen nopeaa. (Ruostesaari 2003, 18; Terveysfoorumi 2000, 2001, 32) Laman jälkeen vuonna 1995 alkaneen talouden kohentamisen myötä tuloerot alkoivat hitaasti kasvaa. Parhaimmassa asemassa

9 Suomen 1990-luvun alkupuolen taloudellisella lamalla ei ole vertaista OECD-maiden joukossa. Suomi on myös ainut maa, jossa viimeisin lama oli syvempi kuin 1930-luvun taluskriisi. Talouselämän työvoiman tarve romahti, kotitalouksien ansiotulot laskivat ja valtion sekä kuntien tulot putosivat. (Uusitalo & Staff 1997, 22.)

oleva 10 % Suomen väestöstä on kasvattanut suhteellista etumatkaansa muihin nähden. (Sosiaali- ja terveystietomus 2000, 33.)

Laman aiheuttama suurtyöttömyys sopi huonosti yhteen pohjoismaisen hyvinvointiprojektin kanssa. Valtion tulojen väheneminen pakotti keskittymään välttämättömään. Sosiaalipolitiikassa se on merkinnyt tarveharkintaisuuden korostamista universalismin sijaan. (Anttonen & Sipilä 2000, 90.) Viime aikojen keskustelussa on ollut esillä se, että universaali hyvinvointipalvelujen järjestelmä halutaan korvata toimenpiteillä, joissa korostuu yksilöiden oma aktiivisuus ja vastuu. Koko väestöä koskevista hyvinvoinnin yleistavoitteista on siirrytty enemmän yksilöllisen elämänhallinnan edistämiseen ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn. (Laurinkari 2004, 10–11.) Makrotasolla hyvinvointivaltion sijasta on alettu puhua hyvinvointiyhteiskunnasta. Samalla korostuu hyvinvointivastuu, jolla tarkoitetaan juuri oma-, kansalais- ja lähimmäisvastuullista yhteiskuntaa. (Niemelä 2001, 30.)

Laman jälkeen suhteellinen köyhyysaste on ollut hienoisessa nousussa Suomessa (Uusitalo 2000, 239). Lama heikensi joka viidennen suomalaisen elinoloja. Laman seuraukset olivat vähäisimmät ylempien toimihenkilöiden keskuudessa. Myös alempien toimihenkilöiden asema pysyi muita luokkia useammin hyväosaisena. Suhteellisesti vähiten hyväosaisia oli maanviljelijöiden joukossa. Toinen selvä huono-osaisten ryhmä olivat työntekijät. Työntekijöistä useampi kuin joka viides oli vuoden 1995 aikana työttömänä yli puoli vuotta. (Kainulainen 2002, 259, 264, 266–267.) 1990-luvun lama kohteli myös eri ikäryhmiä eri tavoin. Nuorten taloudellinen asema muuhun väestöön nähden heikkeni merkittävästi lama-ajan joukkotyöttömyyden vuoksi, eikä edellisen vuosikymmenen lopun tulo- ja kulutustasoa ole vielä saavutettu. (Wilska & Eresmaa 2003, 98; Kangas 2003, 16.) Ainoa sosiaalipoliittinen ryhmä, joka onnistui 1990-luvulla parantamaan asemiaan, oli eläkeläiset (Kangas & Ritakallio 2003, 69–70, 80).

Työttömyys ja tähän liittyvät sosiaaliset seuraukset eivät näytä enää perustuvan laman kaltaiseen tilapäiseen notkahdukseen, vaan kyse on yhteiskunnallisesta murroksesta, jossa totunnaiset käsitykset taloudellisen kehityksen ja ihmisten toimeentulon ja selviytymisen välisistä yhteyksistä muuttuvat. Yhteiskunnallinen murrosvaihe asettaa uudenlaisia vaatimuksia ihmisten toimeentulolle, arkielämässä selviytymiselle ja elämänhallinnalle. Ihmisten toimeentuloon, selviytymiseen ja elämänhallintaan liittyviä ongelmia ei voida ratkoa vain poliittisesti päätetyillä yleisillä uudistuksilla. Tarvitaan myös entistä enemmän asiakastasolla tapahtuvaa ongelmia ratkovaa asiantuntemusta. (Raunio 2000, 17, 19–20.)

Sosiaalinen eriarvoisuus on korostunut laman jälkeisinä vuosina. Esimerkiksi erilaiset mielenterveyteen ja ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat ovat yleistyneet. Niiden lisääntymiseen on vaikuttanut väestön nopea muuttoliike sekä siitä johtuva ihmisten perinteisten sosiaalisten yhteyksien katkeaminen ja yksinäisyys. Myös työttömyys, vähäinen koulutus ja huono terveys aiheuttavat pitkittyessään monia haittavaikutuksia kansalaisten elämäntilanteeseen. Tässä muuttuneessa yhteiskunnallisessa tilanteessa on tärkeää, että sielunhoitaja ymmärtää ihmisten yksilöllisiä elämäntilanteita sekä elämisen ehtoja. Tämä seikka aiheuttaa uudenlaisia paineita ja vaatimuksia myös ammatikseen sielunhoitotyötä tekevien työntekijöiden toimintavalmiuksille.

Epävarmat tulevaisuudennäkymät sosiaalisella sektorilla heijastuvat myös kirkolliselle rintamalle. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon jäsenmäärä on laskenut paljon viime vuosikymmeninä. Kirkosta eroamiseen ovat vaikuttaneet taloudelliset syyt sekä se, että kirkon jäsenyys on menettänyt merkityksensä yksilön elämässä. (Kirkko muutosten keskellä 2004, 100; Niemelä 2003a, 137–138; Lumijärvi 1998, 68–69.) Vuonna 1970 kirkkoon kuului 95 % suomalaisista, vuonna 1980 noin 90 % ja vuonna 1999 enää 85 %. Kirkkoon vahvasti sitoutuneiden määrä on silti edelleen melko suuri: ainoastaan 3 % kirkon jäsenistä pitää todennäköisenä, että tulisi joskus eroamaan kirkosta. (Salonen & Kääriäinen & Niemelä 2000, 38–40.) Suomalaisten uskonnollisuudessa tapahtuneet muutokset ilmentävät uskonnon privatisoitumista. Vaikka uskonnollisiin instituutioihin kuuluminen on vähentynyt ja osallistuminen perinteiseen uskonnolliseen toimintaan on pitkällä aikavälillä laskenut selvästi, uskonnon subjektiivisessa merkityksessä ei ole tapahtunut vastaavia muutoksia. (Kirkko muutosten keskellä 2004, 46, 50.)

1.5. Aihetta sivuava aiempi tutkimus

Aihetta sivuava aiempi kirjallisuus liittyy sielunhoitoon, selviytymiseen (coping) ja elämänhallintaan sekä lyhyiden terapioiden vaikuttavuuteen.

Eräät *sielunhoidon tutkimukset*, joiden kohteena ovat sielunhoitajien tai potilaiden kokemukset sielunhoitosuhteesta, sivuavat tämän tutkimuksen aihepiiriä. Muutamassa sielunhoidon alaan liittyneessä tutkimuksessa on myös luokiteltu sielunhoitajien työskentelytapaa, työntekijöiden sielunhoitokäsityksiä sekä sielunhoidollista tukea. Tässä tutkimuksessa sielunhoito määriteltiin kristillisestä uskosta nousevaksi toiminnaksi, joka voi olla joko ammatillista (papin tai diakonissan antama sielunhoito) tai laaja-alaista sielunhoitotyötä.¹⁰

Sielunhoitajat kuvasivat haastattelututkimuksessa sielunhoitoa etenkin terapeuttisesti orientoituneeksi tueksi, jonka tavoitteena oli potilaan auttaminen syvempään oman elämän ymmärtämiseen. Sielunhoidon nähtiin auttavan potilasta löytämään omat voimavaransa ja merkityksen elämänsä tärkeille tapahtumille. Se oli myös potilaan rohkaisemista ja tukemista. Työn hengellistä ulottuvuutta pidettiin keskeisimpänä tekijänä, joka erottaa sielunhoidon muista auttamismuodoista. (Hakala 2000, 180.)

Potilaiden tyypittelyä on tehty puolestaan sielunhoidon odotuksia selvittäneellä haastattelututkimuksella. Tutkimukseen osallistui 44 % siihen kutsutuista henkilöistä. Tutkimuksessa määriteltiin kolme erilaista potilastyyppeä: hengelliset tukeutujat, hengelliset etsijät ja humanistisesti orientoituneet. Hengellisten tukeutujien odotukset liittyivät hengelliseen huolenpitoon. Odotukset ilmenivät uskonnollisena myönteisyytenä. Hengellisten etsijöiden sielunhoidollisen tapaamisen ta-

¹⁰ Ks. alaluku 2.3.

voitteet liittyivät muun muassa elämänhallinnan kysymyksiin. Suhteelta odotettiin keskustelua ihmissuhteista, hengellisistä asioista ja omasta henkisestä hyvinvoinnista. Humanistisesti orientoituneilla elämänhallinnan vaikeudet ja mahdollinen oma arvottomuuden tunne oli keskeisimpiä sielunhoidollisten odotusten tunto-merkkejä. Keskustelut liittyivät elämäntilanteeseen ja sairauteen. (Lankinen 2001, 332–334.)

Valtioneuvoston asettaman Terveyskasvatuksen neuvottelukunnan mukaan kirkon ja terveydenhuollon toiminnassa on yhteinen pohja - humanistinen ajattelu ja ihmisen ymmärtäminen. Lääketieteellinen terveyden käsite on lähestymässä sielunhoidon ihmiskäsitystä. Länsimainen lääketiede on kuitenkin pyrkinyt pitämään hoidosta erillään potilaan hengelliset asiat. Uskonnolla ja lääketieteellä on monia toisiinsa rinnastuvia tavoitteita ja toimintatapoja. Kaikissa lääketieteellisissä toimituksissa on mukana suggestiota ja placebo-vaikutusta, kuten sielunhoidossakin. Sekä uskonnossa että terveydenhuollossa tavoitellaan tervehdyttävää elämän kokonaisuutta, joka sisältää sekä identiteetin että olemassaolon tarkoituksen hakemista. Molempia voidaan käyttää puolustusmekanismeina elämän rikkonaisuutta ja stressaavuutta vastaan. Lääkäreiden on hyvä tiedostaa nykyistä laajemmin, että kliinisellä, biolääketieteellisellä otteella potilasta voi auttaa vain osassa hänen ongelmistaan. Ihmisen hyvinvointi on tätä laajempi asia. Tavoitteena on hyvä hoito, jossa sosiaalilääketieteelliset näkökohdat otetaan huomioon nykyistä enemmän. Avoinmet ja erilaisuutta hyväksyvät uskonnolliset ryhmät voivat tarjota tärkeän sosiaalisen yhteisön, joka ennaltaehkäisee ja lievittää sekä fyysiseen terveyteen että mielen-terveyteen liittyviä ongelmia. Uskonnollisissa ja muissa sosiaalisissa ryhmissä tapahtuva kuunteleminen, hyväksyminen ja tukeminen muodostavat kansanterveys-työtä ja nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää merkittävästi tukevan yhteiskunnallisen resurssin. Kun ihmisellä on hätä, hän ei käänny jonkin opin puoleen, vaan etsii rakastavia ja ymmärtäviä lähimmäisiä, ystäviä ja ammattiauttajia. Yhteisyys on kaikesta päätellen tehokkainta terveydenhoitoa. (Uskonto ja terveys 1990, 63, 68-69, 72, 74.)

Selviytymisen problematiikka on ajankohtainen aihe Suomessa. Suomalaisen hyvinvointivaltion palveluiden supistumisen myötä on hyvä etsiä myös muita keinoja, joilla autetaan ja tuetaan ihmisten päivittäistä selviytymistä. Selviytymistutkimuksissa kiinnostusta herätti se, millaisia selviytymisstrategioita ihmiset niiden mukaan ongelmatilanteissa käyttävät. Eräiden tutkimusten mukaan muun muassa hengellisyys ja uskonnollinen vakaumus toimivat joillekin ihmisille yhtenä selviytymistä tukevana hallintastrategiana sairaudessa sekä kriiseissä (Ks. Teinonen 2005, 62, 137; Ikonen 2000, 14; Huotari 1999, 151; Korhonen & Niemelä 1999, 14, 24–25; Suutama 1995, 34, 82–83.)

Taulukko 1. Ihmisten selviytymisstrategioita eräiden tutkimusten mukaan.

SELVIYTYMISSTRATEGIAT	TUTKIMUSKOHDE/ MENETELMÄT	TEKIJÄ
Luopuminen, torjunta, vetäytyminen, optimismi ja uudelleen orientoituminen.	Potilaat leikkauksessa Kaksi kyselytutkimusta, N=308 ja N=297 samoille henkilöille	Okkonen 2000, 40–45
Puhuminen, erilaiset tunnereaktiot ja asian pohdinta, itseä rauhoittava käyttäytyminen. Selviytymiskeinot monimuotoisia ja yksilöllisesti vaihtelevia.	Työntekijät merikatastrofissa, Kyselytutkimus N=118	Palosaari 1999, 70, 134
Selviytyminen yhteydessä yksilön voimavaroihin, jotka ovat 1) fyysisiä eli ihmiseen ruumiiseen liittyviä 2) kognitiivisia eli henkisiä, 3) emotionaalisia eli tunne-elämään liittyviä, 4) sosiaalisia eli toimintaan ja vuorovaikutukseen liittyviä ja 5) spirituaalisia eli hengellisiä ja ihmisen uskoon liittyviä.	Teorianmuodostus hoito-, sosiaali-, kasvatus-, ja diakonia-alalle	Ikonen 2000, 14
Taistelu, sopeutuminen, oman tien kulkeminen.	Hiv-tartunnan saaneet Vapaamuotoinen teemahaastattelu, N=19	Huotari 1999, 42–43, 162–165
Ongelmanratkaisu, arviointien muokkaaminen, vastuullinen hyväksyminen, itsekontrolli, yhteenotto, etäännyttäminen, sosiaalisen tuen etsintä ja pako tai vältteleminen sekä positiivinen uudelleentulkinta.	Opettajat Teemahaastattelu, N=50	Haikonen 1999, 41–42, 92, 110–111
Miehillä muun muassa ongelmien kieltäminen ja välien katkaiseminen. Naisilla turvautuminen ihmisiin ja ammattiapuun, elämänusko, hengellisyys ja aktiivinen vaikuttaminen. Myöhäisnuorille ja varhaisaikuisille elämään uskominen ja ratkaisun hakeminen. Keski-ikäisille turvautuminen esimerkiksi ammattiapuun. Myöhäiskeski-ikäisille hengellisiin asioihin uskominen.	Työikäinen väestö Kyselytutkimus (N=550)	Korhonen & Niemi 1999, 14, 16–17, 24–25
Naisilla hyvä henkinen olotila (tyytyväisyys elämään, vähän päivittäistä stressiä) ja miehillä sosiaalisuus ja sosiaalinen joustavuus. Lisäksi vanhoilla ihmisillä usein uskonnollisuus.	Vanhat ihmiset Kaksi kyselytutkimusta, N=301 ja N=226 ja teemahaastattelu (N=30) samoille henkilöille	Suutama 1995, 34, 40–45, 82–83

Vaikka sielunhoito ei ole terapiamuoto, sivuaa tutkimusaihetta myös *kysymys lyhyiden terapioiden vaikuttavuudesta*. Tämä on yhteydessä siihen, voiko sielunhoitosuhde tukea joidenkin potilaiden selviytymistä ja elämäntilannetta. Etenkin sairaalasielunhoitajien työskentelyote on terapeuttisesti orientoitunut ja he myös kiinnittivät huomiota itseän ja omaan reaktioihinsa sielunhoitotyössä. Heidän suhtautumisensa terapeuttisiin metodeihin on positiivista.¹¹ Koska lyhytterapiaa tai etenkin pitkäkestoista terapiaa ei ole kustannussyistä eikä myöskään julkisten terveydenhoitomenojen supistumisen vuoksi mahdollista antaa kaikille halukkaista, on vaihtoehtoisten tukitoimien ja hoitomuotojen tuloksellisuutta hyvä tutkia. Tällöin on hyödyllistä pohtia, voisiko esimerkiksi sielunhoito terapiaa kevyempänä palveluna tukea potilaiden selviytymistä. Monille on tärkeää jo se, että on henkilö, joka kuuntelee ja jonka kanssa on mahdollista keskustella täysin luottamuksellisesti. Potilaiden ammatillisessa sielunhoidossa on tärkeää mm. se, että sielunhoitaja toimii hyvässä yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa, omaa avarakatseisen ja potilasta arvostavan asenteen, on valmis avoimeen oman työn kehittämiseen ja ar-

11 Hakala 2001, 116, 118.

viointiin, työskentelee eettisesti korkealla ammattitaidolla, on itse työskennellyt omien ongelmiansa kanssa ja on saanut työhön riittävän koulutuksen. Sielunhoidolliset menetelmät eivät kilpaile lääketieteellisen hoidon kanssa vaan toimivat niiden tukena.

Pitkien psyko- ja lyhytterapioiden tuloksellisuudesta ei ole ollut aiemmin tutkimuksia (Psykoterapia Suomessa 1995, 6). Kansaneläkelaitoksen tuoreessa tutkimuksessa selvitetään ensimmäistä kertaa maailmassa lyhytterapian ja pitkäkestoisen psykoterapian vaikuttavuutta masennustilojen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Tutkimusprojekti alkoi vuonna 1994 ja päättyi 2006. Tutkimukseen mukaan otetut 326 potilasta olivat 20–46-vuotiaita masennustilasta tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivää avohoitopotilasta, joiden psyykinen häiriö oli kestänyt vähintään yhden vuoden ja haittasi tai uhkasi työntekoa. Potilaiden vointia seurataan tutkimuksessa viiden vuoden ajan hoidon alkamisesta. Mittauksilla arvioidaan potilaiden oireilussa, työkyvyssä, sosiaalisessa toimintakyvyssä, psykologisessa tiluksessa ja terveystähtäytymisessä tapahtuvia muutoksia hoidon aikana ja sen jälkeen. Lisäksi arvioidaan eri hoitomuotojen soveltuvuutta terveystaloudellisesta näkökulmasta. Tiedot kerätään kyselyin, haastatteluin ja psykologisin testein. Lyhytkestoisten terapioiden ensimmäisen vuoden seurannan tulosten mukaan lyhytkestoisen terapia vähentää merkittävästi masennus- ja ahdistuneisuusoireita, mutta se on riittävä hoitomuoto vain osalle potilaista: vajaa puolet potilaista parani vuoden aikana lyhytterapian aloittamisesta. Tutkitut lyhytterapiat olivat voimavarasuuntautunut terapia ja lyhytkestoisen psykodynaaminen psykoterapia. Voimavarasuuntautuneessa terapiassa hoitokäyntien määrä oli enintään 12. Lyhyessä psykodynaamisessa psykoterapiassa käyntejä oli 20. (Knekt & Lindfors 2004, 18–19, 33, 82–92.)

Viidessä maassa toteutettu ODIN projekti osoitti, että kevyillä menetelmillä voidaan tukea avun tarpeessa olevia ihmisiä. Siinä joukko masentuneita ihmisiä koontui noin kuusi kertaa yhdessä keskustelemaan koulutetun terapeutin johdolla. Projektiin osallistujat olivat tyytyväisiä menetelmään, sillä se auttoi heitä itse hallitsemaan entistä paremmin omaa mielialaansa ja siten myös elämäänsä. Kansaneläkelaitoksen omassa seurantatutkimuksessa kävi ilmi, että yli kaksi kuukautta sairauslomalla olleista masennuspotilaista vain puolet palasi töihin vuoden kuluessa. Työhön paluulle oli parhaat edellytykset nuorilla, hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevilla potilailla, joilla sairausloma oli kestänyt vain lyhyen aikaa ja joiden masennus oli lievää. (Socius 2001, 6.)¹²

Aiempien selviytymiseen liittyvien tutkimusten mukaan ihmiset käyttävät monia eri keinoja sairaudesta ja erilaisista ongelmatilanteista selviytymiseen. Ihmisten selviytymisstrategiat näyttävät myös vaihtelevan sukupuolen sekä iän mukaan.

12 Mannerheimin Lastensuojeluliitto käynnisti 1990 ratkaisukeskeisen asiakastyön periaatteille pohjaavan ihmissuhde- ja mielenterveysongelmien konsultointikeskuksen. Asiakkaat kävivät projektin aikana keskimäärin 6 kertaa keskuksessa. Seurannassa 87 % asiakkaista vastasi, että heidän tilanteensa oli helpottunut riittävästi. Työntekijöiden arviointien perusteella 78 % asiakkaista sai hoidosta riittävän avun. (Mannerheimin Lastensuojeluliiton ratkaisukeskeisen asiakastyön kokeilu 1996, 4, 13–14.)

Tutkimusten mukaan osaa potilaista voidaan tukea myös pitkää terapiaa kevyemmällä menetelmällä.

Sielunhoitotutkimusten viitekehystenä ei ole ennen käytetty coping- tai elämänhallintatutkimusta eikä sielunhoidon merkityksellisyyttä ole aiemmin tutkittu lääkäriasemien potilaiden keskuudessa. Sielunhoidon tuloksellisuutta terveydenhuollossa ei ole lisäksi usein kysytty suoraan potilailta tai hoitohenkilökunnalta vaan sielunhoitajilta itseltään. Myöskään potilaiden ja työntekijöiden sielunhoitokokemuksia ei ole verrattu toisiinsa. Tässä tutkimuksessa sielunhoitoa lähestytään potilaiden ja työntekijöiden kokemusten, odotusten ja mielikuvien kautta. Sielunhoito kuitenkin määriteltiin vastaajille, jotta he tietävät, mitä sillä tutkimuksessa tarkoitetaan. Sielunhoidon tuloksellisuutta sekä sen antamaa tukea ihmisten elämään olisi hyvä tarkastella jatkossa seurantatutkimuksen avulla.

2. SIELUNHOIDON MERKITYS SELVIYTYMISELLE

2.1. Coping

Suomalaiset terveystutkijat kutsuvat coping-kyvyksi ihmisen kykyä kohdata ongelmia ja selviytyä niistä (Karisto 2000, 215). Coping-tutkimus suuntautui alkuaan traumaattisiin elämäntapahtumiin ja niistä selviytymiseen. Coping'in tutkimusalue laajeni hiljalleen ja nykyään siinä tutkitaan mitä erilaisimmista elämän ongelmatilanteista selviytymistä. Käsitettä on viime aikoina käytetty myös jokapäiväisten, pienten elämäntapahtumien tutkimisen yhteydessä. Coping-tutkimusperinne ja sen teoriamuodostus on ollut perinteisesti vahvaa etenkin Yhdysvalloissa. Myös Suomessa on viime vuosina enenevässä määrin osallistuttu tähän keskusteluun.¹³

Termi *coping* on ilmaisultaan yleinen ja jokapäiväinen. Ehkä siksi käsite on saanut osakseen monia määrittelyksiä. Kuitenkin tutkijoiden keskuudessa on vallinnut yksimielisyys siitä, että coping tarkoittaa ihmisen pyrkimyksiä selvitä vaatimuksista (uhasta, harmista tai haasteista), jotka ovat poikkeuksellisia tai jotka kuormittavat hänen voimavarojaan (Monat & Lazarus 1991, 5; Lazarus & Averill & Opton 1974, 250–251; White 1974, 48). Haikosen tutkimuksessa selviytymiskeinot olivat reaktioita havaittuihin uhkatekijöihin (Haikonen 1999, 41–42, 92, 110–111). Viimeisen vuosikymmenen aikana coping-tutkimuksessa on painottunut entistä enemmän myös selviytyminen jokapäiväisistä elämän tapahtumista ja muista pienistä kriiseistä. Timo Suutaman mukaan voidaan ennustaa, että niiden merkitys tulevaisuuden coping-tutkimuksessa kasvaa entisestään. (Suutama 1995, 85.) Esimerkiksi Ikonen määritteli selviytymisen ihmisen omakohtaisena kokemuksena ja tuntemuksena omasta jaksamisesta ja pärjäämisestä (Ikonen 2000, 13–15).

Alkuaan defenssimekanismien tutkimiseen yhteydessä ollut uusi tutkimuslinja alkoi 1960-luvulla sulautua coping-käsitteeseen. Ennen tätä ajanjaksoa coping-terminiä oli käytetty epävirallisesti lääketieteellisessä ja sosiaalitieteellisessä kirjallisuudessa.

13 Ks. Läksy 2000, Okkonen 2000, Ikonen 2000, Palosaari 1999, Haikonen 1999, Huotari 1999, Suutama 1995.

nessa. Coping alkoi teorisoitua 1960-luvulla, jolloin muutamat kirjoittajat alkoivat luokitella ihmisen mukautuvaa puolustusmekanismia coping-käyttäytymiseksi. Ensimmäisen sukupolven coping-tutkijat kiinnittivät huomion lähinnä vain selviytymiseen elämäntapahtumista tai traumaattisista elämäntapahtumista. 1970-luvulla tämä suuntaus tuli niin yleiseksi, että jotkut teoreetikot alkoivat määritellä selviytymistutkimuksen vastaukseksi ja reaktioksi äärimmäisiin elämäntilanteisiin. (Parker & Endler 1996, 8, 10; Lazarus & Averill & Opton Jr. 1974, 249–250.)¹⁴

Richard Lazarusta pidetään coping-tutkimusperinteen luoja. 1960-luvulla Lazarus määritteli coping'in liittyvän tilanteisiin, jotka ovat ihmiselle uhkaavia. 1970-luvun puolivälissä tätä määritelmää laajennettiin ja coping alkoi tarkoittaa ongelman selvittämiseen tähtäävää toimintaa tilanteissa, joissa ihminen kohtaa hyvinvointinsa kannalta merkityksellisiä vaatimuksia, jotka kuluttavat hänen sopeutumiseen pyrkiviä voimavarojaan. (Lazarus & Averill & Opton Jr. 1974, 250–251.)¹⁵ Lazaruksen mukaan tieteellinen kiinnostus coping-tutkimukseen oli alkuun hidasta. Suhtautuminen siihen muuttui 1970-luvulla, ja tämän jälkeen coping-tutkimus laajeni nopeasti. Vaikka coping ei ollut juuri käytössä tätä aikaa ennen, sen perusidea on vanha. Tämä käy ilmi kliinisessä psykologiassa ja psykiatriassa, joissa painotetaan psykoanalyttista tulkintaa minän puolustusmekanismeista. (Lazarus 1999, 102.)¹⁶

Selviytymiskäyttäytymistä määriteltäessä tärkeää ei ole lopputulos, vaan yritys selvittää stressaavasta tilanteesta lopputuloksesta huolimatta. Tämä tarkoittaa sitä, että mikään strategia ei ole luonnostaan toista parempi. Strategioiden paremmuus määräytyy niiden vaikuttavuudesta kyseisissä tilanteissa sekä pitkällä aikavälillä. Kaikki elämänongelmat eivät ole kuitenkaan tarkoitettu hallittaviksi tai selvitettäviksi. Esimerkkinä tästä ovat väistämättömät menetykset ja vanheneminen. Coping'in ja tietyn automatisoidun käyttäytymisen välinen ero ei ole aina selkeä. Kun ihminen kohtaa uuden tilanteen, hän ei vielä välttämättä osaa reagoida tilanteeseen oikeilla reaktioilla. Kun tilanne toistuu, ihmisen käyttäytyminen tulee kuitenkin hyvinkin automatisoiduksi. (Lazarus & Folkman 1991, 198, 201, 205.)

Tutkimusten mukaan coping-strategiat vaihtelevat eri maiden kansalaisten keskuudessa. Erilaisten coping-keinojen valintaan vaikuttavat myös sosioekonominen tausta ja sukupuoli. Kolmessatoista maassa tehdyn nuorisotutkimuksen perusteella tutkijat päätyivät siihen, että sosioekonomisella taustalla oli merkitystä coping-strategioiden valintaan. Kansallisuuksien välillä oli kuitenkin vähemmän ero-

14 Ks. myös White 1974, 48.

15 Coping-prosessiin kuuluu sekä ihmisen aktiivisia yrityksiä selviytyä ongelmatilanteesta että myös sisäisten defenssimekanismien läpikäymistä. Defenssimekanismit ovat kielteisiä ihmisten selviytymiselle vain silloin, kun ne häiritsevät coping-prosessin etenemistä. (Myrphy 1974, 76.)

16 Psykoanalyttisessä egopsykologiassa coping määritellään reaaliseksi ja muuttuviksi ajatuksiksi ja teoiksi, joilla ratkaistaan ongelmia ja jotka siten vähentävät stressiä (Lazarus & Folkman 1991, 190). Coping-tutkijat ovat olleet vuosikausia kiinnostuneita sekä psykologisesta että ympäristötutkimuksesta, jota on hyödynnetty tutkittaessa ihmisten selviytymistä. Psykologian osalta kiinnostusta on herättänyt esim. ihmisen itsehallinta, kun taas ympäristövaikutuksien osalta on tutkittu etenkin ihmisten sosiaalista tukiverkostoa. (Parker & Endler 1996, 11.)

ja, kuin tutkijat alun perin arvelivat. Silti esimerkiksi filippiiniläisten selviytymiskeinona oli muita useammin rukoileminen, kun taas Israelin juutalaiset etsivät muita useammin ammattilaisten apua. Nuoret käsittelivät ongelmiaan usein yksin. Etsiessään apua muilta, he kääntyivät läheisten ihmisten puoleen. (Gibson-Cline & Dikaiou 1996a, 8; Gibson-Cline & Dikaiou et al. 1996b, 266–267.) Inge Seiffge-Krenken mukaan 15 vuoden ikä näyttää olevan merkitsevä ajankohta copingstrategioiden ja ihmissuhteiden hyödyntämistä ajatellen (Seiffge-Krenke 1995, 221–222, 224).

Selviytymiskäyttäytyminen liittyy ihmisten tapaan hallita elämäntilanteita, jotka ovat stressaavia. Tiettyssä mielessä stressi ja coping ovat toisilleen käänteisiä asioita. Kun coping on tehotonta, stressitaso on korkea. Ja kun coping on tehokasta, stressitaso on matala. (Lazarus 1999, 102.) Lazarus näkee selviytymiskäyttäytymisen vastauksena tiettyihin stressitilanteisiin ennemmin kuin pysyvänä piirteenä persoonallisuudessa (Holahan & Moos & Schaefer 1996, 26). Ikosen mukaan selviytymättömyyteen liittyy usein stressin kokemuksia. Stressiä voi syntyä miltei kaikkialla, missä ihminen ei saavuta tavoitteitaan ja kokee joutuvansa jollakin tavalla uhan alaiseksi. (Ikonen 2000, 13.)

Yksittäisissä stressitilanteissa ihmiset käyttävät keskimäärin lähes kaikkia käytössään olevia selviytymisstrategioita. Yksi selitys tähän on se, että stressitilanteet ovat kompleksisia. Kestää aikaa, ennen kuin vaihtoehtoiset selviytymiskeinot on tutkittu. Tutkimukset ovat osoittaneet, että ihmisen emotionaalinen tila stressitilanteen alussa muuttuu loppua kohden. Muutoksen suunta riippuu valitusta coping-strategiasta. Esimerkiksi ongelmanratkaisu ja positiivinen tilanteen uudelleen arviointi johti tutkimuksissa emotionaalisen tilan muuttumiseen negatiivisesta positiiviseen. Toisaalta taas vihamielinen ja etäinen asenne ongelmaan ja selviytymiseen johti vastakkaisiin muutoksiin. (Lazarus 1999, 119–120, 122.)¹⁷

Teinonen viittaa useampiin tutkimuksiin, joiden mukaan uskonnollisuuteen liittyvien selviytymiskeinojen käyttö on yleistä Yhdysvalloissa. Tutkimusten mukaan 35 % asukkaista rukoilee terveyden puolesta ja iäkkäistä sairaalapotilaista 73 % tuntee uskonnosta olevan apua sairaudesta selviytymisessä. Laitoshoidossa olevista 59 % sai uskonnosta tukea ongelmista selviytymiseen ja 35 % arvioi uskonnon olevan tärkein selviytymiskeino. Myös lontoolaisista sairaalapotilaista uskontoon tukeutui 79 %. Uskontoon tukeutuivat erityisesti ne, joilla oli entuudestaan läheinen suhde uskontoon. (Teinonen 2005, 62–63.)

Sielunhoitosuhteeseen hakeutuminen merkinnee monissa tapauksissa sitä, että ihmisellä on elämässään jokin ongelma, kriisi, asia tai tapahtuma, josta hän haluaa keskustella luotettavan henkilön kanssa. Voiko sielunhoito olla yksi selviytymisstrategia terveydenhuollon potilaalle hänen sairautessaan ja elämän kriisitilanteissaan?

17 Keskeisenä psyykkisen stressin ilmiönä pidetään menetyksen ja uhan kokemuksia. Näihin ihminen voi reagoida joko defensiivisesti tai pyrkien edellytystensä mukaiseen sopeutumiseen ja selviytymiseen (coping). Jos ihminen epäonnistuu näissä pyrkimyksissään, se voi johtaa stressireaktioiden kehittymiseen. Siten emotionaaliset ja kognitiiviset muutokset johtavat vähitellen somaattisen puolen häiriöihin. (Pahkinen 1984, 5.)

On monia tapoja luokitella selviytymisstrategioita. Vuonna 1984 Lazarus ja Folkman jakoivat nämä strategiat ongelman selvittämiseen sekä tunteiden säätelyyn kohdentuviin keinoihin. Vaikka molempia strategioita sovelletaan kaikkein stressaavimmissa tilanteissa, ongelman selvittämiseen keskittyvät ponnistukset ovat hyödyllisiä etenkin hallittavissa olevien stressoreiden kohdalla ja tunnepohjaiseen säännöstelyyn keskittyvät yritykset sopivat hallitsemaan ei-hallittavissa olevia stressoreita. (Taylor 1991, 72.) Ongelmakeskeinen selviytymisstrategia on todennäköisemmin käytössä, jos tilanne arvioidaan muuttuvaksi, kun taas tunnekeskeinen selviytymisstrategia on todennäköisempi, jos tilanne on muuttumaton (Folkman & Lazarus 1991, 211). Ongelmakeskeisessä suuntauksessa ihminen pyrkii parantamaan ihmisen itsen ja ympäristön suhdetta muuttamalla siinä ilmeneviä asioita. Tunnekeskeisessä mallissa coping liittyy ajatuksiin ja tekoihin, joiden tarkoituksena on helpottaa tunteiden ilmenemistä stressitilanteessa. Ihminen ei ristiriitatilanteessa käytä vain yhtä selviytymisstrategiaa, vaan toimii monien ongelma- ja tunnekeskeisten selviytymiskeinojen, kombinaatioiden kanssa. (Monat & Lazarus 1991, 6; Folkman & Lazarus 1980, 219–239.)

Folkman ja Lazarus ovat tutkineet ongelma- ja tunnekeskeistä selviytymismallia vuonna 1980 selvittäessään vuoden ajan sadan 45–64-vuotiaan henkilön selviytymiskeinoja stressaavissa elämäntilanteissa. Tutkimushenkilöiden selviytymisstrategioita tutkittiin kuukausittaisilla haastatteluilla sekä henkilöiden pitämällä tapahtumakirjoituksilla. Kirjoituksia kertyi yhteensä 1 332. Näistä lähes kaikissa tapauksissa (98 %) käytettiin sekä ongelma- että tunnekeskeistä selviytymismallia. Ihmisten selviytymisstrategiat olivat enemmän muuttuvia ja vaihtelevia kuin pysyviä. (Folkman & Lazarus 1980, 219–239.) Käytämme näin ollen monia ongelma- ja tunnekeskeisiä metodeja selvitäksemme stressitilanteista.

Ongelmakeskeisessä suuntauksessa ihminen muuttaa saadun informaation pohjalta toimintaansa, jotta kriisit ratkeavat suhteessa ihmisiin ja ympäristöön. Sopeutumiskäyttäytyminen voi kohdistua joko itseen tai ympäristöön. Esimerkiksi henkilö, jolla on todettu syöpä, etsii vaihtoehtoisista hoitomuodoista itselleen parhaan mahdollisen. Tunnekeskeinen suuntaus tähtää puolestaan säännöstelemään tunteita, jotka ovat sitoutuneita stressitilanteeseen. Ihminen voi tällöin välttää uhaavan sairauden ajattelemista tai hän voi uudelleen arvioida sitä, muuttamatta kuitenkaan reaalista stressitilannetta. Tällaisessa tilanteessa potilas voi lähestyä sairauttaan varovaisesti tai välttämällä sitä. Ihminen voi myös sitoa vähemmän tunteita tilanteeseen esimerkiksi niin, ettei hän mieti sairauttaan. (Lazarus 1999, 115.)¹⁸

Lankisen (2001, 292) tutkimuksessa haastatellut potilaat kertoivat, että sielunhoidollisen tukemisen painopiste on emotionaalisen tuen puolella. Haastateltavat asettivat sielunhoidolle tavoitteita, jotka liittyivät sopeutumiseen ja henkiseen

18 Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu sitä, suhtautuvatko potilaat ongelma- vai tunnesuuntautuneesti elämänsä ongelmatilanteisiin. Kriisitilanteiden voisi ennemminkin katsoa aiheuttavan ihmiselle tarvetta siihen, että ongelmia lähestytään kokonaisvaltaisesti. Vaikka on selvää, että toisiin tilanteisiin liittyy enemmän tunteita ja toisiin suhtaudutaan rationaalisemmin, lienee silti melko vähän kriisitilanteita, joita pohditaan vain tunteiden tai rationaalisten ratkaisujen kautta.

tasapainoon. Päämäärinä nähtiin mm. ihmisarvon tukeminen, turvallisuudentunteen vahvistaminen, syyllisyydentunteesta vapautuminen, elämäntilanteiden tukeminen ja uskon vahvistaminen.

Antaako sielunhoidollinen keskustelu ja hengellinen ulottuvuus potilaille apua, tukea ja lohdutusta elämän vastoinkäymisissä? Toimiiko sielunhoito selviytymisen tukena sairaudessa ja kriiseissä? Perinteisen coping-teorian mukaan ihmiset käyttävät useita eri selviytymisstrategioita elämän kriisitilanteissa.

2.2. Elämäntilanteiden hallinta

Elämäntilanteiden hallintatutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ihmisistä ongelmatilanteissa: heidän vaikeuksistaan, selviytymiskeinoistaan sekä saamastaan avusta. Elämäntilanteiden hallintatutkimuksen suhde selviytymisen eli coping'in tutkimusperinteeseen on osin päällekkäinen. Toisinaan katsotaan, että elämäntilanteiden hallinta on sama asia kuin coping, yleisemmin nämä käsitteet kuitenkin erotetaan toisistaan.

Elämäntilanteiden hallinnan käsite on kuulunut suomalaiseen tieteseen kymmenisen vuotta, ja vasta 1990-luvun aikana sen suosio on alkanut voimakkaasti kasvaa eri tieteenaloilla. Elämäntilanteiden hallinnan käsitettä on käytetty sosiaali- ja käyttäytymistieteissä useassa eri merkityksessä mutta useimmiten korvaamaan aiemmin vakiintuneita sanontoja, esimerkiksi tyytyväisyyttä elämään. Järvikosken mukaan elämäntilanteiden hallinnan käsitteen tulisi olla laaja elämäntilanteiden hallintaan liittyvä kattokäsite, joka sisältää useita elämäntilanteiden ja elämäntilanteiden hallintaan liittyviä komponentteja. (Järvikoski 1996, 35–36, 44.) Elämäntilanteiden hallinnan tunne on henkilön ja hänen sosiaalisen maailmansa vuorovaikutuksen seurausta. Niinpä hyvä elämäntilanteiden hallinnan tunne merkitsee sitä, että yksilö ja ympäristö ovat sopuissa keskenään – ympäristö vaatii ihmiseltä sopivasti, samoin se tarjoaa hänelle mahdollisuuksia. (Uutela 1996, 50.) Elämäntilanteiden hallinta on subjektiivinen tunnetila; kokemus siitä, että elämäni on tasapainossa: olen itseni herra, asetan itse rajani elämäni laatuksille, pärjään ja selviydyn itseni kanssa ihmissuhteissa ja ulkopuolisessa elämässä (Lindén 1999, 146–147).

Elämäntilanteiden hallintaa tarkastelleen Raimo Raitasalon mukaan elämäntilanteiden hallinnan näkökulma tuo sosiaalipolitiikkaan huomion kohteeksi ihmisten, perheiden ja eri väestöryhmien vaikeudet ja paineet, niiden käsittelykeinot ja ulkopuolisen epävirallisen tai virallisen tuen ja avun tarpeen. Tällöin sosiaalipolitiikan keinoin pyritään edistämään ihmisten ulkoista ja sisäistä elämäntilanteiden hallintaa, toisin sanoen tuetaan ihmisten selviytymismahdollisuuksia erilaisissa ristiriitaisissa tilanteissa ja paineissa, jotta he voisivat kokea erilaiset uhat entistä pienempinä. Elämäntilanteiden hallinnalla kuvataan ihmisten tarpeiden tyydyttämättömyydestä ja tavoitteiden saavuttamattomuudesta

sekä turvattomuuden ja uhkan kokemuksista syntyvää sopeutumiskäyttäytymistä, joka voi johtaa sosiaaliturvan tarpeisiin. (Raitasalo 1995, 11–12.)

Elämönhallinta voidaan määritellä ihmisen kyvyksi ja mahdollisuudeksi käyttää hyväkseen resurssiaan. Tarkemmin eritellen elämönhallinta edellyttää ihmisen autonomiaa eli itsemääräämistä. Ihminen on pohjimmiltaan aktiivinen olento, joka haluaa itse suunnitella elämänsä ja saa tyydytystä onnistuessaan. Hyvinvoinnin merkittävimpänä lähteenä on siten elämönhallinta. Elämönhallinnassa tarvitaan aineellisia voimavaroja ja välineitä (ravintoa, vaatteita, asunto, kulkuvälineitä) tarpeiden tyydyttämiseen. Yhtä tärkeitä ovat myös emotionaaliset ja kognitiiviset valmiudet. Ihmisen tunteet, kuten kiintymys tai pelot vaikuttavat ratkaisevasti hänen toimintaansa. Ihmisen on kyettävä harkitsemaan tekojensa seurauksia ja tekemään kypsiä valintoja. Myös ihmisen terveys ja keholliset valmiudet vaikuttavat hänen kykyynsä liikkua ja hoitaa tehtäviään. Ehkä kaikkein tärkeintä on kuitenkin itsekunnioitus ja tunnustuksen saaminen omalle ihmisyydelleen. Hautamäen mukaan elämönhallinnan tekee haastavaksi ympäristön nopeutuva muuttuminen, jolloin tarvitaan entistä enemmän monitaitoisuutta ja joustavuutta sekä toimintavalmiuk-sien voimistamista. (Hautamäki 1997, 47–48.)

Elämönhallintaa on coping'in tapaan tarkasteltu Suomessa myös ulkoisen ja sisäisen elämönhallinnan kautta. Ulkoinen elämönhallinta on kysymyksessä silloin kun ihminen on pystynyt suurin piirtein ohjaamaan itse elämänsä kulkua. Ulkoinen elämönhallinta on yksinkertaisimmillaan sitä, että mitään odottamatonta ja elämän kulkuun suuresti vaikuttavaa ei ole tapahtunut ja monimutkaisimmallaan sitä, että ihmisen itsensä asettama tavoitteiden ja elämän tarkoituksien ketju on lähes katkeamatta päässyt toteutumaan. Elämän sisäinen hallinta merkitsee sitä, että ihminen kykenee sopeutumaan ja katsomaan asioita parhain päin elämässään riippumatta siitä, mitä kokemuksia se sisältää. Sisäinen elämönhallinta opitaan vähitellen ja osittain jo lapsuudessa. (Roos 1987, 64–67.) Ulkoinen elämönhallinta eli havainnoitavissa oleva käyttäytyminen liittyy ympäristön mahdollisuuksiin tukea ihmisten omaa kykyä käsitellä koettuja paineita ja ristiriitoja. Ulkoisesta elämönhallinnasta on kyse silloin, kun ihminen pyrkii käyttämään esimerkiksi sosiaaliturvaa tai muiden ihmisten tukea selviytyäkseen kokemistaan vaikeuksista. Sisäinen elämönhallinta liittyy ihmisen omiin valmiuksiin ja taipumuksiin kohdata ja ratkoa vaikeuksia ja paineita sekä selviytyä niistä tulevaisuudessa. Se tapahtuu ensisijaisesti ihmisen sisäisenä puheena, jossa tunne-elämään ja mielensisältöjen prosessointiin liittyvät tekijät ovat keskeisesti esillä. Sisäisellä elämönhallinnalla tarkoitetaan tapahtumasarjaa, joka pyrkii tunteiden, havaintotoimintojen ja mielikuvien avulla käsittelemään tapahtuneiden vaurioiden ja menetysten sekä uhkien ja vaarojen aiheuttamaa ahdistuneisuutta sekä myös haasteellisina koettuja tilanteita. (Raitasalo 1995, 12, 25, 69.)

Rakentavia, tiedostettuja elämönhallintakeinoja ovat myönteinen ajattelu, kielteisten tunteiden torjunta ja velvollisuudentunto, sosiaalinen vertailu alaspäin ja sopeutuminen. Yhteiskunnan muuttuessa myös ihmisten kokemukset, käsitykset ja reagoitavat ympäristön paineisiin sekä koettuun turvallisuuteen ja omalle elämälle asetettuihin tavoitteisiin muuttuvat; hyvinvointi/pahoinvointi on jatkuvan muutoksen alaista. Ihmisestä itsestään riippumattomat muutokset ovat tavallisim-

min monikerroksisia ja aiheuttavat samanaikaisesti kumulatiivisia muutoksia useilla elämäntilanteilla. Mitä enemmän muutokset heikentävät aineellista perusturvallisuutta, perustarpeiden tyydyttämisen mahdollisuutta ja vaurioittavat ihmisen itsetuntoa, sitä vaikeampi hänen on sopeutua tilanteeseen ja saada oma elämäntilanne aktiivisen ja tavoitehakuksen sekä itsenäisen toiminnan piiriin. (Raitasalo 1995, 12, 20, 24, 29.)

Eräät niistä elämäntapahtumista, jotka koetaan uhkaaviksi, on mahdollista tulkita myös positiiviseksi haasteeksi, jos yksilön käytettävissä olevat psyykkiset tai sosiaaliset resurssit ovat paremmat. Stressitutkimuksen kysymystä, missä määrin erilaiset ympäristötekijät aiheuttavat sairastumiselle altistavaa kuormitusta, on siis täydennettävä toisella: mitkä tekijät pitävät ihmisen terveenä kuormittavissakin elämäntilanteissa. (Järvikoski 1994, 20.) Jos ihmisellä on käytössään runsaasti psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja, hän voi tulkita haastaviksi ja toimintaan houkutteleviksi sellaisetkin elämäntapahtumat, joiden yleensä katsotaan aiheuttavan haitallista psykososiaalista stressiä. Elämänsä myötä tapahtuvat oppimiskokemukset ovat rakentaneet hallinnan tunteista melko pysyviä ominaisuuksia. Ihmiset, joiden yleistyneet pystyvyysodotukset ovat korkeat, ovat muita taipuvaisempia kokemaan sosiaaliset tilanteet haasteina. Myös motivaatio ja yrittäminen voivat korvata suuriakin rajoituksia. Vähäiset pystyvyysodotukset voivat sen sijaan johtaa vetäytymiseen ja omien kiinnostusten ohittamiseen, jonka vuoksi ne voivat vaikuttaa elämänuran kehitykseen hyvinkin kielteisesti. (Järvikoski 1996, 37, 41–42, 44.)

Olavi Riihisen mukaan elämäntapahtumien hallinta on yhteiskuntatieteissä epäselvä käsite. Käsitettä ei ole tarvinnut koskaan operationalisoida, mikä merkitsisi tarkentavien määrittelyjen tekemistä. Riihisen mukaan elämäntapahtumien hallintaa merkitseviä käsitteitä on esiintynyt eri ajattelijoilla jo kauan. Yhteiskuntatieteisiin tämä termi on tullut 1800-luvun lopussa tai 1900-luvun alussa. Silti käsitteen käyttö on ollut leimallisempaa psykologialle kuin yhteiskuntatieteille. (Riihinen 1996, 16, 18, 32.) Elämäntapahtumien hallinnan käsitteen epäselvyyttä kuvastanee se, että käsite mielletään toisinaan samaksi asiaksi coping'in kanssa. (Ks. esim. Teinonen 2005, 59). Lisäksi Lazarus mainitaan toisinaan elämäntapahtumien hallintatutkimuksen uranuurtajaksi (Aromaa 1996, 14–15).

Sakari Suominen toteaa elämäntapahtumien hallintatutkimuksen ongelman suhteessa coping-tutkimukseen, mutta mainitsee, että coping eli varsinainen selviytymistutkimus keskittyy erilaisiin selviytymisstrategioihin ja niiden hyvinvointi- ja terveysvaikutuksiin; kun taas elämäntapahtumien hallintatutkimus keskittyy elämän kokonaisuuden organisaatiomalleihin riippumatta siitä, minkälaisia erilaisia ratkaisuja johonkin ongelmaan on sovellettu. Yleisellä tasolla elämäntapahtumien hallinnalla tarkoitetaan Suominen mukaan yksilön mahdollisuuksia ohjata elämäänsä. Elämäntapahtumien hallinnan näkökulmasta hyvinkin erilaiset keinot voivat myötävaikuttaa hyvän lopputuloksen syntymistä. Suominen pohtii sitä, voisiko elämäntapahtumien hallintaa vahvistamalla vaikuttaa suotuisasti väestön hyvinvointiin, erityisesti terveyteen. Yksilötasolla tämä voisi onnistua, vaikka mitään helppoja ratkaisuja ei ole löytynyt. Osallistuminen psykoterapiaan tai lisäkoulutuksen hankkiminen voisivat olla tällaisia yksilötason keinoja. Jos näiden keinojen soveltaminen väestötasolla edellyttää mittavaa panostusta on kuitenkin

kin epärealistista uskoa, että niiden perusteella voitaisiin rakentaa toimivaa terveystaloutta. Tästä huolimatta elämäntutkimusta voidaan hyödyntää. Ainakin yksilötasolla elämäntutkimusta voidaan vahvistaa suunnittelemalla interventioita alueilla, joilla tilanne on melko huono tai huonoimmillaan. Tällaisten interventioiden ei välttämättä tarvitse olla kalliita. (Suominen 1996, 81–83.)

Risto Eräsaaren mielestä elämäntutkimusta nojaavat tulokset perustuvat kykyihin, taitoihin, taitoihin ja terapioihin, jotka turvaavat tai varmistavat elämän jatkuvuutta ja pysyvyyttä, ja estävät sitä suistumasta sivuraiteelle tai tulehduksesta kontrollottomaksi. Elämäntutkimuksella tavoitellaan elämää koossa pitävää tasapainoa tai normaalisuutta. Sillä pyritään käyttäytymissääntöjen ja käyttäytymistapojen vakiinnuttamiseen, jotta ihminen voisi noudattaa sisäistämäänsä tottumuksia tai seurata arjen rutiinia. Elämäntutkimuksessa kyse on pikemminkin tottumuksista kuin tavoitteellisuudesta tai harkintaan perustuvista valinnoista. Mikäli ihmiseltä puuttuu perustavia elämäntutkimuksellisia pyrkimyksiä, ammattiauttajat tuottavat niitä tavallisesti. Sosiaalipolitiikassa ja sosiaalityössä varhimmat ja luotettavimmat sosiaalisia käyttäytymistä koskevat ennusteet perustuvat tottumuksien ja onnistuneen elämäntutkimuksen muokkaamaan elämäntapaan. (Eräsaari 2000, 56.)

Voiko mielenterveys auttaa potilasta sairauden ja kriisien ”haltuunotossa” ja parantaa siten potilaan mahdollisuuksia käyttää hyväkseen omia vahvuuksia ja voimavarojaan? Yksilöllisyyttä ja itsenäisyyttä korostavassa länsimaisessa ja suomalaisessakin kulttuurissa sairauden haltuunotto on sairastuneen yksilön velvollisuus. Sairaantuntijuiden muodostavat kokemuksellisen sairaustiedon rinnalla lääketieteestä ja muualta löydetty tieto sairaudesta. Oma asiantuntemustaan kasvatamalla monet sairastuneet pyrkivät myös ottamaan sairauden haltuun, jäsentämään sairautensa kokemusta ja sitä kautta myös omaa hyvinvointiaan. (Kangas 2003, 92.)

Coping’in ja elämäntutkimuksen välillä on eroja. Suurin ero käsitteiden välillä on siinä, että vaikka coping-tutkimuksissa tutkitaan erilaisista ongelmatilanteista selviämistä, niin sillä tarkoitetaan myös ihmisten käyttämiä selviytymisstrategioita elämän kriisitilanteissa. Elämäntutkimusta puolestaan nähdään lähinnä prosessina, joka syntyy ihmisen ja hänen sosiaalisen ympäristönsä välisestä vuorovaikutuksesta sekä hänen mahdollisuuksistaan ohjata itse elämänsä, käyttää hyväkseen omia vahvuuksiaan ja voimavarojaan. Elämäntutkimuksen vahvistaminen on oleellista ihmisen hyvinvoinnin kannalta. Kriisit ja ongelmat kuormittavat ihmistä ja pitkittyessään ne vähentävät hänen mahdollisuuksiaan tasapainoisen elämän viettämiseen. Voidaanko elämäntutkimuksen tunnetta parantaa mielenterveyskäsittelyssä?

2.3. Sielunhoidon antama tuki elämään

Toive sielunhoitosuhteen syntyemisestä lienee merkki siitä, että ihmisellä on tuen, hyväksynnän ja avun tarvetta sekä halua keskustella itselleen tärkeistä asioista luottettavan ihmisen kanssa. Tällaiseen pyyntöön on aina syytä suhtautua vakavasti. Tärkeätä sielunhoidossa on kuunteleminen, jakaminen ja lähimmäisen vierellä kulkeminen. Potilasta voidaan muun muassa auttaa hallitsemaan sairaudesta johtuva uusi elämäntilanne. Toivottavat muutokset ihmisten elämäntilanteessa, systeemeissä, perusteissa tai taustoissa ovat tapauskohtaisesti hyvin erilaisia. Niiden tavoitteena on kuitenkin ihmisen elämäntilanteen ja selviytymisen vahvistaminen. Muutosten aikaan saaminen potilaiden elämässä vaatii kuitenkin jo useampien sielunhoitokeskustelujen käymistä, mikä ei helposti ole sairaalaympäristössä mahdollista. Voiko sielunhoito kuitenkin olla ihmisen selviytymistä ja elämäntilanteen vahvistava tekijä? Tätä seikkaa selvitettiin siten, että tutkimuksen teoreettinen viitekehys liittyi coping- ja elämäntilanteen tutkimukseen.

Sielunhoidolle kehitettiin tutkimuksessa seuraavanlainen määritelmä:

Sielunhoidossa on kyse kristillisestä uskosta nousevasta toiminnosta. Ammatillisesta sielunhoidosta puhuttaessa sielunhoidolla tarkoitetaan papin tai diakonin/diakonissan keskusteluapua, jossa luottamuksellisesti keskustellaan ihmisten kanssa heidän erilaisista elämäntilanteistaan ja näin jaetaan toisen ihmisen taakkaa erilaisissa elämäntilanteissa. Sielunhoitoon voi keskustelun lisäksi liittyä myös rukousta, rippiä ja ehtoollinen. Laajasti katsottuna sielunhoitoa on myös muu ihmistenvälinen kanssakäyminen, jossa kuuntelemalla ja keskustelemalla jaetaan lähimmäisen taakkaa. Sielunhoidon palvelut ovat käyttäjille maksuttomia.

Sielunhoidon osa-alueiksi muodostettiin tuki elämään, ammatillisuus ja uskonnollisuus. Osa-alueet kehitettiin oman sielunhoidon määritelmän sekä aiemman kirjallisuuden pohjalta. Nämä kolme osa-alueetta analysointiin ja jaettiin edelleen pienempiin kokonaisuuksiin, joiden pohjalta muodostettiin muuttujia, joilla tutkittavaa ilmiötä voitiin mitata. Esimerkiksi sitä, missä määrin sielunhoito on selviytymistä (coping) ja elämäntilanteen vahvistava tekijä tutkittiin seuraavilla kysymyksillä (kysymyksissä oli lisäksi vastausvaihtoehtoja, joita voitiin hyödyntää analysoinnissa): Kaipaako Sinä tällä hetkellä sielunhoidollista tukea elämääsi? Jos yksikössä olisi sielunhoitaja tavattavissa, olisiko tällaiselle palvelulle tarvetta (uskooko itse käyttävänsä tällaista palvelua)? Saatko tällä hetkellä riittävästi luottamuksellista keskusteluapua elämäntilanteeseesi/hoitoosi? Minkälaista keskusteluapua kaipaavat? Oletko joskus saanut sielunhoidollista tukea johonkin elämääsi koskettaneeseen asiaan?¹⁹

19 Ks. myös alaluku 3.2.

Kirkon sairaalasielunhoidon julkaisussa vuodelta 1990, sielunhoidosta todetaan seuraavasti:

“Kristillinen sielunhoito on lähimmäisen hengellistä ja henkistä auttamista hänen hädässään. Se on palvelua, jossa kirkko toimii ihmisen hyväksi ottamalla heidät vastaan, jakamalla heidän hätänsä ja tarjoamalla koko evankeliumia koko ihmiselle. Sielunhoidon tavoitteena on, että Jumalan hyvyys, ihmisrakkaus ja anteeksiantamus pääsisivät toteutumaan autettavan elämässä.” (Sielunhoito sairaalassa 1990, 11.)

Kristillisen käsityksen mukaan ihminen on jakamaton kokonaisuus. Elämän todellisuuteen kuuluu sairautta, rikkinäisyyttä, kärsimystä, syyllisyyttä ja ahdistusta. Sielunhoito voi tällöin olla eräs apukeino elämän ongelmissa. Sielunhoito pyrkii olemaan kokonaisvaltaista hoitotyötä, jossa ihmisen ruumiilliset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet otetaan huomioon. (Sairaalasielunhoidon periaatteet 2004.)

Ammatilliselle sielunhoidolle ja siinä toimiville sielunhoitajille on annettu suositus niistä tehtävistä, joita heille kuuluu. Suosituksen mukaan sielunhoitajat antavat tarpeellista sielunhoitoa potilaille, suorittavat toimituksia, järjestävät hengellisiä tilaisuuksia, pitävät yhteyttä potilaan omaisiin ja tukevat hoitohenkilökunnan työtä. (Suositus sielunhoidosta sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimissa 1990, 65.) Laaja työnkuva ei saa johtaa kuitenkaan siihen, että varsinaiseen potilaiden kohtaamiseen ja osastoilla kiertämiseen, itsensä tunnetuksi tekemiseen ei jää riittävästi aikaa.

Sairaalasielunhoidolla on pitkät perinteet terveydenhuollossa työskentelystä. Suomen evankelis-luterilaisella kirkolla on tällä hetkellä 134 sairaalasielunhoitajaa, joista 119 työskentelee päätoimisina ja 15 osa-aikaisina. Sairaalapapeista on naisia 66 ja miehiä 53. Sielunhoidollinen keskustelu potilaan kanssa on sairaalapapin perustehtävä. Sairaalapappi työskentelee potilaiden, heidän läheistensä ja henkilökunnan sielunhoitajana. Erilaiset hartaustilaisuudet, ehtoollisen vietto ja jumalanpalvelukset ovat perinteisen sielunhoidon välineitä. Sairaalapapit suorittavat myös kirkollisia toimituksia, eniten saattohartauksia ja hautaan siunaamisia. Terveydenhuollon nopea kehittyminen, sairaalapaikkojen vähentyminen ja hoitoaikojen lyhentymisen on tuonut sairaalasielunhoidolle 1990-luvulta lähtien uusia haasteita. Sairaalapappi käyttää osan työajastaan avohoidon sielunhoidon tehtäviin. (Aalto 2004.)

Sairaalasielunhoidon ydin on työntekijän ja potilaan luottamuksellinen sielunhoitosuhde, jossa potilas voi käsitellä kaikkia elämäänsä ja sairauteensa liittyviä asioita sekä saada sielunhoidollista tukea ja lohdutusta (Sairaalasielunhoidon periaatteet 2004).

Sairaalasielunhoitajien ensimmäinen erikoistumiskurssi järjestettiin vuosina 1960–61. Sielunhoidon työ oli alkanut kuitenkin jo 1900-luvun alussa, jolloin perustettiin palkkiotoimisia saarnaajan virkoja. Paavo Kettunen selvittää väitöskirjassaan koulutuksessa tapahtuneita muutoksia vuosina 1960–75. Koko sen ajan sairaalasielunhoito eli sisäänajovaihetta sairaalalaitoksessa pyrkien löytämään yhteisen kielen muiden ammattiryhmien kanssa. Alkuvuosina sielunhoidon ihmiskäsitys oli ristiriitainen: sitä leimasi epäluulot psykologiaa, psykoanalyysia ja psykoterapi-

aa kohtaan. Sosiaalityön auttamismenetelmien kautta välittyi sielunhoidon ihmiskäsitykseen myös toisenlaisia piirteitä. Henkilökohtaisen huollon (case work) ihmiskäsityksissä ilmeni luottamus ihmisen terveisiin voimiin ja auttamistyössä tukeuduttiin jokaisen yksilön kykyyn kasvaa itsenäisyyteen ja omaan vastuuseen. Tavoitteena oli itseään toteuttava ja luova ihminen. Tutkimuskauden lopulla määrääväksi tekijäksi tuli elämän tilanne, jossa ihminen eli ja koki vaikeutensa. Sielunhoidon tehtävä oli mennä kärsivän ihmisen lähelle kohtaamaan hänet hänen omassa tilanteessaan ja kuunnella, miten apua tarvitseva koki tilanteensa. Elämäntilanteen ymmärtämiseksi käytettiin paljon psykologian, eksistentiaalianalyysin ja psykoterapian välittämää kokemusta ja tietoa ihmisestä. Näitä ei pidetty enää vain teologian aputiiteitä. (Kettunen 1990, 327, 329, 331, 164–165.)²⁰

Keskiajalla sielunhoitaja oli ensisijaisesti rippi-isä. Sisälähetyksen merkityksen kasvaessa kiinnostus sielunhoitoon lisääntyi 1800-luvun lopussa. Sielunhoidossa otettiin erityisesti huomioon ihmisen yksilöllinen tilanne. Ensimmäisen maailmansodan jälkeen sielunhoito oli protestanttisissa kirkkoissa paljolti Jumalan sanan saarnaamista yksityiselle ihmiselle. Kun saarna kohdistui koko seurakuntaan, niin sielunhoito kohdistui yksityiseen seurakunnan jäseneseen. 1920–30-luvuilla jalansijaa sai amerikkalainen sielunhoitoliike ja pastoraalipsykologia. Sielunhoitajan tehtävänä ei nähty tällöin saarnaamista tai opettamista vaan palvelemista ja auttamista. Sielunhoidon tarpeen nähtiin nousevan 1950-luvun alussa ihmisen uskonnollisesta hädästä ja sielunhoito käsitettiin ihmisen hengellisten ja uskonnollisten kysymysten hoitamiseksi. Eurooppalaisessa sielunhoidossa 1960-luku oli käännteentekevä. Analyttisen psykoterapian vaikutus sielunhoitoon lisääntyi 1960-luvun loppupuolella ja 1970-luvulla. Suhtautuminen psykologiaan ja psykoterapiaan on suomalaisessa sielunhoidossa muuttunut vuosikymmenten kuluessa torjuvasta ja epäluuloisesta asenteesta koko ajan myönteisempään ja yhteistyöhakuisempaan suuntaan. Uusi tapa opiskella sielunhoitoa merkitsi suurta muutosta aikaisempaan eurooppalaiseen tapaan oppia. Viime vuosikymmenten psykologian kehitys on merkinnyt erilaisten metodien laaja-alaisempaa käyttöä sielunhoitotyössä. Samalla sielunhoitotyö on ammatillistunut. (Kettunen 1997, 47–50, 52–53, 56–57.)

Sielunhoitajien työskentelytapaa, työntekijöiden sielunhoitokäsityksiä sekä sielunhoidollista tukea on muutamassa aiemassa tutkimuksessa ryhmitelty. Kirkon sairaalasielunhoidon pitkään sielunhoitokoulutukseen osallistuneiden henkilöiden sielunhoitotyössä korostuu Hakalan mukaan kolme työskentelytapaa, joista kuuntelupainotteinen metodi (listening-centered approach) on selvästi yleisin. Useimmat tämän suunnan edustajat työskentelevät ennen kurssille osallistumista seurakunnassa. Kuuntelu oli heidän yleisin tapa auttaa sielunhoitoon tulleita henkilöitä riippumatta henkilöiden ongelmista. Rukous, virsilaulu, ehtoollisen vietto sekä uskonasioista puhuminen oli heille luontaista. Kokonaisvaltainen työskentelymetodi (holistic) oli käytössä erityissielunhoitotyössä olevien keskuudessa, jotka työsken-

20 Kun sielunhoitotyö psykoterapian näkökulmasta on enimmäkseen supportiivista, tukea-antavaa, psykoterapiakoulutuksen saaneet voivat liittää työskentelyyn myös tiedostamattoman psyykkisen materiaalin käsittelyä. Heidän työnsä tuottaa uudenlaista tietoa, jota kutsutaan pastoraalipsykologiaksi. (Virtaniemi & Käyhti 1997, 259, 260.)

telivät etenkin kehitysvammaisten tai vanhusten kanssa. Heidän työssään korostui autettavien hoivaaminen, jutustelu sekä ei-keskustelevat työskentelymetodit. Fyysiset kontaktit olivat yleisiä. Myös heille rukous, virsilaulu ja ehtoollisen vietto olivat osa sielunhoitotyötä. Terapeuttisesti orientoitunut (therapeutically oriented) sielunhoidon metodi oli käytössä etenkin sairaalateologioiden keskuudessa. Heidän työskentelyote oli kuuntelukeskkeinen, mutta selvästi terapeuttisemmin orientoitunut kuin ensimmäisen ryhmän edustajilla. He myös kiinnittivät muita ryhmien enemmän huomiota itsen ja omiin reaktioihinsa sielunhoitotyössä. Heidän suhtautumisensa terapeuttisiin metodeihin oli positiivista. (Hakala 2001, 116, 118.)

Hakala jakaa sielunhoidollisen tuen edelleen kolmeen ryhmään: terapeuttisesti orientoituneeseen, hengellisesti orientoituneeseen sekä yleiseen sielunhoidolliseen tukeen. Näistä ensimmäinen suuntaus ei edusta mitään tiettyä terapeuttista linjaa vaan ennemminkin sielunhoitajan valmiutta käsitellä asiakkaiden ongelmia uudella, syvemmällä tavalla. Työskentelyyn kuuluu keskustelu asiakkaiden tärkeistä ongelmista. Keskeisenä päämääränä on sisäinen ymmärrys. Puhumisen lisäksi muita auttamismuotoja ei käytetä. Hengellisesti orientoituneen sielunhoidon tavoitteena on hengellisen tuen antaminen autettavalle. Työskentelymetodinä on keskustelu asiakkaan kanssa. Keskustelun sisältönä ovat asiakkaiden tärkeät ongelmat. Yleiseen sielunhoitoon luokitellussa tuessa käsiteltävät aiheet ovat moninaiset, autettavan kanssa voidaan puhua mistä tahansa. Tässä suuntauksessa korostuu keskustelun lisäksi myös käytännön avun antaminen, sakramentit (ehtoollinen) sekä hengelliset tapahtumat. Keskeisenä päämääränä on rohkaisu sekä yleinen tuki elämään. (Hakala 2001, 138–144.)²¹

Kettunen määrittelee diakoniatyöntekijöiden sielunhoitokäsitykset hengelliseen ja intentionaaliseen. Hengellisesti suuntautuneessa sielunhoidossa keskustellaan ihmisenä olemisen peruskysymyksistä, elämän tarkoituksesta, Jumalan olemassaolosta ja hengellisestä elämästä. Asiakkaina ovat erityisesti hengellistä tukea tarvitsevat. Auttamistilanteessa pysähdytään kärsimyksen eteen, rukoillaan ja keskustellaan Jumalan vaikutuksesta ihmisen elämässä. Intentionaalisesti suuntautuneessa sielunhoidossa puhutaan läheisen menetyksestä, surusta, ahdistuksesta sekä kaikista muista asiakkaan esille ottamista teemoista. Mitään aihealueita ei suljeta etukäteen pois. Asiakkaina ovat kaikki apua tarvitsevat henkilöt. Sielunhoitokontaktissa tärkeää on suhde autettavaan sekä se, mitä autettavassa tapahtuu. (Kettunen 2001, 75–86.)

21 Kagan kollegoineen suositteli kolmivaiheista sielunhoitoprosessia. Ensimmäisenä vaiheena on tilanteen arvioiminen ja tutkiminen. Vaihe sisältää lämpimän ja empaattisen lähestymisen, jonka tarkoituksena on keskustella tilanteesta ja kohdistaa siitä olennainen kysymyksiin. Toisena vaiheena on tilanteen ymmärtäminen, jossa arvioidaan tilannetta monipuolisesti ja jota pyritään selkeyttämään konkreettisten päämäärien ja tavoitteiden asettamiseksi. Kolmantena vaiheena on itse toiminta eli hoito- ja auttamiskeinojen käyttäminen. Tämä vaihe sisältää ongelmanratkaisua, käyttäytymisen muuttumista ja muuttumiseen rohkaisemista. Se päättyy arviointiin. (Ks. Ikonen 2000, 69.)

Sielunhoidossa saatava tuki poikkeaa hoitohenkilökunnan ja sosiaalityöntekijän antamasta tuesta.²² Hoitohenkilökunnan työssä korostuu hoidon ja hoivan antaminen potilaalle. Sosiaalityöntekijöiden työssä korostuu puolestaan yhteiskunnallinen vaikuttaminen ja konkreettisen tuen ja avun antaminen potilaalle tietyssä kriisitilanteessa. Sielunhoitajan tuki on kuuntelemista ja henkistä tukea, ihmisen omanarvon tunnetta eheyttävää ja elämän mielekkyyden kokemuksia vahvistavaa auttamistyötä. Sielunhoidollisessa suhteessa potilasta kuunnellaan hänen omista lähtökohdistaan käsin. Sielunhoito kumpuaa kristillisestä elämäkatsomuksesta. Hengellistä näkökantaa ei korosteta, mutta potilaan kanssa ollaan valmiita keskustelemaan kaikista elämään liittyvistä kysymistä, myös hengellisistä. Sielunhoitajalla on valmiudet kohdata potilaan ahdistusta, surua ja elämäkysymyksiä. Sielunhoito ei kuitenkaan ole terapeutista tukea, eikä usein sovellu psyykkisesti sairaiden hoitoon, sillä suurimmalta osalta sielunhoitajista puuttuu tähän työhön vaadittava terapiakoulutus. Tästä huolimatta sielunhoito voi kuitenkin toimia psyykkisesti sairaan tukena.

Sielunhoitotyö on kirkon toimintaa, palvelua sekä lähimmäisen hengellistä ja henkistä auttamista hänen hädässään. Työn painopisteet ovat muuttuneet vuosien varrella. Siirtyminen julistavasta sielunhoitotyöstä keskustelemaan työotteeseen on ollut tärkeää sielunhoidon kehittymisessä. Julistava työote edustaisi todennäköisesti monille potilaille vierasta ongelmien lähestymistapaa. Työnkuvan muuttumisen myötä sielunhoitajan persoona ja sielunhoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet korostuvat. Pitkän sairaalasielunhoidon lisäkoulutuksen hankkiminen on sielunhoitotyössä olevalle teologille tärkeää. Hyvä olisi lisäksi se, että etenkin mielen-terveyspotilaiden kanssa työskentelevät sielunhoitajat olisivat hankkineet itselleen myös tarpeeksi kattavan psykoterapiatietämyksen. Myös suomalaisen yhteiskuntarakenteen tunteminen ja ihmisen yksilöllisen elämäntilanteen riittävä huomioiminen auttaa sielunhoitajaa kohtaamaan ihmisiä heidän erilaisissa kriisitilanteissaan. Lyhytaikaisessa, laaja-alaisessa sielunhoidossa (esimerkiksi yhden kerran satunnainen keskustelu potilaan kanssa) pärjää sen sijaan hyvin kuka tahansa kirkkoon kuuluva, herkän, kuuntelevan ja lähimmäistään kunnioittavan asenteen omaava ihminen. Lyhytkestoisen sielunhoitosuhteen mahdollisuudet vaikuttaa potilaan elämäntilanteeseen ratkaisevalla tavalla ovat kuitenkin melko heikot. Tällaisellakin keskustelulla on kuitenkin merkitystä supportiivisena tukena, sillä ahdistunut ihminen voi näin purkaa mieltään painavia asioita luottamuksellisessa ilmapiirissä tähän työhön omistautuneen henkilön kanssa ja saada itselleen sitä kautta kohentuneen olotilan.

22 Sosiaalityöstä sekä sen lähtökohdista ja kehityksestä ks. tarkemmin esim. Lindén 1999, 25, 33, 41, 55, 116, 152–155; Aho 1999, 12–13, 21; Raunio 2000, 11–14, 74–75, 141, 234, 237.

3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1. Tutkimusaineistot

3.1.1. Potilaskysely

Tutkimuksen lähteenä on kaksi kyselytutkimusta. Toinen niistä on kerätty Diacorin työntekijöiltä ja toinen Diacorin palveluja käyttäviltä potilailta. Kyselytutkimus potilaille toteutettiin keväällä 2001. Kyselylomake jaettiin kaikkiaan 1 075:lle potilaalle Medi-Metron ja Aikatalon lääkäriasemilla sekä Diacorin sairaalassa ja poliklinikalla Alppikadulla. Kyselylomakkeen palautti 790 henkilöä eli 73 % lomakkeen saaneista.

Viikko 19 Medi-Metron lääkäriasema

Lääkäriasema Medi-Metro toimii Helsingin Itäkeskuksessa. Medi-Metron asiakkaista noin puolet on yksityisasiakkaita ja puolet työterveysasiakkaita. Medi-Metrossa käy noin 5 000 asiakasta kuukaudessa.²³ Yksikössä aiemmin tehdyt asiakastyytyväisyyskyselyt ovat onnistuneet kohtuullisen hyvin henkilökunnan suuren panostuksen vuoksi.²⁴

Kyselylomake jaettiin kaikkiaan 479 potilaalle. Lomake oli jaossa kahdessa vastaanottopisteessä, jotka sijaitsivat lääkäriaseman eri kerroksissa. Lomaketta jaettiin maanantai aamupäivästä torstaihin kello 19 asti ilmoittautumisen yhteydessä. Kyselylomakkeen palautti 337 henkilöä eli 70 % lomakkeen saaneista. Vastaanotossa ajoittain olleen kiireen vuoksi lomaketta ei jaettu jokaiselle kävijälle.

23 Vuonna 2001 lääkäriasema Medi-Metron lääkäriiskäyntimäärä oli 60 800. Keskimääräinen käyntimäärä viikkoa kohden maanantaista sunnuntaihin oli näin ollen 1 169. (Lääkäriasemien tilasto 1–12/2001. Diacor terveystalvelut Oy.)

24 Työntekijäpalaveri lääkärikeskus Medi-Metrossa 20.4.2001.

Ohjeeksi oli annettu, että kiireellisinä aikoina lomake annetaan joka toiselle kävijälle.²⁵

Viikko 21 Aikatalon lääkäriasema

Aikatalon lääkäriasema toimii Helsingin ydinkeskustassa. Asiakkaista noin 90 % on työterveysasiakkaita, yksityisasiakkaiden osuus on pieni. Aikatalossa käy noin 2 600 potilasta kuukaudessa.²⁶ Yksikössä aiemmin toteutettu asiakastytyväisyyskysely ei ollut onnistunut, sillä tutkimukseen vastaamattomuus oli jäänyt hyvin suureksi.²⁷

Kyselylomake jaettiin kaikkiaan 265 potilaalle. Lomake oli jaossa kahdessa vastaanottopisteessä koko viikon ajan. Kyselylomakkeen palautti 194 henkilöä eli 73 % lomakkeen saaneista. Tutkimusviikolle sattui helatorstai, minkä vuoksi loppuviikon kävijämäärä jäi vähäiseksi. Maanantain, tiistain ja keskiviikon potilasmäärät olivat ajankohtaan nähden normaalit. Helatorstain vaikutusta kävijämääriin ei osattu tutkimusta suunniteltaessa riittävässä määrin huomioida.²⁸

Viikko 22 Alppikatu (poliklinikka, sairaalan vuodeosasto ja tutkimusyksiköt)

Alppikadun korttelissa toimii lääkäriasema, poliklinikka, sairaala sekä kuvantamisyksikkö. Poliklinikkaan kuuluu silmäklinikka, lapsettomuusyksikkö, lääkäreiden vastaanotot sekä tutkimukset ja toimenpiteet. Alppikadun sairaalassa on leikkaustoimintaa, vuodeosastot, kliinisen fysiologian tutkimukset sekä fysioterapiaa. Sairaalassa on päiväkirurgista toimintaa, kirurginen vuodeosasto, leikkausosasto sekä sisätautiosasto. Sairaalassa hoidetaan myös urheiluvammoja. Viime vuosina panostusta on suunnattu ikääntyvien ihmisten hoitoon. Tutkimus suoritettiin poliklinikalla, sairaalan vuodeosastolla ja tutkimusyksiköissä.

Alppikadun sairaalassa kyselylomake jaettiin 293 potilaalle. Lomake oli jaossa poliklinikan neljässä vastaanottopisteessä, jotka kaikki sijaitivat vierekkäin.

25 Lomakkeiden jakamisesta informoitiin asiakkaita tiskillä olevalla tiedotteella. Myös lomakkeiden jakajilta kysyttiin toisinaan lisätietoja tutkimuksesta. Kyselylomakkeita jaettiin Medi-Metrossa selvästi eniten maanantaina, 189 kappaletta. Tiistaina lomakkeita jaettiin 111, keskiviikkona 96 ja torstaina 83. Kieltäytyneiden määrä ei vastaanottovirkailijoiden mukaan ollut kovin suuri.

26 Vuonna 2001 lääkäriasema Aikatalon lääkäriiskäyntimäärä oli 31 836. Keskimääräiseksi käyntimääräksi viikkoa kohden tulee siten 612 käyntiä. Luku sisältää myös viikonloppukäynnit. (Lääkäriasemien tilasto 1–12/2001. Diacor terveysterveyspalvelut Oy.)

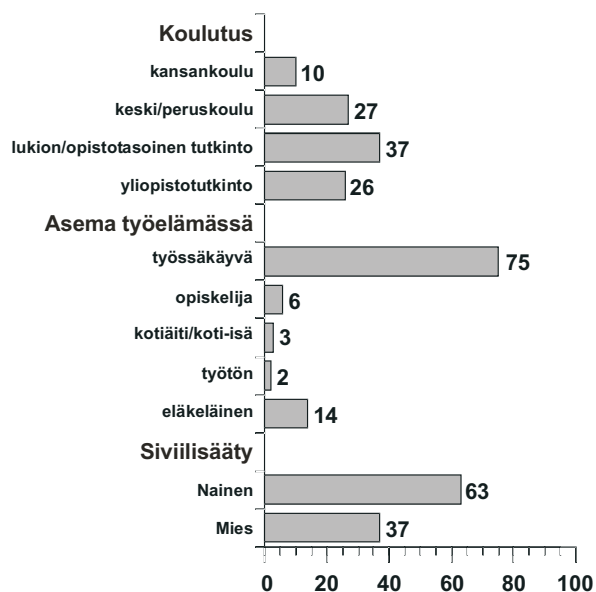
27 Työntekijäpalaveri pidettiin lääkärikeskus Aikatalossa 24.4.2001.

28 Kyselylomakkeen jakamisesta informoitiin asiakkaita tiskillä olevalla tiedotteella. Myös lomakkeiden jakajilta kysyttiin toisinaan lisätietoja tutkimuksesta. Maanantaina lomakkeita jaettiin 76, tiistaina 63, keskiviikkona 52, torstaina vain 11, perjantaina 38, lauantaina 15 ja sunnuntaina 10. Tutkimuksesta kieltäytyneitä oli työntekijöiden mukaan alkuvuikosta 15 ja loppuviikosta 5. Kieltäytymisen syynä oli useimmiten kiire vastaanotolle.

Lomaketta jaettiin maanantai- aamupäivästä perjantaihin kello 15 asti. Lomakkeen palautti 79 % sen saaneista. Lapsettomuus- ja silmäyksikössä lomake jaettiin 18 henkilölle, joista sen palautti yhteensä 13 henkilöä, 72 %. Näissä yksiköissä lomakkeita oli jaossa vain osan viikkoa. Vastaanotossa ajoittain olleen kiireen vuoksi kyselyä ei jaettu aivan jokaiselle kävijälle. Ohjeeksi oli annettu, että tällaisessa tapauksessa lomake annetaan esimerkiksi joka toiselle kävijälle.²⁹ Sairaalan vuodeosastolla kysely jaettiin kaikille tutkimusviikolla osastolla sisällä oleville tai sinne tuleville henkilöille, joita oli kaikkiaan 20. Vastausprosentiksi tässä yksikössä tuli 70.³⁰

Kaikista potilaista kansa- tai peruskoulun käyneitä oli yhteensä 37 %. Saman verran potilaista oli suorittanut lukion tai opistotasaisen tutkinnon. Yliopistotutkinnon suorittaneita oli 26 %. Naisten osuus vastaajista oli 63 %. Suurin osa potilaista oli työssäkäyviä, heitä oli vastaajista 75 %. Työssäkäyvien osuus tässä tutkimuksessa oli jonkin verran maan keskitasoa korkeampi. Korkea-asteisen tutkinnon suorittaneiden määrä vastasi sen sijaan suomalaista keskitasoa. (Suomen tilastollinen vuosikirja 2003, 373, 503.)

Kuvio 1. Potilaiden sosioekonominen tausta (N= 790).

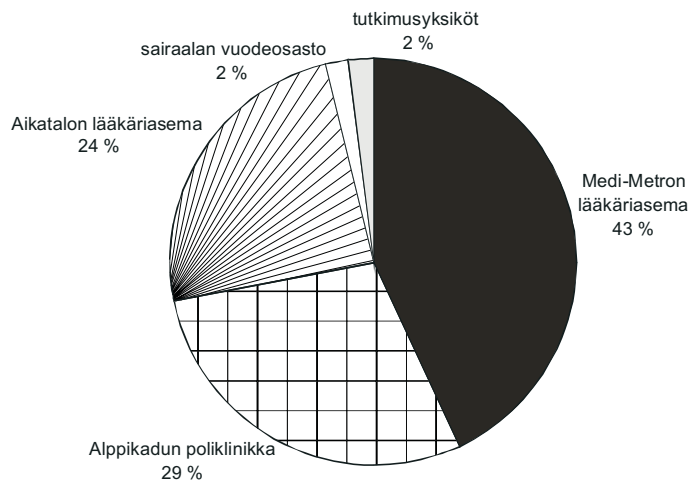


29 Tutkimuksen tekijä vieraili sairaalan työntekijäpalaverissa 20.4.2001 ja 11.5.2001. Tällöin sovittiin tutkimuksen tekemisen käytännön toimenpiteistä. Kyselylomakkeita jaettiin potilaille maanantaina 93, tiistaina 60, keskiviikkona 47, torstaina 69 ja perjantaina 24.

30 Tutkimusviikolla sairaalan vuodeosastolle ilmoittautui alle kymmenen henkilöä. Tämän vuoksi hoitajat jakoivat kyselylomakkeen ohjeineen myös vuodeosastolla jo sisällä oleville potilaille. Maanantaina lomakkeita jaettiin 3, tiistaina 10, keskiviikkona 5, torstaina ei yhtään ja perjantaina 5.

Potilaista 43 % vastasi kyselyyn Medi-Metron lääkäriasemalla Itäkeskuksessa ja 24 % Aikatalon lääkäriasemalla Mikonkadulla. Loput potilaista vastasi kyselyyn Alppikadun poliklinikalla, sairaalassa tai tutkimusyksiköissä.³¹

Kuvio 2. Potilaiden (N=790) käyntiyksikkö Diacorin terveydenhuollossa.



Taulukko 2. Kyselyn palautusprosentit potilaiden keskuudessa Diacorin eri yksiköissä.

Yksikkö	Jaetut lomakkeet			Palautetut lomakkeet			Palautusprosentti		
	N	M	Yht.	N	M	Yht.	N	M	Yht.
Medi-Metro	314	165	479	245	92	337	78	56	70
Aikatalo	178	87	265	131	63	194	74	72	73
Alppikatu:									
Poliklinikka	148	145	293	118	114	232	80	79	79
Vuodeosasto	15	5	20	11	3	14	73	60	70
Tutkimusyksiköt	8	10	18	6	7	13	75	70	72
Yhteensä	663	412	1075	511	279	790	77	68	73

N = Naiset, M = Miehet. Medi-Metro ja Aikatalo olivat lääkäriasemia. Alppikadulla kysely jaettiin poliklinikalla, sairaalan vuodeosastolla ja tutkimusyksiköissä.

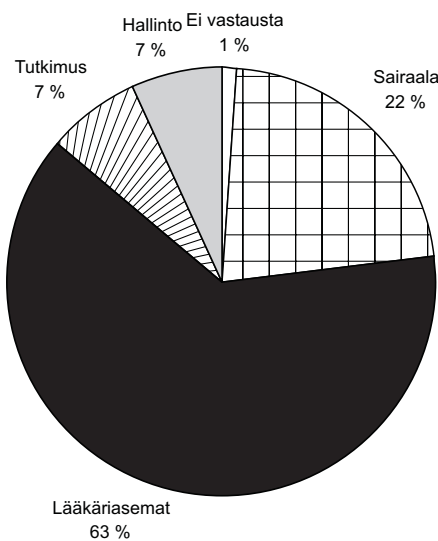
31 Lääkäriasema Medi-Metro on nykyään Diacor Itäkeskus ja lääkäriasema Aikataloa kutsutaan nykyään Diacor Keskustaksi.

3.1.2. Työntekijäkysely

Kyselylomake Diacorin työntekijöille lähetettiin maaliskuussa 2001. Lomakkeet postitettiin yksiköittäin, aakkosjärjestyksessä joka toiselle työntekijälle. Lomakkeita lähetettiin kaikkiaan 314. Diacorin työntekijöistä kyselylomakkeen palautti 200 henkilöä eli 66 %. Avaamattomina lomakkeita palautettiin 10, työntekijä oli lomalla, virkavapaalla tai vaihtanut työpaikkaa. Lisäksi viisi vastausta saapui myöhässä. Diacorin työntekijöille lähetettiin yksi muistutuskirje. Ensimmäiseen kyselykierrokseen vastasi yli 50 % otokseen kuuluneista.

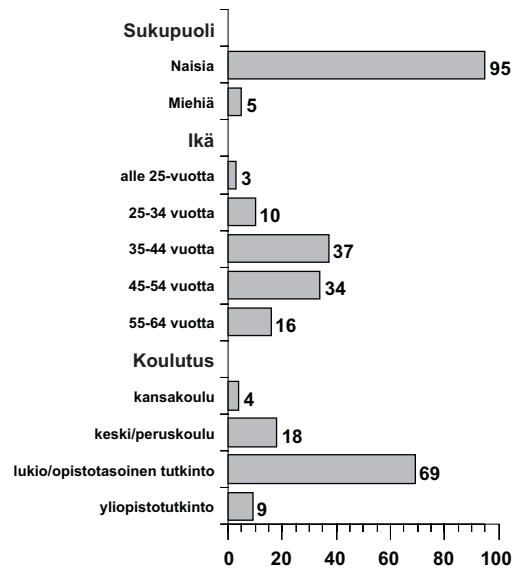
Työntekijöistä suurimmalla osalla oli vakituinen työsuhde. Määräaikaisessa työssä oli vain 8 % vastaajista. Määräaikaisessa työsuhteessa olevia oli yhtä lailla miesten ja naisten keskuudessa ja tasaisesti kaikissa ikäryhmissä. Poikkeuksen tästä tekivät yli 54-vuotiaat, joiden työsuhde oli lähes kaikilla vakituinen. Suurin osa (89 %) työntekijöistä toimi asiakaspalvelussa. Työntekijöistä 22 % työskenteli sairaalassa, 63 % lääkäriasemilla ja 7 % tutkimuksessa sekä hallinnossa.

Kuvio 3. Työntekijöiden (N=200) työpiste Diacorissa.



Tutkimukseen vastanneista työntekijöistä suurin osa (95 %) oli naisia. Tämä vastasi melko pitkälle todellista sukupuolijakaumaa työntekijöiden keskuudessa. Miehet toimivat tasaisesti eri Diacorin yksiköissä. Vastaajista 71 % oli iältään 35–54-vuotiaita. Alle 35-vuotiaiden osuus oli 13 %. Enemmistö (69 %) työntekijöistä oli saanut lukio- tai opistoasteisen koulutuksen, keski- tai peruskoulun käyneitä oli 18 % ja yliopistotutkinnon suorittaneita oli 9 %.

Kuvio 4. Työntekijöiden (N=200) sosioekonominen tausta.



3.1.3. Haastattelut

Tutkimuksessa haastateltiin mukaan otettujen terveydenhoitoyksiköiden työntekijöitä joko työntekijäpalaverissa tai yksittäin. Haastatteluja oli kahdeksan ja ne suoritettiin keväällä 2001. Haastatteluista kaksi oli yksilöhaastattelua ja kuusi ryhmähaastattelua. Haastatteluja ei äänitetty, mutta niistä tehtiin muistiinpanot haastatteluhetkellä.

3.2. Mittarien laadinta ja muodostaminen

Sielunhoidon käsitettä kehiteltiin aiemman kirjallisuuden pohjalta ja se määriteltiin seuraavasti:

”Sielunhoidossa on kyse kristillisestä uskosta nousevasta toiminnosta. Ammatillisesta sielunhoidosta puhuttaessa sielunhoidolla tarkoitetaan papin tai diakonin/diakonissan keskusteluapua, jossa luottamuksellisesti keskustellaan ihmisten kanssa heidän erilaisista elämänongelmistaan ja näin jaetaan toisen ihmisen taakkaa erilaisissa elämäntilanteissa. Sielunhoitoon voi keskustelun lisäksi liittyä myös rukousta, rippi ja ehtoollinen. Laajasti katsottuna sielunhoitoa on myös muu ihmistenvälinen kanssakäyminen, jossa kuuntelemalla ja keskustelemalla jaetaan lähimmäisen taakkaa. Sielunhoidon palvelut ovat käyttäjille maksuttomia.”

Sielunhoidon osa-alueiksi hahmoteltiin seuraavat elementit: tuki elämään, ammatillisuus ja uskonnollisuus. Osa-alueet kehiteltiin aiemman sielunhoitokirjallisuuden sekä oman sielunhoitomääritelmän pohjalta. Nämä osa-alueet analysointiin ja

Sielunhoidon mittarien laadinta ja muodostaminen

Käsite	Osa-alueet	Osa-alueiden analysointi	Kysymykset
<p>SELUNHOITO</p>	<p>Tuki elämään</p> <p>Tukee itseä</p> <p>Ei tue itseä</p> <p>Ammatillinen</p> <p>Ammatillisuus</p> <p>Laaja-alainen</p> <p>Uskonnollisuus</p> <p>Ei uskonnollinen hoitomuoto</p>	<p>Coping - selviytymiskeino - tarve</p> <p>Elämänhallinta - ”oman elämänsä Herra” - vahvuuksien löytäminen</p> <p>Pappi - edut - ensisijaisuus</p> <p>Diakoni/Diakonissa - edut - ensisijaisuus</p> <p>Muu kirkon jäsen - ystävien/muiden tuki</p> <p>Uskonnollinen hoitomuoto</p> <p>Keskustelu - sisältö - merkitys - elementit</p> <p>Rukous</p> <p>Ehtoollinen</p> <p>Rippi</p> <p>Muu toiminta</p>	<p>Kaipaako Sinä tällä hetkellä sielunhoidollista tukea elämääsi? Jos yksikössä olisi sielunhoitaja tavattavissa, olisiko tällaiselle palvelulle tarvetta? Minkälaista sielunhoidollista tukea kaipaavat? Saaako tällä hetkellä riittävästi luottamuksellista keskustelua elämäntilanteeseesi/hoitosi? Oletko joskus saanut sielunhoidollista tukea johonkin elämääsi koskettaneeseen asiaan? (minkälaista)</p> <p>Mille ammattiryhmän edustajalle sielunhoitotyön tekeminen mielestäsi kuuluu? (kenelle ensisijaisesti) Kenet toivoisit sielunhoitajaksesi? Millainen hyvä sielunhoitaja Sinusta on? Mikä on mielestäsi tärkeää luottamuksellisen sielunhoitosuhteen syntymisessä?</p> <p>Oletko joskus saanut sielunhoidollista tukea johonkin elämääsi koskettaneeseen asiaan? (minkälaista) Mitä ajatuksia sana sielunhoito Sinussa herättää? Mistä asioista koet sielunhoitajan kanssa voitavan keskustella? Minkälaista sielunhoidollista tukea kaipaavat? (keskustelu, rukous, ehtoollinen, rippi, muu) Minkälainen merkitys uskonnolla on elämässäsi? Oletko mielestäsi uskonnollinen ihminen, ei-uskonnollinen vai vakaumuksellinen ateisti?</p>

jaettiin edelleen pienempiin kokonaisuuksiin, joiden pohjalta muodostettiin muutujia, joilla tutkittavaa ilmiötä voitiin mitata.³² Esimerkkinä ammatillisuuden indikaattoreista: sielunhoidon ammatillisuutta tutkittiin jakamalla sielunhoito ammatilliseen ja laaja-alaiseen sielunhoitoon. Ammatillinen sielunhoito jaettiin edelleen papin tekemään sielunhoitotyöhön sekä diakonin/diakonissan antamaan sielunhoitoon. Näiden ryhmien etuja toisiinsa nähden sekä ensisijaisuutta selvitettiin seuraavilla kyselylomakkeen kysymyksillä: Kenet toivoisit sielunhoitajaksesi?³³ Mille seuraavista ammattiryhmän edustajista sielunhoitotyön tekeminen mielestäsi kuuluu?³⁴ Millainen hyvä sielunhoitaja mielestäsi on?³⁵ Mikä on mielestäsi tärkeää luottamuksellisen sielunhoitosuhteen syntymisessä?³⁶

Työntekijäkysely oli 5-sivuinen ja potilaskysely 2-sivuinen.³⁷ Kyselyissä oli sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Potilaiden kyselyssä oli kaikkiaan 18 kysymystä.³⁸ Työntekijöiden lomakkeessa oli 31 kysymystä.³⁹ Useat kysymykset esitettiin sekä potilaiden että työntekijöiden lomakkeessa, jotta vastauksia voidaan peilata toisiinsa.

3.3. Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen tilastollisessa käsittelyssä kyselylomakkeiden kaikki kysymykset ristiintaulukoitiin sosioekonomisten taustamuuttujien kanssa. Taustamuuttujina käytettiin mm. sukupuolta, ikää, koulutustaustaa ja yksikköä, jossa kyselylomake jaettiin. Kyselyaineistoja on verrattu toisiinsa seuraavilla tilastollisilla menetelmillä: ²

-
- 32 Asiaa havainnollistavassa kaaviossa on osaa kyselylomakkeen kysymyksistä tiivistetty. Kaikki potilaiden kyselylomakkeen kysymykset, neljää taustakysymystä lukuun ottamatta, liittyivät johonkin sielunhoidon käsitteen osa-alueeseen.
 - 33 Vastaisvaihtoehtoina: papin tai diakonin/diakonissan = ammatillinen sielunhoitotyö.
 - 34 Vastausvaihtoehtoina pappi, diakoni/diakonissa tai joku muu hoitoalan ammattilainen. Annetut vaihtoehdot pyydettiin toisen kysymyksen avulla lisäksi laittamaan tärkeysjärjestykseen.
 - 35 Tämän avoimen kysymyksen vastaukset koottiin teemoiksi.
 - 36 Tämän avoimen kysymyksen vastaukset koottiin teemoiksi.
 - 37 Ks. Räsänen 2004, liitteet 8.1 ja 8.2.
 - 38 Potilaiden kyselylomakkeen kysymyksistä 11 oli luokitteluasteikkollisia. Järjestysasteikkollisia kysymyksiä oli puolestaan kolme kappaletta. Lisäksi oli yksi välimatka- ja yksi suhdeasteikollinen kysymys.
 - 39 Työntekijöiden kyselylomakkeessa oli kaikkiaan kahdeksan luokitteluasteikkoon kuuluvaa kysymystä. Järjestysasteikkolla mitattavia kysymyksiä oli 15 kappaletta. Lisäksi mukana oli yksi välimatka- ja yksi suhdeasteikollinen kysymys. Avoimien kysymysten määrä oli viisi. Tämän lisäksi 13 muuta kysymystä oli mahdollista täydentää avoimella vastauksella. Työntekijöiden kyselylomakkeesta osa jäi hyödyntämättä alkuperäisen tutkimusasetelman rajauksen vuoksi.

-riippumattomuustesti, χ^2 -yhteensopivuustesti, Spearmannin järjestyskorrelaatiokertoimen testaus ja kahden suhteellisen osuuden yhtäsuuruuden vertailu normaalijakauman avulla.

Hypoteesit eri testeissä:

χ^2 -riippumattomuustesti:

H0: Tutkittavat muuttujat ovat riippumattomia,
H? tutkittavat muuttujat ovat riippuvia.

χ^2 -yhteensopivuustesti:

H0: Jakaumat eri perusjoukoissa ovat samat,
H?: jakaumat poikkeavat toisistaan.

Spearmannin järjestyskorrelaatiokertoimen testaus:

H0: Tutkittavat muuttujat ovat riippumattomia,
H? tutkittavat muuttujat ovat riippuvia.

Kahden suhteellisen osuuden yhtäsuuruuden vertailu normaalijakauman avulla:

H0: suhteelliset osuudet ovat samat,
H1: suhteelliset osuudet ovat erisuuria.

Tilastollisissa testeissä käytetyt merkitsevyystasot olivat:

5 %:n merkitsevyystaso, melkein merkitsevä *
1 %:n merkitsevyystaso, merkitsevä **
0,1 %:n merkitsevyystaso, erittäin merkitsevä ***

Tilastolliset jatkoanalyysit on rajattu tutkimusekonomisista syistä pois tästä tutkimuksesta, tavoitteena on ollut aineiston yleiskuvaus. Tutkimusaineistoa voidaan jatkossa käsitellä vielä monimuuttujamenetelmillä, esimerkiksi erotteluanalyysillä. Monimuuttujamenetelmillä on mahdollista tiivistää kuvausta ja siten muodostaa myös uusia, tietoa kokoavia muuttujia joita voidaan käyttää jatkoanalyseissa.

3.4. Tulosten luotettavuus ja yleistettävyys

Potilaiden sielunhoidon tarvetta ei ole tutkittu yleisterveydenhuollossa. Kyselyyn vastaamattomuus oli eräs suuri riskitekijä, jota tutkimusta suunniteltaessa piti miettiä. Lomakkeessa selvitettiin potilaiden avun tarvetta sekä jokapäiväistä selviytymistä. Kysymykset liittyivät henkilökohtaisen elämän alueelle, sielunhoidon tarpeeseen. Kyselylomake jaettiin kaikille henkilöille, myös kirkkoon kuulumattomille. Keskimääräisesti arvioiden noin neljäsosa lomakkeen saaneista ei ole kuulunut

kirkkoon. Suunnitteluvaiheessa otettiin huomioon se, että lomakkeen saavissa on yhtä lailla korkeasti koulutettuja kuin vähän kouluja käyneitäkin. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tehtiin mahdollisimman helpoksi. Lomaketutkimuksella pyrittiin tutkimusongelman kannalta kattavaan, mutta samalla yksinkertaiseen ja helpotajuiseen kysymyksenasetteluun, jotta vastaajat ymmärtävät kysymykset mahdollisimman samalla tavalla. Lomake oli lyhyt ja se annettiin kaikille potilaille kynän kera suoraan vastaanottotiskillä. Vastaanottotilassa oli useita palautuslaatikoita, joihin lomakkeen saattoi vaivatta jättää. Lomake oli käännetty myös ruotsiksi. Palauttajien täytyy paitsi jaksaa, myös osata vastata kyselyyn.

Tutkimukseen osallistumisen tuli perustua kuitenkin täysin omaan harkintaan. Tätä korostettiin potilaiden ja työntekijöiden lomakkeessa. Potilaille sanottiin, että osallistuminen kyselytutkimukseen on vapaaehtoista, jolloin vastaamatta jättäminen tai vastaaminen ei mitenkään vaikuta hoitoon tai muihin palveluihin, joita potilas saa terveydenhoitoyksikössä. Työntekijöille korostettiin, että vastaaminen on vapaaehtoista eikä tutkimukseen osallistumisella ole vaikutusta millään lailla henkilöiden työsuhteeseen. Tutkimukseen saatiin lupa Diacorin eettiseltä toimikunnalta, joka myös tarkasti käytetyt kyselylomakkeet ja saatetekstit.

On viitteitä siitä, että kotiin mukaan otetuista lomakkeista vain melko pieni osa lopulta palautetaan. Tutkimusten mukaan osa asiakkaista kieltäytyy myös heti ottamasta asiakaskyselyä vastaan. Tällöin lomaketta tarjotaan eteenpäin niin kauan, kunnes joku asiakas sen ottaa. Kyselyyn vastaajien jakauma vääristyy tällä tavoin. Jos tutkimukseen asennoituminen on yhteydessä palvelun arviointitapaan, valikoitumisharha vaikuttaa tuloksiin. (Mattila 1999, 57–58.) Tähän seikkaan kiinnitettiin huomiota tutkimusta suunniteltaessa. Potilaskysely pyydettiin täyttämään heti paikan päällä eikä lomakkeita annettu mukaan kotiin täytettäväksi. Lomakkeita jakaville henkilöille tähdennettiin sitä, että kysely annetaan kaikille potilaille. Kiireellisinä hetkinä lomake pyydettiin antamaan joka toiselle. Tutkimuksesta kieltäytyneiden määrä saatiin parhaiten selvitettyä Aikatalon lääkäriasemalla, jossa se oli 20 henkeä. Kieltäytymisen syynä oli esimerkiksi kiire. Potilaiden lääkäriaika oli niin pian, että aikaa vastaamiseen ei jäänyt. Vastaamattomuutta tarkasteltiin myös sukupuolen osalta ja potilaista naiset palauttivat lomakkeen miehiä useammin.⁴⁰ Potilaiden vastausprosenttia (73 %) on pidettävä erittäin hyvänä, sillä heille ei voinut lähettää muistutuskirjettä. Työntekijöiden vastausprosentti (66 %) oli sen sijaan vain tyydyttävä tai hyvä. Vaikka potilaiden vastaamattomuus on useassa tapauksessa johtunut kiireestä, saattaa se johtua myös kiinnostuksen puutteesta. Tässä tapauksessa kyselyyn vastanneisiin valikoituisi enemmän sielunhoitoon myönteisesti suhtautuvia ihmisiä. Tämä seikka on hyvä ottaa huomioon tuloksia tarkasteltaessa.

Diakorin lääkäriasemat ovat yksityisiä hoitolaitoksia, joiden potilaat koostuvat osin työterveyshuollon asiakkaista ja osin yksityisistä potilaista. Tutkimuksen yleistettävyyttä muihin yksityisiin lääkäriasemiin Suomessa lienee hyvä; jaettujen kyselylomakkeiden määrä oli korkea, kyselyn palautusprosentti oli hyvä, tutkimus suo-

40 Ks. taulukko 1. Työntekijöiden osalta tätä tarkennusta ei tehty, sillä heistä suurin osa oli naisia.

ritettiin kontrolloidussa olosuhteessa, kysely jaettiin kaikille lääkäriaseman potilaille tietynä ajankohtana ja tutkimuskohteina oli kaksi erilaista lääkäriasemaa. Lisäksi Diacorin lääkäriaseman profiili ei poikenne suuresti muiden yksityisten terveydenhuoltoyksiköiden linjasta. Myös poliklinikan kohdalla tutkimuksen yleistettävyys lienee hyvä. Sairaalan vuodeosaston sekä tutkimusyksiköiden (lapsettomuusyksikön ja silmäklinikan) kohdalla tulokset ovat sen sijaan viitteenomaisia, sillä vuodeosastolta ja tutkimusyksiköistä kertyi molemmista vain parikymmentä lomaketta. Työntekijöiden osalta yleistettävyys lienee parasta naisvaltaisiin terveydenhuoltoyksiköihin, sillä naisten osuus työntekijöistä oli 95 %. Tuloksia voidaan hyödyntää myös julkisen terveydenhuollon parissa. Tässä vertailussa on kuitenkin huomattava, että potilasrakenne yksityisten ja julkisten terveydenhuoltoyksiköiden välillä on ainakin joidenkin taustatekijöiden osalta erilainen.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa reliabiliteetti (satunnaisten virheiden vaikutus) ja validiteetti (systemaattisten virheiden vaikutus.) Tutkimuksen mittausten tulee myös mitata oikeita asioita ja antaa oikeata tietoa. Reliabiliteetti liittyy usein tietojen keruumenetelmiin ja niiden luotettavuuteen. Reliabiliteettia pyrittiin nostamaan tekemällä kysymykset yksinkertaisiksi ja selkeiksi. Alhainen reliabiliteetti ei välttämättä aiheuta asiakastutkimuksessa ongelmia, koska tutkimuksen tavoitteena on usein vain asiakaspalvelun yleisen tason arvioiminen suorien jakaumien ja keskiarvojen avulla. Reliabiliteettia voidaan tutkia uusintamittausten avulla. Tämä perustuu siihen, että näin voidaan tutkia henkilöiden vastausten pysyvyyttä tutkittuun asiaan. Asiakaspalvelututkimuksissa tämä on kuitenkin vaikeaa, sillä ne perustuvat usein tietynä ajankohtana tehtyyn mittaukseen, jossa vastaajien henkilötietoja ei kerätä. Asiakaspalvelututkimuksessa mittauksen ekvivalenssi onkin pysyvyyttä käyttökelpoisempi menetelmä. Ekvivalenssitarkastelussa arvioidaan samana ajankohtana tehtyjen mittausten yleispätevyyttä. (Mattila 1999, 60–61, 63, 65.) Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin esikyselyä saatua informaatiota. Kyselyyn vastaaminen tehtiin myös mahdollisimman helpoksi. Ekvivalenssia on mahdollista tutkia siten, että eri yksiköissä tehtyjä tutkimustuloksia verrataan keskenään.

Tutkimuksen validiteettia parannettiin esikyselyn perusteella siten, että sielunhoidolle annettiin määritelmä.⁴¹ Diacorin eettinen toimikunta vaati tämän määritelmän lisäämistä sekä potilaiden että työntekijöiden lomakkeeseen ennen sen hyväksymistä. Määritelmän lisääminen vaadittiin, jotta potilaat ja työntekijät tietävät, mihin kyselyyn he ovat vastaamassa.⁴² Myönteistä määritelmän lisäämisessä oli se, että näin vastaajat tiesivät, mihin asiaan he ottivat tutkimuksessa kantaa. Sielunhoidon käsite oli jäänyt esitutkimuksen perusteella nimittäin osalle henkilöistä vieraaksi. Kielteistä lisäämisessä oli puolestaan se, että annettu määritelmä on saattanut vaikuttaa vastaajien omiin käsityksiin sielunhoidosta.

Tutkimusten mukaan suomalaiset kokevat uskonnollisuuden yksityisasiakseen. Tutkimuksen suorittaminen kyselytutkimuksena on todennäköisesti paranta-

41 Ks. alaluvut 2.3 ja 3.2.

42 Kettusen tutkimuksessa (2001, 75) useimmat diakoniatyöntekijät kokivat sielunhoidon määrittelyn vaikeaksi.

nut validiteettia siten, että henkilöt ovat voineet haastattelua paremmin vastata siten, kuin itse tuntevat eivätkä siten, kuin arvelevat haastattelijan odottavan.

Tutkimusprojekti on liittynyt Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan opintoihini. Kyselylomakkeissa mainittiin, että aineistoa käytetään sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielmassa.⁴³

Diakonissalaitoksen historiassa kristilliset arvot ovat olleet näkyvällä sijalla. Tämän tutkimuksen vastaajat eivät kuitenkaan uskonnollisuusmittareilla mitattuna ole uskonnollisempia kuin väestö keskimäärin. Potilaista 47 % ja työntekijöistä 59 % kuvasi itseään uskonnolliseksi ihmiseksi. Uskonnolliseksi itseään kuvanneiden määrä oli itse asiassa matalampi kuin vastaava suomalaisten uskonnollisuutta mittaava keskiarvo. Tämä johtuu suurelta osin siitä, että tutkimuksen kyselyaineisto koostui pääkaupunkiseudun vastaajista, jotka saavat uskonnollisuusmittareilla maan keskiarvoa selvästi alhaisempia lukuja. World Values 2000 –tutkimuksen mukaan 62 % suomalaisista pitää itseään uskonnollisena. Ei-uskonnollisena itseään pitäviä on 29 %, ateisteja 3 % ja 6 % ei osaa määritellä kantaansa uskonnollisuuteen. (Niemelä 2003a, 122–123.) Pääkaupunkiseudulla ja Uudellamaalla asuvista uskonnollisena itseään pitäviä on 52 % (Niemelä 2003b, 203–204). Potilaiden ja työntekijöiden uskonnollisuudessa oli sen sijaan keskenään eroja. Etenkin potilaiden ja työntekijöiden kokemus uskonnon merkityksestä omaan elämään oli tilastollisesti merkitsevällä tavalla erilainen. Työntekijät pitivät itseään myös selvästi uskonnollisempina kuin potilaat. Tämä seikka todettiin tilastollisella vertailulla, jossa potilaiden ja työntekijöiden perusjoukkojen jakaumat poikkesivat toisistaan erittäin merkitsevästi.⁴⁴

43 Räsänen 2004.

44 Potilaiden ja työntekijöiden perusjoukkojen jakaumat poikkesivat tilastollisesti sen osalta, mikä merkitys (erittäin tärkeä/melko tärkeä/toisaalta tärkeä, toisaalta ei/melko vähäinen/erittäin vähäinen) uskonnolla heidän elämässään on. Tämä tarkoittaa sitä, että ryhmien välillä oli hyvin suuri ero siinä, kuinka suuri merkitys uskonnolla elämässä on. Potilaiden ja työntekijöiden perusjoukkojen jakaumat olivat sen sijaan tilastollisesti samat kysymyksen ”Mitä tunteita Jumalan ajatteleminen Sinussa herättää”. Näin ollen potilaiden ja työntekijöiden tunteet Jumalan ajattelemisesta eivät poikenneet toisistaan. Ks. Räsänen 2004, liite 8.3.

4. SIELUNHOITO SAIRAUDESSA JA KRIISISSÄ

4.1. Potilaiden ja työntekijöiden käsitykset sielunhoidosta

Mitä sana sielunhoito tuo ihmisten mieleen? Käsitetäänkö termi uskonnollisen viitekehyksen kautta vai liittyykö sana esimerkiksi kokonaisterveydenhoitoon ja ihmisen hyvinvoinnin tukemiseen? Onko kyseessä toimintamuoto, joka herättää myönteisiä vai kielteisiä ajatuksia? Pidetäänkö sielunhoitoa terapiamuotona?

Potilaiden ja työntekijöiden kyselylomakkeessa sielunhoidosta tiedusteltiin avoimella kysymyksellä seuraavasti: Mitä ajatuksia sana sielunhoito Sinussa herättää? Kysymyksellä haluttiin selvittää, merkitseekö sielunhoito vastaajille uskonnollista toimintaa vai mielletäänkö se ennemminkin muun auttamistoiminnan joukkoon. Kysymykseen vastasi kolmasosa lomakkeen täyttäneistä potilaista ja neljä viidesosaa työntekijöistä. Potilailta saatiin 532 määritelmää ja työntekijöiltä 144.⁴⁵ Potilailla sielunhoidosta tuli mieleen etenkin: 1) uskonto, 2) henkinen hoito, 3) keskustelu ja kuuntelu sekä 4) sielunhoidon tarpeellisuus ja myönteisyys.

Potilaat luonnehtivat sielunhoitoa esimerkiksi seuraavasti:

- Tulee mieleen uskonto.
- Uskonnollisen avun tarjoamista.
- Uskoon perustuvaa henkistä tukea.

- Henkisen puolen hoitamista.
- Henkistä tukea.
- Henkisen hyvinvoinnin huomioimista.

- Kristillisen henkilön kanssa keskustelemista omista ongelmista.
- Jotakin hyvin harrasta keskusteluhoitoa.

45 Ks. Räsänen 2004, liite 8.4.

- Kuuntelu ja keskustelu kriisitilanteessa.
- Todennäköisesti meistä jokainen tarvitsee jossain elämänsä vaiheessa.
- Tänä päivänä varmasti tarpeellinen asia.
- Tarpeellinen asia tällä hetkellä tilanteessani.
- Hyviä, uskon että on tarvetta.
- Positiivinen asia nykypäivän kiireessä.

Työntekijöillä sielunhoito herätti osittain erilaisia mielikuvia. Heidän määritelmisään uskonto ja henkinen hoito ei korostunut siinä määrin kuin potilailla. Työntekijöillä sielunhoidosta tuli mieleen etenkin: 1) keskustelu ja kuuntelu, 2) apu ongelmissa, tuskassa, kuoleman kohtaamisessa, 3) turvallisuus, luottamus, empatia, välittäminen ja 4) sielunhoidon tarpeellisuus ja myönteisyys.

Sielunhoitoa kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

- Sitä, että pystytään kuuntelemaan ja auttamaan ihmistä perimmäistenkin äärellä, kuten kuoleman, mutta myös muussa ahdistuksessa ja surussa sekä ilossa.
- Toisen ihmisen kuuntelemista, keskustelua elämän kriisivaiheissa.
- Mahdollisuus vapautua mieltä painavista taakoista.

Taulukko 3. Potilaiden ja työntekijöiden käsitykset Sieluhoidosta. Vastaukset prosentteina.

Sielunhoito herätti vastaajissa seuraavia ajatuksia:	POTILAAT N=532.	TYÖNTEKIJÄT N=144.
Uskonto / uskonnollinen toiminta	21	9
Henkinen hoito, henkinen hyvinvointi	17	6
Keskustelu, kuuntelu	16	24
Tarpeellisuus/myönteisyys	16	13
Apu ongelmissa, tuskassa, kuoleman kohtaamisessa	11	17
Turvallisuus, luottamus / empatia, välittäminen	7	17
Negatiivinen / vieras, etäinen asia	5	9
Kokonaisvaltainen hoito	4	3
Terapia, mielenterveystyö	3	2
	100	100

$$1 \frac{6}{9^3} \frac{70}{9} \frac{729}{729} \frac{420}{729} \frac{309}{729} 0,42$$

Kun potilaiden ja työntekijöiden sielunhoidolle antamia määritelmiä tutkittiin tilastollisesti Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa käyttäen, huomattiin että potilaiden ja työntekijöiden vastausten välillä ei vallinnut riippuvuutta.⁴⁶ Toisin sanoen potilaiden ja työntekijöiden antamat määritelmät sielunhoidolle olivat erilaisia.

Lähes kaikille vastaajista sielunhoito oli toimintaa, joka herätti myönteisiä ajatuksia. Sielunhoitoon kuuluvat aiheet liittyivät potilaiden mielestä lähinnä elämänongelmiin, vakaviin elämänkriiseihin sekä kuoleman kohtaamiseen. Potilaista 95 % ja työntekijöistä 91 % kuvasi sielunhoitoa myönteisellä termillä. Kielteisenä sitä piti 16 potilasta ja 3 työntekijää. Vieraaksi sitä kuvasi puolestaan 13 potilaista ja 10 työntekijää. Negatiivisten lausuntojen antajista noin puolet oli nuoria. Työntekijät vieroksuivat sielunhoidossa etenkin sen vanhahtavaa ja juhlavaa nimeä, joka vaikuttaa etäännyttävästi. Vierautta kuvattiin esimerkiksi seuraavasti: “Kovin on uskonnollinen ja korkealentoinen ilmaisu”, “Juhlallinen sana, käytän itse harvoin.”

Potilaiden kielteiset kommentit sielunhoidosta olivat seuraavanlaisia:

- Jotain tosi älytöntä, millä ei tee mitään
- Huijausta
- Uskonnollista hömpötystä
- Roskaa
- Uskonnollista hölynpölyä
- Puoskarointia
- Leipäpapin työllistämistä
- Ristiriitaista
- Huu haa -toimintaa.
- Ikävästi uskonnollisia asioita
- Vastenmielistä
- Naurettavaa
- Negatiivinen mielikuva
- Naurattaa
- Vähän negatiivisia
- Hieman kielteisiä

Sielunhoidon termi selitettiin kyselylomakkeessa sen jälkeen, kun vastaajat olivat itse antaneet sanalle oman merkityksensä. Määritelmä toistui myös asiakkaiden kyselylomakkeen informaatiolehdellä. Etenkin potilaat kuvasivat sielunhoitoa enemmän uskonnollisilla ja hengellisillä termeillä, kuin mitä annetussa määrittelyssä tehtiin. Potilaat eivät tuoneet vastauksissa esille ripin ja ehtoollisen mahdollisuutta, rukous mainittiin joitakin kertoja. Potilaat kuvasivat sielunhoitoa annettuun määritelmään nähden rajoittuneemmin.

46 Koska $r = 0,42 < r_{.05} = 0,600$ Ho jää voimaan 5 %:n merkitsevyystasolla.

Sielunhoitoa ei kuvattu terapiaksi, vaan se nähtiin useimmassa tapauksessa olevan uskonnollista toimintaa; uskonnollisväritteistä keskustelua elämän kriiseistä ja ongelmista sekä kuoleman kohtaamisesta. Sielunhoito merkitsi monille potilaille näin ollen uskonnollisesta viitetaustasta nousevaa tukimuotoa sairaudessa ja kriiseissä. Sielunhoitajan uskotaan olevan ammattilainen tällaisten elämäntapahtumien edessä. Työntekijät pitivät sielunhoitoa sen sijaan enemmän ihmisen hyvinvointia tukevana hoitomuotona ja keskusteluapuna kuin uskonnollisena toimintana. Työntekijöiden vastauksissa korostui myös luottamus, empatia ja välittäminen.⁴⁷

Koska potilaat eivät itse ota esille virsilaulun, ripin tai ehtoollisen vieton mahdollisuutta sielunhoidossa, on sielunhoitajalla hyvä olla valmiuksia näiden elementtien mukaan ottamiseen sielunhoitoon silloin, kun se näyttää tilanteeseen sopivan. Näiden välineiden luonteva käyttö sielunhoidossa lisääntyy koulutuksen myötä. Hakalan mukaan hengellisten apuvälineiden käyttö yleistyi pitkän sairaalasielunhoidon koulutukseen osallistuneilla kurssin käynnin jälkeen (Hakala 2001, 122, 127).⁴⁸

4.2. Hoitokäynnin ja sielunhoidollisen keskustelun aihealueet

Tutkimuksen mukaan työntekijät keskustelevat terveydenhuollon potilaiden kanssa hoito- tai tutkimuskäynnin ohella moninaisista elämään liittyvistä asioista. Tämä on osittain jopa yllättävää, sillä työntekijän ja potilaan kohtaamisessa on todennäköisesti harvoin ollut kyse ennalta sovitusta sielunhoidollisesta tapaamisesta, johon olisi varattu pitempi aika. Työntekijöiden joukossa ei myöskään ole ollut lääkäreitä, vaan henkilöt ovat koostuneet hyvin erilaista työtä tekevistä hoitohenkilöstöstä. Joukossa oli myös hallintoon kuuluvia vastaajia. Toisaalta esimerkiksi työterveyshoitajien ja eri yksiköiden hoitohenkilöiden työnkuvaan kuuluu myös potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin seuraaminen ja sitä kautta heille avautuu luonte-

47 Annetun määritelmän ei nähty vaikuttavan vastauksiin. Koko vastaajajoukosta vain muutama käytti sielunhoidosta samaa ilmaisua annetun määritelmän kanssa.

48 Sielunhoidon perinteisiä välineitä ovat olleet Raamattu, virsikirja, hengelliset laulut, rukous, Pyhä Ehtoollinen ja nykyään myös sairaan voitelu. Sielunhoidon välineiden hoitava merkitys on siinä, että niissä painottuu uskon salaisuus selittämättä. Pääpainona on uskon salaisuuteen turvaamisessa ja siihen jättäytymisessä ymmärrettävyyden sijasta. Erityisesti kuolevien potilaiden ja heidän omaistensa sekä vanhusten sielunhoidossa nämä välineet ovat merkityksellisiä. (Sainio 2000, 44–45.)

vasti keskustelumahdollisuuksia myös muusta kuin sairauteen tai työelämään liittyvistä kysymyksistä.

Iiren mukaan sairaudesta aiheutuva epävarmuus on haaste hoitohenkilöstölle. Hoitohenkilöstön on kyettävä tunnistamaan potilaiden epävarmuus ja pyrittävä toiminnallaan vähentämään sitä, tai ainakin olemaan lisäämättä tätä tunnetta. Hoitohenkilökunnan on tiedostettava toivon merkitys sairaudessa. Hoitohenkilöstön tulee välittää oikeaa tietoa, oikeaan aikaan, potilaan kielellä ja potilaan lähtökohdista. (Iire 1999, 115.)

Taulukko 4. Työntekijöiden arvio (N=200) potilaiden kanssa käymiensä keskustelujen aihealueista. Vastaukset prosentteina.

Työntekijät keskustelevat aiheesta	Usein	Joskus	Ei koskaan	Ei vast.	Yht.
Hoito	67	22	2	10	100
Sairastuminen	56	32	3	9	100
Työ/työssä jaksaminen	35	44	11	10	100
Vanheneminen	30	50	10	10	100
Muut elämäntapahtumat	24	54	12	10	100
Iloiset elämäntapahtumat	22	60	7	11	100
Muut ihmissuhdeongelmat	16	45	29	10	100
Menetykset	15	55	20	10	100
Päihteiden väärinkäyttö	15	45	30	10	100
Elämän vaikeat ratkaisut	11	55	24	10	100
Suhde lapseen ja oma vanhemmuus	11	51	29	9	100
Kuoleman kohtaaminen	9	55	26	10	100
Parisuhdeongelmat	7	42	41	10	100
Elämäntarkoitus	6	45	39	10	100
Suhde omaan vanhempiin	4	51	35	10	100
Usko/hengelliset asiat	3	41	45	10	100

Työntekijät keskustelevat tällä hetkellä potilaiden kanssa selvästi eniten hoitoon ja sairastumiseen liittyvistä kysymyksistä. Näitä teemoja 90 % työntekijöistä käsittelee potilaan kanssa ainakin joskus. Tämä onkin luonnollista, sillä kyseessä on terveydenhoitoa koskeva kyselytutkimus. Työntekijöistä 80 % puhuu lisäksi usein tai joskus vanhenemisesta, iloisista elämäntapahtumista, elämäntapahtumista ja ongelmista sekä työstä. Lisäksi noin 70 % työntekijöistä käsittelee usein tai joskus menetyksistä ja elämän vaikeita ratkaisuja. Edelleen noin 60 % työntekijöistä keskustelee ainakin joskus kuoleman kohtaamisesta, ihmissuhdeongelmista, suhteesta lapseen ja omaan vanhemmuuteen sekä päihteiden väärinkäytöstä. Sen sijaan uskosta ja hengellisestä elämästä puhuttiin tutkimuksen mukaan vähiten. Lähes puolet työntekijöistä ei käsittele uskon liittyviä teemoja potilaiden kanssa koskaan. Naiset puhuivat uskosta ja hengellisestä elämästä asiakkaiden kanssa useammin kuin miehet.

Työntekijöitä, jotka eivät koskaan olleet keskustelleet potilaan kanssa parisuhde-ongelmista, elämäntarkoituksesta ja suhteesta omiin vanhempiin oli myös paljon.

Uskonnollisuus olisi hyvä ottaa tarvittaessa huomioon potilaiden kokonaisterveydenhoidossa. Etenkin vanhoilla ihmisillä uskonnolliset kysymykset saattavat nousta elämää askarruttaviksi ongelmiksi. Uskonnollisuus voi aktivoitua myös esimerkiksi kuoleman tai vakavan sairauden edessä sekä muissa elämän kriisi- tai käännekohdissa.⁴⁹ Uskonnollisten kysymysten äärellä on tärkeää se, että tuetaan potilaan tervettä uskonnollisuutta.⁵⁰

Uskonnollisuuden huomioiminen potilastyössä voi helpottaa potilaan ahdistusta. Kysymys on avoimesta asenteesta, jossa potilasta pyritään auttamaan eri tavoin. Uskonnollisten kysymysten esittäminen suullisesti terveystarkastuksessa muiden kysymysten ohella ei aiheuttanut kritiikkiä potilaiden keskuudessa. Sen sijaan jotkut kokivat uskonnollisuuteen liittyneet kysymykset liian intiimeinä postikyselyn muodossa. Yhdysvalloissa perusterveydenhuollon tutkimuksissa kolmannes potilaista toivoi, että heiltä tiedusteltaisiin uskonnollisesta vakaumuksesta potilaskäynnillä. Kaksi kolmesta vastaajasta oli sitä mieltä, että lääkäreiden tulisi olla tietoisia heidän uskonnollisesta vakaumuksestaan. Tavallisella rutiinikäynnillä sitä piti sopivana viidesosa sairaalahoidon yhteydessä kolmasosa ja henkeä uhkaavan sairauden kohdalla puolet potilaista. (Teinonen 2005, 64–65, 116–117, 139.)

Uskonasioiden käsittelemistä potilaiden kanssa selvitettiin tässä tutkimuksessa myös toisella kysymyksellä, jossa tiedusteltiin, käyttävätkö työntekijä asiakkaiden kanssa uskonnollista/hengellistä sanastoa. Molempien kysymysten vastaukset tukivat tässä kohdin toisiaan. Työntekijöistä 2 % sanoi käyttävänsä uskonnollista sanastoa asiakkaiden kanssa usein, 37 % joskus ja 52 % ei koskaan. Uskonnollista sanastoa käyttivät vähiten nuoret ja eniten vanhemmat työntekijät. Potilaat eivät käänny kovin herkästi terveydenhuoltohenkilöstön puoleen hengellisten asioiden kanssa. Myöskään hoitohenkilökunta ei helposti ota uskonasioita puheeksi asiakastapaamisessa, mikä onkin luonnollista potilaan ja työntekijän välisessä hoitosuhteessa. Tähän toki vaikuttaa sekä työntekijän oma hengellinen vakaumus että se, millaisten asioiden vuoksi potilaat terveydenhoitoyksikköön tulevat. Nämä teemat tulevat yleensä puheeksi vasta silloin, kun potilas syystä tai toisesta purkaa mieltään hoitohenkilölle ja kaipaa kuuntelijaa tai kannanottajaa uskonnollisiin kysymyksiinsä varsinaisen hoitokäynnin ohella.

49 Teinosen tutkimuksessa (2005, 134) saatiin vain vähän viitteitä siitä, että elämänvaikeudet lisääisivät pysyvästi uskonnollisuutta. Kuitenkin miesten rukoilemista lisäsi oma vaikea sairaus. Naisilla oma vaikea sairaus lisäsi uskonnon merkitystä elämässä.

50 Mielenterveyttä vaarantavan uskonnollisuuden piirteitä ovat eristäytyminen muusta yhteiskunnasta, seurakunnan ankara ja vaativa jumalakuva, itsetunnonhäiriintynyt seurakunnan johto sekä hengellinen uhkailu ja pelottelu. Terveyttä edistäviä hengellisiä kokemuksia ovat puolestaan armon kokeminen, vapautuminen syyllisyydestä, toivo ja turvallisuus, kuuluminen myönteiseen ryhmään sekä elämän tarkoituksen löytyminen jumalasuhteesta. (Teinonen 2005, 131–132; Iija & Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1999, 234–235; ks. myös Uskonto ja terveys 1990, 38, 54–55, 66–67, 69–70, 72.)

Työntekijöiden mukaan sielunhoitajan kanssa tulisi voida keskustella hyvin erilaisista potilaiden elämään liittyvistä asioista ja ongelmista. Yhdeksän kymmenestä sanoi, että sielunhoidossa tulee voida keskustella uskosta ja hengellisestä elämästä, kuoleman kohtaamisesta, sairastumiseen liittyvistä kysymyksistä sekä menetyksistä. Kahdeksan kymmenestä korosti myös vanhenemiseen sekä elämänkriiseihin ja ongelmiin liittyvien teemojen tärkeyttä. Vähiten tärkeitä työntekijöiden mielestä sielunhoitosuhteessa on hoidosta puhuminen. Tällä hetkellä työntekijät käsittelevät kuitenkin asiakkaiden kanssa vähiten uskoon ja hengelliseen elämään kuuluvia asioita ja eniten sairastumiseen ja hoitoon liittyviä teemoja. Tämä ristiriitaisuus selittyy sillä, että työntekijät eivät koe olevansa potilaan sielunhoitajia vaan nimenomaan terveydenhoitoyksikön työntekijöitä. Tähän työhön kuitenkin liittyy toisinaan myös potilaan ongelmien ja elämänkriisien kohtaamista, mitä kautta tehtäväkuva laajenee ajoittain myös sielunhoitotyöksi. Työntekijöiden kuvaama sielunhoito on tyypillistä laaja-alaista sielunhoitoa. Vastauksissa tärkeää on huomata ennen kaikkea se, että monet terveydenhuollon potilaat kaipaavat kuuntelijaa ja keskustelumahdollisuutta.

Potilaat kokivat sielunhoitajan kanssa käytävien keskustelujen teemat selvästi rajoittuneemmin kuin työntekijät. Potilaiden ja työntekijöiden käsitykset siitä, mistä sielunhoidossa tulisi voida keskustella, erosivat toisistaan erittäin paljon. Eroja tarkasteltiin kahden otoksen suhteellisten osuuksien vertailutestillä. Työntekijät kokivat, että sielunhoitajan kanssa voidaan keskustella hyvin erilaisista elämään liittyvistä asioista. Vähintään 70 % työntekijöistä oli sitä mieltä, että sielunhoitosuhteessa voidaan keskustella uskosta, kuoleman kohtaamisesta, sairastumisesta, menetyksistä, vanhenemisesta, muista elämänkriiseistä ja ongelmista, elämäntarvokkeudesta, elämän vaikeista ratkaisuksista ja työssä jaksamisesta. Potilaista sama määrä sanoi, että sielunhoitosuhteessa voidaan keskustella sairastumisesta ja kuoleman kohtaamisesta. Muut väittämät saivat selvästi alhaisempia tuloksia työntekijöihin verrattuna.

Potilaiden mielestä sielunhoito tukee ihmisten selviytymistä erilaisissa kriisitilanteissa, sielunhoitajalla ei käydä vain rupattelemassa niitä näitä. Potilaat sijoittivat iloisista asioista keskustelemisen annetun aiheilman viimeiselle sijalle. Kuten työntekijät myös potilaat jättäisivät hoidosta puhumisen enimmäkseen varsinaista terveydenhoitotyötä tekeville. Potilaiden mukaan sielunhoidossa tulisi keskustella sen sijaan etenkin sairaudesta ja kuoleman kohtaamisesta. Myös menetyksistä ja erilaisista elämänkriiseistä ja ongelmista tulisi voida puhua usein. Sielunhoitajalla katsotaankin olevan asiantuntemusta etenkin sairauden, kuoleman, menetysten ja erilaisten elämänkriisien kohtaamisessa.⁵¹

51 Sairaalapapin työ nähtiin merkittävimmäksi kuoleman läheisyydessä ja surutyön aikana sekä sairauksien alkuvaiheessa (Lankinen 2001, 330). Erään haastattelututkimuksen mukaan pappia tarvitsivat eniten ne, joilla oli akuutti kriisitilanne, psyykinen tai henkinen hätä riippumatta siitä oliko hän potilas, henkilökuntaan kuuluva vai omainen. Haastatellut henkilöt ollettivat papin saaneen koulutusta ihmisten kohtaamisen ja ihmisten välisen vuorovaikutuksen ymmärtämiseen. Raamatun tulkinta ja ymmärtäminen olivat papin selvintä aluetta, mutta myös ihmisen henkisen hädän hoitaminen. (Meller-Mattila 2000, 38.)

Taulukko 5. Työntekijöiden ja potilaiden käsityksiä siitä, mistä sielunhoidossa tulisi voida keskustella. Vastaukset prosentteina.

Sielunhoidossa tulisi voida käsitellä seuraavia asioita*)	Työntekijät (N=200)	Potilaat(N=790)	Testisuurenarvo Z	Tilastollinen-merkitsevyys
Usko/hengelliset asiat	94	56	10.0	***
Kuoleman kohtaaminen	94	70	7.0	***
Sairastuminen	91	73	5.3	***
Menetykset	88	62	7.1	***
Vanheneminen	83	55	7.2	***
Muut elämäntapahtumat ja ongelmat	77	59	4.7	***
Elämäntarkoitus	76	43	8.3	***
Elämän vaikeat ratkaisut	73	44	7.3	***
Työ/työssä jaksaminen	71	54	4.3	***
Muut ihmissuhdeongelmat	66	45	5.3	***
Parisuhdeongelmat	66	52	3.6	***
Päihteiden väärinkäyttö	58	42	4.1	***
Iloiset elämäntapahtumat	58	31	7.1	***
Suhde lapsiin ja oma vanhemmuus	57	43	3.6	***
Suhde omiin vanhempiin	52	35	4.6	***
Hoito	49	32	4.5	***

*) Väitteen kanssa samaa mieltä olevien prosenttiosuus.

Mahdollisia keskustelualueita tarkasteltiin usein myös siltä pohjalta, minkälaisia ongelmia itsellä nähtiin olevan. Esimerkiksi Aikatalon lääkäriaseman potilaista suuri osa (68 % vastanneista) näkee työstä keskustelemisen luontevaksi teemaksi sielunhoitajan kanssa. Aikatalon lääkäriaseman asiakkaista suuri osa koostuikin nimenomaan työpaikkaterveydenhoitoon osallistuvista henkilöistä. Diacorin työterveyshoitajan mukaan työterveyshuollon asiakkaiden keskuudessa on ollut joitakin, joille sielunhoidon palveluista olisi voinut kertoa, jos niitä olisi Diacorissa ollut tarjolla.⁵²

Eräiden potilaiden vastaukset jaoteltiin lisäksi aiheryhmiin.⁵³ Erotteleviksi tekijöiksi muodostui tällöin potilaiden halukkuus käsitellä sielunhoidossa uskoa, erilaisia elämäntapahtumia ja ihmissuhteita.

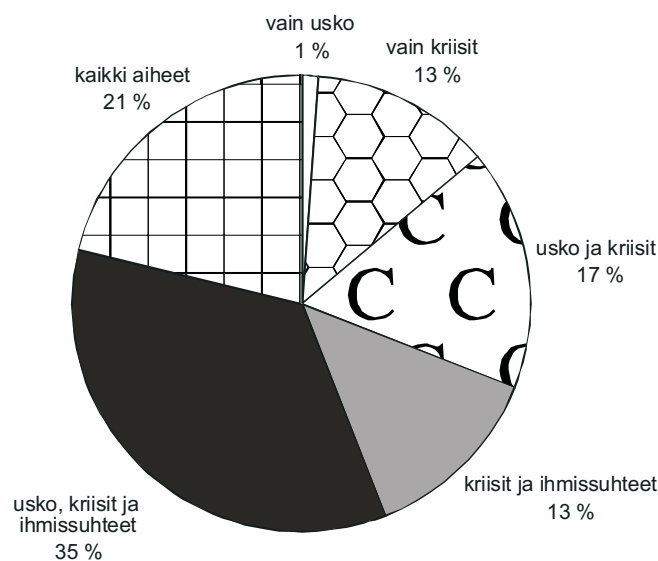
Hyvin pieni osa potilaista (1 %) oli sitä mieltä, että sielunhoitosuhteessa voidaan käsitellä vain uskonasioita. He edustivat lähinnä ei-uskonnollisia tai ateisteja. Potilaista 13 % oli sitä mieltä, että sielunhoitosuhteessa tulee voida käsitellä vain tiettyjä elämän kriisitilanteita. He eivät olleet näin ollen valmiita hyväksymään käsiteltävien aiheiden listaan uskoa tai ihmissuhteita eivätkä myöskään kaikkia kriisitilanteita, vaan eräitä valikoituja. Potilaista 13 % arvioi, että sielunhoitosuhteessa

52 Leena Tahvanainen 26.3.2002.

53 Lomakkeista käsiteltiin 286 satunnaisesti valittua Medi-Metron vastausta.

voidaan eräiden kriisitilanteiden lisäksi keskustella ihmissuhteista, mutta ei uskota. Potilaat jotka eivät listanneet hyväksyttäväksi keskusteluaiheeksi uskoa, pitivät yleisesti ottaen diakonia/diakonissaa sopivimpana sielunhoitajana kuin pappia. Heille pappi merkitsi näin ollen nimenomaan hengellistä työntekijää. Edelleen 17 % potilaista kannatti keskusteluaiheeksi uskoa ja eräitä kriisejä, mutta ei ihmissuhteita. Kaikista annetuista aiheista keskustelua kannatti puolestaan 20 %. Suurin vastaajaryhmä (35 %) olivat potilaat, jotka arvioivat, että sielunhoidossa tulee voida käsitellä uskoa, eräitä kriisejä sekä ihmissuhteita. He eivät olleet listanneet keskustelualueiksi kuitenkaan kaikkia esitettyjä teemoja.

Kuvio 5. Sielunhoidon keskusteluaiheet potilaiden kuvaamana (N=268).



Sielunhoitajat keskustelevat Sipun tutkimuksen mukaan enemmän asiakkaiden henkilökohtaisista asioista kuin heidän elämäänsä liittymättömistä teemoista. Sielunhoitosuhteessa keskusteltiin useimmiten sairaudesta, elämänhistoriasta, perheestä ja parisuhteesta, hengellisistä asioista, peloista, ahdistuksesta ja tulevaisuudesta sekä kärsimyksestä (yli 70 % vastaajista sanoi keskustelevansa näistä teemoista usein). Sielunhoitajat eivät sen sijaan keskustelleet monesti eettisistä kysymyksistä, hoitoyhteisön ihmissuhteista, maailmantilanteesta, taloudesta ja työstä (alle 30 % vastaajista sanoi keskustelevansa näistä asioista usein). Vastaajien mielestä sielunhoitotyö painottuu nykyään henkilökohtaiseen sielunhoitoon. (Sippo 2000, 130–131, 138.)

Diakoniatyöntekijöiden käymät keskustelut asiakkaiden kanssa näyttävät poikkeavan suuresti sielunhoidollisten keskustelujen sisällöstä. Diakonisen avun hakemisen syynä olivat lähes pelkästään taloudelliset (82 %). Muita syitä diakonisen avun hakemiseen olivat terveydelliset (5 %), ihmissuhteisiin liittyvät (4 %), muihin syihin kohdistuneet (6 %) ja työhön liittyvät (1 %). Vain murto-osa (2 %) diakonisista keskusteluista tapahtui hengellisten kysymysten vuoksi. (Kettunen 2001, 133.) Tutkimuksen perusteella seurakunnan diakoniatyöntekijöiden toi-

menkuva on käytännössä melko kapea. Asiakkailla ei ole joko ollut tarvetta hakea ensisijaisesti keskusteluapua diakoniatyöntekijöiltä tai sitten työntekijöiden valmiudet ihmisten ongelmien ja kriisien kohtaamiseen ovat olleet melko vähäiset. Myös toisen tutkimuksen mukaan potilaat eivät odota sairaalasielunhoitajalta välineellistä tukea, esim. taloudellista avustamista tai vastaavaa, vaan tällainen apu liitettiin enemmän juuri diakoniatyöntekijöille (Lankinen 2001, 336).

Kirkon tilastojen valossa diakoniatyöntekijöiden sielunhoidollisten keskustelujen painotus oli kuitenkin jossain määrin toisenlainen. Kirkon nelivuotiskertomuksen mukaan lamavuosien aikana useammat ihmiset löysivät kirkon sielunhoidon mahdollisuudet, mikä lisäsi sielunhoidon kysyntää. 1990-luvun lopulla etenkin diakoniatyöntekijöiden käymien sielunhoitokeskustelujen määrä nousi. Kaikista diakoniatyöntekijöiden käymistä keskusteluista 15 % liittyi hengellisiin kysymyksiin ja noin 20 % terveyteen ja sairauteen sekä suurin piirtein saman verran myös ihmissuhteisiin. Rippiin tarjottiin aiempaa enemmän mahdollisuuksia, mutta ripin käyttö pysyi vähäisenä. (Salonen & Kääriäinen & Niemelä 2000, 96–97).

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että potilaat odottavat sielunhoidolta vastauksia etenkin ongelma- ja kriisitilanteisiin kun taas työntekijät näkevät sielunhoitoon kuuluvan laajemmin keskustelut eri elämänpiiriin liittyvistä aiheista. Vain hyvin harvat ajattelevat, että sielunhoidossa voidaan keskustella pelkästään uskonasioista.

4.3. Potilaiden sielunhoidon tarve

Sielunhoidon tarve, johon on vastattu

Potilailla on työntekijöiden arvion mukaan tarvetta sielunhoidolliseen keskusteluun ajoittain. Työntekijöistä noin puolet (52 %) on kohdannut potilaiden tai heidän omaistensa keskuudessa sielunhoidon halukkuutta. Enemmistö (45 %) oli sitä mieltä, että sielunhoidon tarvetta oli esiintynyt joskus ja vähemmistö (7 %) sanoi, että tarvetta oli ollut usein. Naisten tai miesten suhteen tässä kysymyksessä ei juuri ilmennyt eroja. Nuorissa, alle 35-vuotiaissa työntekijöissä, oli enemmän niitä, jotka eivät koskaan olleet havainneet potilaiden sielunhoidon tarvetta. Tämä voi johtua siitä, että osalle nuorista työntekijöistä ei vielä ole kehittynyt riittävää kykyä erottaa potilaiden ahdistusta ja keskusteluhalukkuutta. Potilaat voivat uskoutua myös mieluummin vanhemmille ja sitä kautta kokeneemmille hoitajille.

Sairaalassa työskentelevät kohtaavat sielunhoidon halukkuutta potilaiden tai heidän omaistensa keskuudessa hieman useammin kuin muut, heistä 62 % oli havainnut tällaista tarvetta ainakin joskus. Vastaava luku tutkimusyksiköissä työskentelevien joukossa oli 58 % ja lääkäriasemilla työtä tekevien parissa 50 %. Vähiten

sielunhoidon tarvetta oli puolestaan havainnut Diacorin hallinnossa työskentelevät, mikä näiden yksiköiden työn luonteen kannalta onkin ymmärrettävää.

Taulukko 6. Työntekijöiden (N=200) työssään kohtaama sielunhoidon tarve potilaiden tai heidän omaistensa keskuudessa. Vastaukset prosentteina.

Sielunhoidon tarvetta on kohdattu	Usein	Joskus	Ei koskaan	Ei vastausta	Yhteensä
Kaikki yhteensä	7	45	45	3	100
Työntekijät yksiköittäin:					
Sairaala	9	52	32	7	100
Lääkäriasemat	8	42	48	2	100
Tutkimus	0	58	42	0	100
Hallinto	0	33	67	0	100

Halua sielunhoitoon on ollut etenkin sairaalan potilailla, mutta myös tutkimusyksiköiden ja lääkäriasemien asiakkailla. Sairaalassa potilaiden sielunhoidon tarve liittyy ensisijaisesti vakavan sairauden tai lähestyvän kuoleman aiheuttamaan ahdistukseen ja suruun sekä siitä keskustelemiseen. Tämän teeman lisäksi työntekijät ilmoittivat vain joitakin yksittäisiä tilanteita, joissa keskusteluavun tarvetta oli ilmennyt. Tällaisia tilanteita olivat potilaan elämänkriisit, omaisen sielunhoidon tarve, sairaus tai kuolema.

Työntekijät kuvasivat potilaiden sielunhoidon tarvetta sairaalassa esim. seuraavasti:

- Kuoleman lähellä.
- Vakavan sairauden kohdatessa, kuoleman kohdatessa.
- Yllättävä sairastuminen, kuolema.
- Esim. yllättävä tieto pahanlaatuisesta sairaudesta/tai sairauden uusiminen.
- Asiakkaan saatua tietää vakavasta sairaudesta tai elämässä on juuri sillä hetkellä kriisi-tilanne, sairaus, avioero tms.
- Vaikeasti sairaat.
- Potilaalla/asiakkaalla todetaan yllättävä vakava sairaus.
- Omaiset, esim. saattohoitopotilaan kohdalla tarvitsevat apua ja lohdutusta.

Lääkäriasemien ja tutkimusyksiköiden potilailla sielunhoidon tarve on ollut osittain erilaista kuin sairaalan potilailla. Teemat eivät ole olleet niin vakavia kuin sairaalassa. Näiden yksiköiden asiakkaiden halukkuus sielunhoidolliseen keskusteluun on liittynyt myös sairauteen ja kuolemaan, mutta suurella määrällä lisäksi muihin elämänkriiseihin. Tämän lisäksi mainittiin joitakin yksittäisiä tilanteita, jolloin potilas olisi ollut sielunhoidollisen keskustelun tarpeessa. Tällaisia olivat omaisten sairauteen ja kuolemaan liittyvät tapahtumat sekä omaan työssä jaksamiseen liittyvät kysymykset.

Työntekijät kuvasivat potilaiden sielunhoidon tarvetta lääkäriasemalla ja tutkimusyksiköissä esim. seuraavasti:

- Vaikean sairauden ilmestyessä ihmisen omaan tai lähimmäisen elämään.
- Esim. jos asiakkaita on kohdannut vaikea sairaus tai läheisen kuolema.
- Vaikean sairauden kohdatessa, kun potilas saa kuulla siitä.
- Läheisen kuolema, vakava sairaus, raskaat paineet työssä, väsymys.
- Vakava sairaus on todettu tai ongelmia ihmissuhteissa/perheessä, aviokriisi.
- Kriisi, lähiomaisen menetys, sairastuminen vakavasti.
- Elämän kriiseissä, parisuhdeongelmissa, läheisen kuoleman, lapsen sairastumisen yhteydessä.
- Elämän kriisitilanteissa.
- Perhe- tai työpaikkakriisit.
- Parisuhdeongelmat, läheisen kuolema, elämän mielekkyyksymykset.
- Elämän menetyksissä, pettymyksissä.
- Omaisen kuollessa, työperäisen stressin aiheuttamassa ahdistuksessa.
- Työssä jaksamisongelmia.
- Työpaikalla tapahtuneet muutokset, epävarmuus tulevaisuuden suhteen.

Kuten sielunhoidon tarpeen ilmeneminen niin myös sielunhoidon tarpeen ilmaiseminen on jossain määrin erilaista sairaalan potilaiden ja lääkäriaseman/tutkimusyksiköiden asiakkaiden välillä. Ero johtuu muun muassa siitä, että sairaalassa potilaat saattavat viipyä pitempään ja ehtivät halutessaan näin ollen pyytää esimerkiksi papin vierailua osastolle. Sairaalassa hoidetaan usein myös vaikeampia sairauksia kuin muissa yksiköissä. Myös omaiset ovat useammin mukana hoidon eri vaiheissa, jolloin potilaan sielunhoidon tarve välittyy henkilökunnalle heidän kauttaan.

Sairaalassa potilaan tarve saada sielunhoitoa tulee työntekijöiden mielestä esille etenkin 1) potilaan ahdistuksena, 2) papin pyytämisenä paikalle, 3) omaisten aloitteesta ja 4) asiakkaan aloitteesta. Tarve on ilmaistu myös yksittäistapauksissa itkuna, ns. rivien välistä, saattohoidon yhteydessä sekä keskustelun lomassa. Lääkäriasemalla ja tutkimusyksiköissä sielunhoidon halukkuus on ilmennyt etenkin 1) keskusteluissa/vastaanotolla ja 2) potilaan ahdistuksena. Tarve on ilmennyt myös 3) uskonnosta puhumalla, 4) rivien välistä lukemalla, 5) asiakkaan aloitteesta, 6) itkuna ja 7) terveystarkastuksen yhteydessä.

Työntekijät ovat kohdanneet toisinaan myös jonkun muun kuin evankelis-luterilaisen kirkon uskonnon edustajan kaipaavan luottamuksellista keskusteluapua erilaisissa elämänongelmissa. Tällaista tarvetta ei ole ilmennyt kuitenkaan niin usein kuin evankelis-luterilaisten potilaiden keskuudessa. Tämä onkin luonnollista, sillä muun uskonnon edustajien määrä kaikista potilaista on melko pieni. Työntekijöistä 1 % sanoi kohdanneensa tällaisen tilanteen usein, 16 % joskus ja 83 % ei koskaan. Työntekijöiden mukaan kyseessä on useimmiten muun kuin kristillisen uskon edustajan sielunhoidon halukkuudesta. Naiset olivat havainneet tämänkal-

taista sielunhoidon halukkuutta useammin kuin miehet ja vanhemmat enemmän kuin nuoret. Useimmiten muun kuin evankelis-luterilaisen uskonnon edustajien sielunhoidon tarvetta esiintyy Diacorin lääkäriasemilla, joiden työntekijöistä 20 % kertoi huomanneensa tällaista tarvetta ainakin joskus, tutkimusyksiköissä työskentelevistä samaa mieltä oli 14 % ja sairaalan henkilökunnasta 13 %.

Sielunhoidon tarvetta tutkituissa terveydenhoitoyksiköissä on siis ollut ja potilaiden tarpeeseen on myös vastattu melko usein. Sielunhoidon halukkuudesta on ollut merkinä etenkin potilaiden ahdistuneisuus sekä avun pyytäminen. Keskustelutarve on liittynyt useimmiten sairauteen, kuolemaan sekä muihin elämän kriisitilanteisiin. Se, että henkilökunta on havainnut potilaiden ahdistusta melko usein, on arvokasta.

Sielunhoidon tarve, johon ei ole vastattu

Sairaalan, lääkäriasemien ja tutkimusyksiköiden potilaat jäävät työntekijöiden arvon mukaan toisinaan vaille tarvitsemaansa sielunhoidollista keskusteluapua. Työntekijöistä 27 % sanoi, että he ovat kohdanneet ainakin joskus myös sellaista sielunhoidon tarvetta, johon ei ole kyetty vastaamaan. Tämä sielunhoidon tarve on noussut potilaan tai hänen omaistensa halusta keskustella sairaudestaan hoitohenkilökunnan, sairaalateologin tai diakonin/diakonissan kanssa. Aikaa hoitohenkilökunnalla tällaiseen keskusteluun ei ole kuitenkaan löytynyt tai henkilön luokse ei ole yrityksistä huolimatta saatu pappia. Sielunhoitoa vaille ovat jääneet etenkin potilaan omaiset kuolemantapausten yhteydessä.⁵⁴ Myös potilaat itse olisivat tarvineet enemmän keskusteluapua lähestyvän kuoleman edessä. Sielunhoitotukea olisi kaivattu myös silloin, kun ihmiselle on kerrottu häntä kohdanneesta sairaudesta. Toisinaan potilaat ovat toivoneet sairaalassa ollessaan hengellistä ohjelmaa (esimerkiksi juhlapyhän hartaushetki tai aamulaulu), mitä ei ole kuitenkaan ollut tarjolla. Hengellisen ohjelman tarjonnan katsottiin myös tulleen aiempaa niukemmaksi Diacorin sairaalassa.

54 Tilanteet, joissa potilaan omaiset tarvitsevat tukea, ovat moninaiset. Esim. kuolevan potilaan käyttäytymisen ymmärtäminen saattaa olla omaisille hyvin vaikeaa. Omaisten surutyön auttaminen ennen potilaan kuolemaa aiheuttaa hoitohenkilökunnalle paineita. Aikaa ei tahdo löytyä ja arkuutta sekä avuttomuutta koetaan helposti. Toiveet sielunhoidosta tulevat sekä potilailta että hoitohenkilökunnalta. Sairaalateologi ei ole ainoa, joka tekee sielunhoitotyötä. Sielunhoitoa taapautuu runsaasti myös apuhoitajien, sairaanhoitajien, sosiaalityöntekijöiden, lääkärin, sairaalaa-apulaisten, toisten potilaiden, vierailevien omaisten ja ystävien taholta. (Laitinen & Pohjolainen 1987, 25–32.)

Nuikan (2002, 94) mukaan sairaanhoitajat kuormittuivat omaisten kanssa keskustellessa. Vaikeana ja ahdistavana koettiin etenkin omaisten tyytymättömyys hoitotilanteessa. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat pitivät myös kuolevan potilaan hoitamista vaikeana ja ahdistavana.

Taulukko 7. Työntekijöiden (N=200) työssään kohtaama sielunhoidon tarve potilaiden tai heidän omaistensa keskuudessa, johon ei ole pystytty riittävässä määrin vastaamaan. Vastaukset prosentteina.

Sielunhoitoa vaille jääneitä on ollut:	Usein	Joskus	Ei koskaan	Ei vastausta	Yht.
Kaikki yhteensä	1	26	22	52	100
Työntekijät yksiköittäin:					
Sairaala	0	43	16	41	100
Lääkäriasemat	2	22	23	53	100
Tutkimus	0	21	43	36	100
Hallinto	0	7	13	80	100

Useimmiten vaille tarvitsemaansa sielunhoitoa olivat jääneet sairaalan potilaat. Sairaalan työilmapiiri on monesti kiireinen eikä hoitajilla ole tästä syystä mahdollisuuksia tai edes rauhallista tilaa kuunnella siellä olevien huolia ja ongelmia. Sairaalassa työskentelevistä 61 % sanoi huomanneensa potilaiden keskuudessa sielunhoidon tarvetta usein tai joskus. Edelleen 43 % heistä sanoi havainneensa joskus potilaiden keskuudessa sielunhoidon tarvetta, johon ei ollut kyetty vastaamaan.

Sairaalan työntekijät kuvasivat tilannetta seuraavasti:

- Osastolla työskennellessäni tuli aika ajoin tilanteita, joissa potilailla tai omaisilla olisi ollut selkeä tarve saada keskustella tilanteestaan rauhassa ja mahdollisesti toistuvasti. Itsellä ei ollut aikaa ja pappia tai muuta keskustelijaa ei ollut juuri silloin eikä välttämättä lähipäivinäkään saatavissa apuun. Monestihan keskustelutarve tulee akuutisti, ei sitä voi ajanvarauksen kautta sopia.
- Viikonloppuna ei ole tavoitettu pappia, vaikka on soitettu muutamaan seurakuntaan. Tilanteet ovat tuntuneet tosi pahoilta.
- Sairaalapastoria ei ole meinannut mistään löytyä antamaan potilaalle ehtoollista. On kyllä saatu, kun on soitettu sinne ja tänne joku lopulta.

Sielunhoitajan paikalle saamisen vaikeus on huomattu myös johtoportaan. Diacorin toimitusjohtaja Pirjo Tiiri totesi haastattelussa, että Diacorin sairaalassa on ollut tilanteita, joissa sielunhoidon tarvetta on ollut. Kun palvelua on yritetty saada, ei sielunhoitajaa ole kuitenkaan saatu paikalle. Aikaisemmin sielunhoidon tarvetta on ollut enemmän kuolevien kohtaamisissa. Tällä hetkellä tällaisen sielunhoidon tarve on vähentynyt.

“Diacoriin ei enää tulla kuolemaan. Myöskään raskasta kirurgiaa ei tehdä enää entisen määrän mukaan. Sielunhoidon tarve on saattanut liittyä esimerkiksi onnettomuuksiin, itsemurhiin, kuolemantapauksiin. Myös Diacorin henkilöstöstä löytynee sielunhoidon tarvetta, vaikkakin työ sinällään on kohtuullisen normaalia. Syväällisempiä sielunhoitoon liittyviä kysymyksiä tulee myös työterveyshoitajille.” (Pirjo Tiiri 18.1.2001.)⁵⁵

55 Haastattelua on lyhennetty.

Diacorin sairaalan johtajan sekä osastonhoitajien haastattelupalaverissa tuli ilmi, että sairaalapappia toivotaan etenkin sisätautiosastolle, jossa potilaat viipyvät pitempään kuin kirurgisella osastolla. Kirurgisella osastolla olevista noin puolet jää sairaalaan. Heistä 70 % on osastolla yhden vuorokauden, muut yleensä muutaman päivän.

“Sairaalassa on ollut joitakin potilaita, joille sielunhoitajaa ei ole saatu yrityksestä huolimatta. Henkilökunta on ollut tällöin pettynyt tilanteeseen. Kiireinen sairaala-elämä on ehkä helppo jättää sivuun sielunhoitotyössä. Sielunhoidon tarvetta on myös leikkaukseen menevillä henkilöillä. Nykyään leikkaukset suoritetaan usein muutaman päivän päästä ensitapaamisesta, tarvittavaa sopeutumisaikaa ei enää ole. Potilaat tulevat valmistelematta leikkaukseen. Siinä vaiheessa kun tulee leikkaukseen, ei voi enää mitään, ei voi enää hoitaa sielunhoidollisia asioita. Kaikki hoidetaan nykyään samalla vauhtipyörällä, joka ei ole hyvä. Tällöin tilanne voi olla katastrofaalinen, sillä potilaat voivat olla aivan shokissa. Lääkäreillä ei usein ole tarpeeksi aikaa pysähtyä potilaiden viereen. Lääkärit sanovat pikaisesti muutaman sanan ja lähtevät pois. Sairaalaan tulon syy selviää, mutta paljon muuhun ei ylltetä. Hoitajat ovat monesti tilanteessa sykkyrällä. Tällaisissa tapauksissa olisi hyvä, että olisi joku, joka ottaisi kantaa ja olisi tukena. Ensimmäistä kertaa paikalle tuleville tulisi kertoa, mitä sairaalassa tulee tapahtumaan. Kirjalliset ohjeet ovat plus miinus nolla. Niistä tulee vain lisää kysymyksiä. Pitäisi olla henkilökohtainen tapaaminen. Sairaalan ilmoitustaululla on kyllä tietoa sielunhoitopalveluiden saamisesta ja sielunhoitaja tulee paikalle tarvittaessa. Tarvetta olisi neuvovalle lääkärille. Potilailta saatu yleispalautte hoidosta on ollut kuitenkin positiivista. Negatiivista palautetta tulee tilanteissa, joissa kaikki menee totaalaisesti pieleen.”⁵⁶

Sielunhoidollisesta avusta olisi ilmeisesti hyötyä etenkin sairauden alkuvaiheessa. Sielunhoito voisi luultavasti myös jossain määrin ehkäistä sosiaalisten ongelmien kehittymistä potilaan elämässä. Tätä tukee se, että keskusteluapu ja tuki sairauden alkuvaiheessa koetaan tärkeäksi (Huotari 1999, 73). On myös havaittu, että potilaiden ahdistuneisuus- ja masennusoireet ovat suurimmillaan ennen leikkausta. Lisäksi hyvin kohdennettavat hoitokeinot voivat ehkäistä taudin etenemistä (Okkonen 2000, 98–99). Sairauden alkuvaiheeseen painottuva sielunhoito voisi parhaassa tapauksessa vähentää myös terveydenhuollon kustannuksia parantamalla ihmisten jokapäiväistä selviytymistä. Tällä hetkellä esimerkiksi mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat kokonaiskustannukset ovat vähintään 2,5 miljardia euroa eli noin 2,4 prosenttia bruttokansantuotteesta (Lehtinen 2004, 108).

Diacorin johtohenkilöiden tapaamisessa todettiin, että sekä potilaiden keskimääräinen hoitoaika että myös sairaalapaikkojen määrä ovat vähentyneet selvästi. Myös potilasryhmät ovat muuttuneet. Edelleen sielunhoitotyössä on nähty painopisteen siirtymistä sairaalasta vanhustyöhön. Sielunhoidon tarvetta ilmenee johtohenkilöiden mielestä sairaalassa kuitenkin edelleen, etenkin pitkäkestoisen hoitajakson aikana.

56 2.2.2001 Maija Korhonen, Allan Malmström, Salme Rajala, Leena Repo, Maritta Vakkuri. Haastattelua on lyhennetty. Sairaalassa ei toimi nykyään osastoa kaksi. Okkosen tutkimuksen mukaan (2000, 98) leikkaukseen menevistä naiset ja nuorimmat potilaat (35–54-vuotiaat) kokivat eniten ahdistuneisuutta.

“Ennen sairaalapastori oli sairaalan käytössä, nyt siirtynyt yhteisöpalveluihin. Sielunhoitotyö on painottunut vanhustyöhön. Keskimääräinen hoitoaika oli sairaalassa ennen 4,5 vuorokautta, nykyään lyhyempi. Vuodepaikkojen määrä oli ennen 200, nyt 60. Potilasryhmät ovat muuttuneet, potilaista noin puolet on nykyään nuoria urheilijoita. 90 % niistä potilaista, jotka ovat yön yli, viipyvät sairaalassa vain yhden yön. Jos potilaat ovat pitempään paikalla, he odottavat että sielunhoidollisia palveluita on tarjolla. Asiakkaiden mielikuva Helsingin Diakonissalaitoksesta on usein kristillinen. Työterveyshuollon paino on kasvanut. Tilanteet, jolloin on haluttu sairaalapastoria, ovat tulleet nopeasti. Kokemukset ovat olleet yksittäisiä, mutta näissä tapauksissa sielunhoidollista tukea ei ole ollut saatavissa. Kysyntä ja tarjonta eivät ole kohdanneet. Diacorin osalta on hyvä tutkia, miten paljon pitäisi resurssoida sielunhoitoon eri yksiköissä.”⁵⁷

Työntekijöiden mukaan sellaista sielunhoidon tarvetta, johon työpaikalla ei ole kyetty vastaamaan, on siis esiintynyt. Työntekijöiden mukaan potilaat eivät jää apua vaille kuitenkaan hälyttävän usein. Vaikka tilanne ei ole äärimmäisen huono, tapauksia on kuitenkin ollut paljon, onhan joka neljäs työntekijä ollut tällaisessa tilanteessa ainakin joskus. Esimerkiksi viikonloppuisin potilaiden luokse on ollut vaikea saada pappia paikalle. On myös tilanteita, joissa sielunhoidon tarve on syntynyt nopeasti eikä tarpeeseen ole kyetty siksi vastaamaan.

Tavoitteena tulisi olla, että sielunhoidon halukkuuteen voidaan vastata aina. Tätä varten eri yksiköissä tulisi olla toimiva verkosto, josta potilaan luokse saadaan sielunhoitaja paikalle mahdollisimman nopeasti. Sielunhoito voisi olla tällä tavoin potilasta tukeva hoitomuoto jo varhaisessa hoidon vaiheessa. Näin pystyttäisiin mahdollisesti myös ehkäisemään vakavampien kriisien syntymistä potilaan elämään. Potilaiden ammatillinen sielunhoito profiloitunee parhaiten sairaalateologeille, jotka ovat saaneet työhön pitkän koulutuksen, ja jotka ovat omaksuneet teologisen koulutuksen lisäksi usein psykologisen työskentelyotteen. Varteenotettava ammattiryhmä ovat myös sairaanhoitajadiakonissat, diakonissat ja diakonit. Ammatillisen sielunhoidon lisäksi myös hoitohenkilökunnan itsensä antamaa sielunhoitotyötä tulee tukea.

57 9.2.2001 Päivi Bärlund, Esko Heikkinen, Marleena Helamaa, Auli Sell, Pirjo Tiiri. Haastattelua on lyhennetty.

5. SIELUNHOIDON KOKEMUKSET JA TOIVEET

5.1. Potilaiden kokemukset sielunhoidosta

5.1.1. Aiemmat kokemukset

Suurin osa potilaista (68 %) ei ole saanut sielunhoidollista tukea mihinkään elämänsä koskettaneeseen asiaan. Sielunhoidollisia kokemuksia oli vähiten nuorilla. Potilaista 21 % sen sijaan ilmoitti saaneensa joskus sielunhoidollista tukea. Mitä vanhemmasta vastaajasta oli kyse, sitä todennäköisemmin hän oli jossakin elämänsä vaiheessa ollut sielunhoitosuhteessa. Tätä mieltä olivat muita useammin eläkeläiset, työttömät ja korkeasti koulutetut. Kansakoulun ja keskikoulun käyneissä oli henkilöitä, jotka eivät osanneet sanoa, ovatko he elämässään saaneet sielunhoidollista tukea.

Taulukko 8. Potilaiden (N=790) aiemmat kokemukset sielunhoidosta.

niiden potilaiden % -osuus, jotka eivät ole koskaan saaneet sielunhoidollista tukea N		ovat joskus saaneet sielunhoidollista tukea
68	Kaikki yhteensä	21
	Yksiköittäin:	
43	Alppikadun sairaalan vuodeosasto	29
54	Tutkimusyksiköt	15
70	Medi-Metron lääkäriasema	21
73	Aikatalon lääkäriasema	16
63	Alppikadun poliklinikka	25

Vaikka suurimmalla osalla vastaajista ei ollut kokemuksia sielunhoidosta, oli sielunhoidollisessa keskustelussa ollut joskus joka viides tutkimukseen osallistunut potilas. Aiemmat kontaktit ovat olleet hyvin monimuotoisia ja tukea on saatu nimenomaan vaikean elämäntilanteen yhteydessä. Kokemukset ovat koostuneet sekä pitkäkestoisesta hoitosuhteesta että yhden kerran tapaamisesta. Sielunhoito on ollut sekä ammatillista (keskustelua papin tai diakonin/diakonissan kanssa) että laaja-alaista sielunhoitoa (keskustelua jonkun muun kirkkoon kuuluvan henkilön kanssa). Ammatillinen keskusteluapu on sisältänyt useassa tapauksessa myös rukousta.⁵⁸ Vain muutama ortodoksisen uskonnon edustaja kertoi ripittäytyneensä sielunhoidollisen keskustelun yhteydessä. Mainintoja ehtoollisen vietosta ei ollut lainkaan.

Aiemmista potilaiden kokemuksista tarkemmin analysoitiin Medi-Metron lääkäriaseman kävijöiden vastaukset. Eniten sielunhoidonkokemuksia tämän lääkäriaseman asiakkailta oli ollut papin kanssa (21 mainintaa). Lisäksi 9 mainintaa liittyi melko todennäköisesti papin antamaan sielunhoitoapuun, sillä vastauksissa mainittiin rukousapu tai keskusteluapu kuolemantapauksen yhteydessä. Yhdeksässä tapauksessa potilas ei ole ilmaissut, keneltä sielunhoitoa on saanut. Kyseessä on voinut olla pappi tai muu henkilö. Ystävän kanssa käyty keskustelu oli koettu sielunhoidoksi 11 tapauksessa. Kuusi henkilöä koki psykologin kanssa käydyn keskustelun sielunhoidoksi. Lisäksi mainittiin seitsemän muuta yksittäistä tapausta, joista kahdessa sielunhoitoa oli antanut potilaalle lääkäri. Neljä henkilöä oli saanut apua itselleen auttavasta puhelimesta tai diakonissalta.

Potilaat osasivat erottaa sielunhoidon melko hyvin muista auttamismuodoista. Sielunhoidollisiin kokemuksiin sisällytettiin useimmiten papin kanssa käydyt keskustelut menetysten, ahdistuksen ja surun hetkellä. Sielunhoidolla nähdään olevan oma tilansa ja tehtävänsä erilaisten hoitomuotojen kentässä. Aiemmat sielunhoitokokemukset käsitettiin useimmiten uskonnolliseksi toiminnaksi. Jonkin verran hämmennystä sielunhoidon termi kuitenkin aiheuttaa, sillä jotkut potilaat kuvasivat psykologin kanssa käytyä keskustelua sielunhoidoksi.

5.1.2. Tämän hetken odotukset

Tutkimuksessa tiedusteltiin, saavatko potilaat tällä hetkellä riittävästi luottamuksellista keskusteluapua elämäntilanteeseensa/hoitoonsa liittyvissä asioissa. Tällä kysymyksellä ei selvitetty sielunhoidon tarvetta, vaan sitä, saavatko potilaat yleisesti ottaen riittävästi keskusteluapua elämäänsä tai hoitoonsa liittyviin kysymyksiin. Tarvitsevatko potilaat keskusteluapua vahvistamaan elämänhallinnan tunnettaan tai jokapäiväistä selviytymistä?

Vastaajista 11 % oli sitä mieltä, että he eivät saa tarpeeksi keskusteluapua, 24 % ei osannut kysymykseen vastata, 63 % sai riittävästi tukea ja 2 % ei vastannut kysymykseen. Eniten luottamuksellista keskusteluapua hoitoon ja elämään liitty-

58 Rukous miellettiin sielunhoitoon oleellisesti liittyvänä välineenä (Lankinen 2001, 132–133).

viin asioihin kaipasivat työttömät ja eläkeläiset, vähiten opiskelijat. Myös korkeamman koulutuksen saaneet kokivat herkemmin, että he eivät saa riittävästi sielunhoidollista keskusteluapua.

Potilaat odottivat keskusteluapua sairaudesta puhumiseen, masennukseen, ihmishuuhdeongelmiin ja erilaisiin elämänvaikeuksiin. Näiden tilanteiden läpi käymisen kohentaisi ilmeisesti potilaiden selviytymistä. Vaikeiden ongelmien tai tilanteiden selvä paraneminen potilaiden elämässä edistäisi ilmeisesti jossain määrin myös heidän elämänhallinnan tunnettaan. Keskusteluavun tulisi tässä tapauksessa olla kuitenkin riittävän pitkäaikaista. Potilaiden odotukset keskusteluavusta olivat sellaisia, jotka sopisivat myös sielunhoidon tehtäväkenttään, vaikkakaan apua ei kaihattu hengellisiin kysymyksiin. Apua ei odotettu myöskään vakaviin mielenterveyden ongelmiin. Avuntarve kohdistui lähinnä lieviin elämänongelmiin. Tuen tarvit-sijoiden määrä oli samansuuntainen kuin muissa tutkimuksissa.⁵⁹

Taulukko 9. Potilaiden (N=790) kokemukset keskusteluavun saamisesta.

Niiden potilaiden % -osuus, jotka eivät saa tällä hetkellä riittävästi keskusteluapua		saavat tällä hetkellä riittävästi keskusteluapua
11	Kaikki yhteensä	63
	Yksiköittäin	
7	Alppikadun sairaalan vuodeosasto	71
8	Tutkimusyksiköt	54
10	Medi-Metron lääkäriasema	64
10	Aikatalon lääkäriasema	58
12	Alppikadun poliklinikka	67

Tutkimuksessa tiedusteltiin sitä, onko sielunhoidolle potilaan mielestä tarvetta lääkäriasemalla, poliklinikalla, sairaalan vuodeosastolla tai tutkimusyksikössä. Potilaista peräti 89 % sanoi, että sielunhoidon palveluille olisi tarvetta terveydenhuol-

59 Eri tutkimusten mukaan psykiatrisen tai psyykkisen tuen tarpeessa olevia on yli 10 %:a kansalaisista (Psykoterapia Suomessa 1995, 1, 21). Yleis- tai erikoislääkäritasoisien psykiatrisen hoidon tarpeessa arvioidaan miehistä olevan 15 ja naisista 20 %. (Psykologipalvelut perusterveydenhuollossa 1993, 3.) ”Lievempiä häiriöitä” on kautta maailman todettu enemmän naisilla kuin miehillä. Tutkimuksessa päädyttiin miesten kohdalla noin 10 prosentin ja naisilla noin 14 prosentin esiintyvyyteen. (Kansanterveystiede 1998, 212.). Laajan terveystutkimuksen mukaan tutkimukseen osallistuneista 20–25 % ilmaisi vointiaan heikentäviä psyykkisiä oireita, mikä määrä vastasi odotuksia. Tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmat ovat suunnilleen yhtä yleisiä kuin 20 vuotta sitten. (Terveys ja toimintakyky Suomessa 2002, 131, 137.) Muutaman viime vuosikymmenen aikana psyykkisten oireiden esiintyminen on lisääntynyt selvästi työikäisten keskuudessa. Psykiatristen potilaiden laitospaikat ovat kuitenkin vähentyneet merkittävästi laitoshoitopaikkojen yleisen supistumisen myötä. (Suomalaisten terveys ja terveystalouden käyttö 1998, 7, 25.)

lossa. Heistä 31 % (241 vastaajaa) uskoi lisäksi itse käyttävänsä sielunhoidon palvelua, jos sellaista saisi siinä Diacorin yksikössä, jossa he olivat kyselylomakkeen täyttäneet. Eniten sielunhoitoa kaipasivat 55–75-vuotiaat. Tarve sielunhoitoon oli suurinta sairaalan vuodeosaston potilailla. Myös lääkäriasemien kävijöistä kolmannes oli halukkaita käymään sielunhoitajan luona.

Taulukko 10. Potilaiden (N=790) arvio sielunhoitopalveluiden käyttämisestä.

Niiden potilaiden %-osuus, jotka eivät usko, että sielunhoidon palvelua tarvitaan siinä yksikössä, jossa he ovat asioineet		uskoisivat itse käyttävänsä sielunhoidon palveluita, jos sellaista olisi tarjolla siinä yksikössä, jossa he ovat asioineet
8	Kaikki yhteensä	31
	Yksiköittäin	
7	Alppikadun sairaalan vuodeosasto	43
8	Tutkimusyksiköt	23
11	Medi-Metron lääkäriasema	34
5	Aikatalon lääkäriasema	31
8	Alppikadun poliklinikka	25

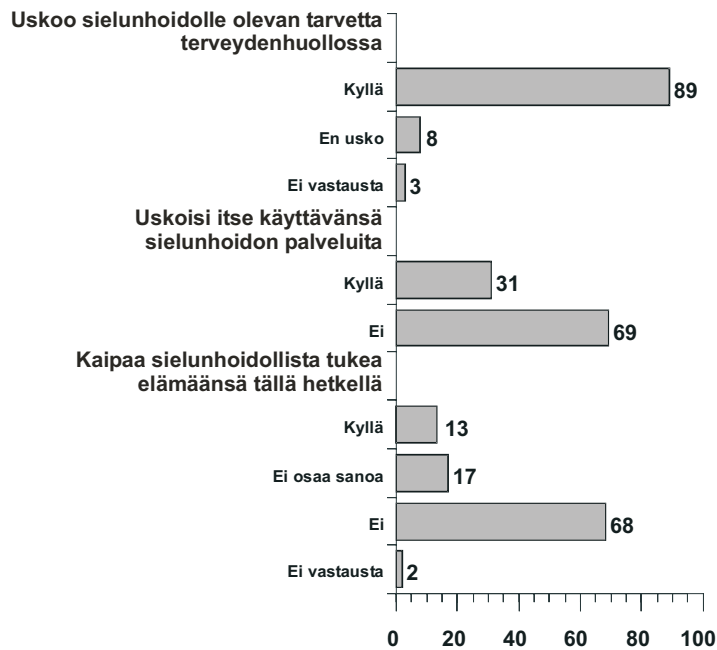
Sielunhoidon tarpeen keskittyminen enemmän keski-ikä ohittaneille on yhteydessä aiempiin tutkimuksiin, joiden mukaan hengelliset asiat ja uskonto merkitsevät etenkin vanhemmille ihmisille yhtä selviytymisstrategiaa elämän ongelmissa.⁶⁰ Naiset ovat puolestaan eräiden tutkimusten mukaan miehiä valmiimpia selvittämään ja ratkaisemaan ongelmiaan.⁶¹

Vaikka kolmasosa potilaista uskoi käyttävänsä sielunhoidon palvelua, jos sellaista olisi tarjolla, niin juuri tutkimushetkellä sielunhoitajan luokse olisi halunnut oman ilmoituksensa mukaan mennä 13 % kaikista asiakkaista (98 vastaajaa). Tämäkin määrä on melko iso. Merkitsihän se sitä, että sadasta potilaasta 13 koki olevansa sellaisessa elämäntilanteessa, jossa toivoi keskusteluapua sielunhoitajalta heti. Asiakkaista 17 % (137 vastaajaa) ei puolestaan osannut sanoa tämänhetkisestä sielunhoidon tarpeestaan ja 68 % (537 vastaajaa) ei tällaista palvelua olisi juuri tutkimushetkellä kaivannut. Sielunhoidollisen tarpeen ilmaiseminen merkinnee sitä, että ihmisellä on elämässään jokin kriisi, sairaus, elämäntilanne, ongelma tai tapahtuma, jota hän haluaa käydä läpi kahden kesken luotettavan henkilön kanssa. Näin sielunhoito voisi tukea itseä ja omaa selviytymistä. Joillekin sielunhoidon tarpeen ilmaiseminen merkinnee myös tuen ja hyväksynnän hakemista tai vain epämääräistä kiinnostusta itselle mahdollisesti uutta, maksutonta palvelua kohtaan.

60 Ks. Suutama 1995, 34, 83; Korhonen & Niemelä 1999, 14.

61 Ks. Teinonen 2005, 110–111; Korhonen & Niemelä 1999, 24–25; Suutama 1995, 82; Belle 1991, 264.

Kuvio 6. Potilaiden (N=790) arvio sielunhoidon tarpeesta.



Potilaista uskonnolliseksi ihmiseksi itseään kuvanneet henkilöt olivat selvästi halukkaampia osallistumaan sielunhoidolliseen keskusteluun ei-uskonnollisiin nähden. Esimerkiksi Medi-Metron uskonnollisista vastaajista 42 % uskoi käyttävänsä yksikön sielunhoitopalveluita, jos sellaista olisi tarjolla. Heti sielunhoidollista tukea uskonnollisista ihmisistä kaipasi elämäänsä 17 %. Ei-uskonnolliseksi itseään luonnehtivista sen sijaan vain 18 % uskoi käyttävänsä sielunhoidon palveluita, jos niitä tässä yksikössä olisi saatavilla. Heti sielunhoidolliseen keskusteluun halusi heistä 7 %.

Uskonnolliset ihmiset osallistuisivat yhtä lailla diakonin tai diakonissan kuin papin antamaan keskusteluapuun. Ei-uskonnolliset ihmiset ilmoittivat sen sijaan useammin, että sielunhoidollisen keskusteluavun antaminen kuuluu ensisijaisesti diakonille tai diakonissalle ja vasta sen jälkeen papille. Sekä uskonnolliset että ei-uskonnolliset ihmiset katsoivat, että sielunhoidollisessa keskustelussa tulee voida käsitellä laajasti eri aihe-alueita, tarvittaessa myös uskoa.

Potilailta tiedusteltiin kyselylomakkeessa sitä, minkälaista sielunhoidollista tukea he haluaisivat saada. Pidetäänkö sielunhoitoa itseä tukevana palvelumuotona? Mitä elementtejä sielunhoitoon katsotaan kuuluvan? Vastausvaihtoehtoina oli luottamuksellinen keskusteluapu, rippi, ehtoollinen, rukous tai jokin muu potilaan itse mainitsema toimintamuoto. Potilaat saivat ympyröidä useamman itselle sopivan sielunhoidollisen tukimuodon. Selvästi eniten vastaajat kaipasivat sielunhoidolta nimenomaan keskusteluapua.⁶² Tätä toivoi kaikista vastanneista 204 potilas-

62 Potilaat mielsivät sairaalapapin tehtäviksi kuuntelun ja keskustelun. Keskustelu nähtiin eräänlaisena miniprosessina, jossa tutkailtiin, mitä asioita sielunhoidossa voidaan käsitellä. Haastattel-

ta (26 %). Lisäksi 48 toivoi sielunhoidolliseen hetkeen lisäksi rukousta, 21 odotti ripittäytymismahdollisuutta ja 19 potilasta kaipasi ehtoollisen viettoa. Potilaista vain 15 mainitsi lisäksi omia toiveita sielunhoidollisen tuen suhteen. Eräänä tällaisena vaihtoehtoina mainittiin ryhmäkeskustelut.⁶³ Sielunhoidolta odotetaan näin ollen useimmin keskusteluapua, jonkin verran rukoilemista sekä vähäisemmässä määrin rippiä tai ehtoollisen viettoa.

Tutkimuksen mukaan potilaat toivovat lisää sielunhoitopalveluita terveydenhuoltoon. Koska vain viidesosalla potilaista oli aiempia omakohtaisia kokemuksia sielunhoidosta, saattavat joidenkin toiveet pohjautua liian positiivisten tai väärin mielikuvien varaan. Sielunhoidosta annettiin kyselylomakkeessa potilaille ja työntekijöille kuitenkin määritelmä, jonka avulla vastaajille sanottiin, mitä sielunhoidolla tutkimuksessa tarkoitetaan.

Sielunhoidollisen palvelutarjonnan laajentaminen kunnalliseen terveydenhuoltoon on käytännössä vaikeaa vähäisten resurssien vuoksi. Potilaiden toiveiden ja tarpeiden kuuleminen on kuitenkin tärkeää.

Hyviä, yksilöllisiä, joustavia ja kohtuuhintaisia palveluja haluavat niitä käyttävät asiakkaat ja potilaat, niitä tuottavat ammattilaiset ja palvelujen rahoittajat. Laadunhallinnan käsite otettiin käyttöön vasta 1990-luvulla. Palvelujen keskeinen laatuominaisuus on asiakkaan tarpeisiin vastaaminen. Laatua voidaan kehittää vain siten, että on tietoa asiakkaiden tarpeista, heidän kokemuksistaan ja mielipiteistään. (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa 1995, 7–13.) Ihmisten omien kokemusten kysyminen ja huomioonottaminen palvelujen tuottamisprosessissa on vaikuttavuuden ydinkysymys ja sitä on hyvä kehittää (Metteri 2004, 143).

Useimmissa palveluissa kunnan väestömäärä on liian suppea palvelujen järkevän organisoinnin ja mitoituksen sekä laadukkaan ja tehokkaan toiminnan tai tuloksellisen kilpailuttamisen kannalta. Valtiovarainministeriön selvityksen mukaan hyvinvointipalvelujen tehostaminen ei onnistu, jos nykyisestä organisaatio- ja tuotantokeskeisestä ajattelusta ei pystytä siirtymään asiakaslähtöiseen palvelujen järjestämismalliin, jossa keskeisiä kriteerejä ovat palvelujen saatavuus, hyvä laatu ja taloudellisuus. Tehokkuusnäkökulman tärkeimpänä tavoitteena onkin löytää laadultaan ja kustannuksiltaan parhaat toimintamallit kasvavan palvelutarpeen tyydyttämiseen kestäväällä tavalla. (Hyvinvointipalvelujen turvaaminen 2003, 22.)

Terveydenhuollon potilaiden keskuudessa on tyydyttämätöntä henkisen tuen ja keskusteluavun tarvetta. Vastauksista ilmeni, että etenkin muilla arvellaan olevan runsaasti sielunhoidon halukkuutta. Itselläkin uskotaan sielunhoidon tarvetta olevan, mutta välitöntä omaa tarvetta oli selvästi vähiten.

tavilla oli toive, että keskustelu syntyy omalla painollaan ja etenee arkisista asioista syvempiin. (Lankinen 2001, 132, 332–334.)

63 Kuten aiemmin todettiin, niin 241 potilasta uskoi itse käyttävänsä sielunhoidollisia palveluita jos niitä olisi tarjolla siinä yksikössä, jossa he olivat asioineet. Edelleen 98 potilasta sanoi kaipaavansa sielunhoidollista tukea elämäänsä nimenomaan tutkimushetkellä. Tämän kysymyksen vastausmäärä oli melko korkea, kaikkiaan vastauksia saatiin 317 (osa potilaista toivoi useampaa vaihtoehtoa).

Laaja-alaisen sielunhoidon kehittämisessä terveydenhuollon sektorilla on kyse pienistä asioista: kokonaisvaltaisesta hoidosta, asenteesta ja pienestä koulutautumisesta. Potilaiden ilmaisema sielunhoidollisten palvelujen kysyntä on siinä määrin runsasta, että asiaan reagoiminen on tärkeää niin potilaiden hengellisten tarpeiden ja kokonaisvaltaisen hoidon, kuin myös palvelun laadun ja hoitotieteen kehittämisen kannalta.

5.2. Ammatillinen ja laaja-alainen sielunhoito

Ammatilliselle sielunhoidolle ja sitä tekeville henkilöille on annettu suositus niistä tehtävistä, joita heille kuuluu. Tehtävät ovat moninaiset. Suosituksen mukaan sielunhoitajat muun muassa antavat tarpeellista sielunhoitoa potilaille, suorittavat toimituksia, järjestävät hengellisiä tilaisuuksia, pitävät yhteyttä potilaan omaisiin ja tukevat hoitohenkilökunnan työtä. Sielunhoitajan työn laaja-alaisuus voi johtaa siihen, että varsinaiseen potilaiden kohtaamiseen ja osastoilla kiertämiseen, itsensä tunnetuksi tekemiseen ei jää riittävästi aikaa. (Suositus sielunhoidosta sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimessa 1990, 65.)

Potilailta tiedusteltiin tässä tutkimuksessa sitä, haluavatko he ammatillista sielunhoitoa, jota antaa pappi tai diakoni/diakonissa vai laaja-alaista sielunhoitoa, jota voi antaa kuka tahansa kirkkoon kuuluva henkilö. Kysymykseen vastanneista yli puolet (53 %) halusi nimenomaan papin tai diakonin/diakonissan kanssa tapahtuvaa sielunhoitosuhdetta. Potilaiden mielestä molempien ammattiryhmien edustajat ovat päteviä sielunhoitajia, vaikkakin pappia suosittiin sielunhoitajana jonkin verran enemmän kuin diakonia tai diakonissaa. Pappia toivottiin sielunhoitajaksi kaikissa ikäryhmissä, mutta etenkin yli 45-vuotiaat keskustelisivat useimmiten teologin kanssa. Kolmasosa potilaista (36 %) olisi mieluummin sielunhoitosuhteessa jonkun kirkkoon kuuluvan henkilön kanssa, joka ei kuitenkaan tee sielunhoitotyötä ammattinsa puolesta. Medi-Metron ja Alppikadun potilaista suurin osa kallistui ammatillisen sielunhoidon puoleen. Aikatalon lääkäriaseman kävijöistä sen sijaan puolet ilmaisi kiinnostuksensa laaja-alaista ja puolet ammatillista sielunhoitoa kohtaan. Aikatalon lääkäriaseman kävijöistä suurin osa on työterveydenhuollon asiakkaita.

Myös työntekijöille oli esitetty kysymys, jossa tiedusteltiin heidän arviotaan potilaiden toivomasta sielunhoitajasta. Työntekijöiden ajatus siitä, kenet potilas haluaa sielunhoitajakseen erosi selvästi potilaiden omasta arviosta. Eroja tarkasteltiin kahden otoksen suhteellisten osuuksien vertailutekstillä. Työntekijät arvioivat, että suurimmalle osalle potilaista sielunhoitajalla ei ollut merkitystä: sielunhoitaja voisi olla tarpeen mukaan joko ammatillisen tai laaja-alaisen sielunhoidon edusta-

ja. Todellisuudessa tilanne oli kuitenkin päinvastainen, potilaat itse kannattivat enemmän ammatillista sielunhoitoa.⁶⁴

Työntekijöiden ilmoituksen mukaan ammatillisen sielunhoidon tarvetta esiintyy erityisesti sairaalan potilailla. Sairaalan henkilökunnan mielestä monet sairaalan potilaat kaipaavat luokseen näin ollen nimenomaan joko pappia tai diakonia/diakonissaa. Lääkäriasemien työntekijät arvioivat asiakkaidensa kaipaavan sen sijaan lähinnä laaja-alaista sielunhoitoa. Potilaiden kuuntelijana voi heidän mukaansa toimia papin sijasta esimerkiksi hoitohenkilökuntaan kuuluva työntekijä.

Ammatillisen sielunhoidon ohella myös laaja-alaisen sielunhoitotyön tekemistä on tärkeä kehittää. Hoitohenkilökunnan itsensä tekemää sielunhoitotyötä tulisi tukea siten, että siihen on käytännössä riittäviä valmiuksia ja mahdollisuuksia. Tämä seikka tulisi huomioida myös koulutusvaiheessa siten, että hoitotieteelliset opinnot sisältävät riittävästi sielunhoidon opetusta. Näin potilaiden kokonaisvaltainen kohtaaminen on helpompaa myös valmistumisen jälkeen itse hoitotyössä. Koska sielunhoidossa ollaan usein kasvokkain menetysten, kriisien ja ongelmien kanssa, voi sielunhoidollisten menetelmien tunteminen auttaa hoitohenkilökuntaa mm. kuolevan potilaan tai hänen omaistensa kohtaamisessa riippumatta potilaan uskonnollisesta vakaumuksesta. Sielunhoidon opetuksen tulisi hoitotieteellisissä opinnoissa koostua sekä teoriasta että käytännön sielunhoidon harjoituksista.

Uskonnollisuus on mukana hoitosuhteessa jo sekä potilaan että häntä hoitavan henkilökunnan oman uskonnollisuuden kautta (Uskonto ja terveys 1990, 38–39). Hoitotyön opiskelijat hallitsevat tällä hetkellä kuitenkin parhaiten arvoperustaan ja vuorovaikutussuhteisiin sekä tunteiden kohtaamiseen ja henkisen tukeen liittyviä toimintoja kun taas heikoiten mm. kuolemaan ja hengelliseen tukeen liittyviä toimintoja. (Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen vaihtelee 2002.) Hoitohenkilökuntaa kuormittavat mm. kuolevan potilaan kohtaaminen ja potilaan hengelliseen elämään liittyvät kysymykset. Sairaanhoidajien kokemukset kuormittavista hoitotilanteista liittyivät kuolevan potilaan hoitamiseen ja niihin hoitotilanteisiin, joissa ei yhteistä näkemystä potilaan ja omaisen kanssa syntynyt ja joissa oli epävarmuutta omasta osaamisesta eikä ollut toimintaedellytyksiä hoitaa hyvin potilaita. (Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotyössä 2002.) Uskonnollisia kysymyksiä ei oteta usein esille hoitotieteellisissä artikkeleissa. Esimerkiksi Hoitotiede-lehdessä ei julkaistu yhtään tähän teemaan liittyvää artikkelia vuosina 1995–2005. Asiaa sivusi neljä artikkelia, jotka käsittelivät kuolevaa potilasta tai hänen läheistään.⁶⁵

64 Tulos on vain suuntaa-antava, sillä potilaiden kyselylomakkeessa oli ainoastaan vaihtoehdot (pappi/diakoni/diakonissa tai joku muu henkilö). Työntekijöiden lomakkeessa omana kohtana oli myös kolmas vaihtoehto: molemmat. Tämä muuttuja lisättiin työntekijöiden lomakkeeseen siksi, että potilaista 11 % oli itse lisännyt tällaisen vaihtoehdon lomakkeeseen. Jälkikäteen arvioituna kysymykset olisi ollut hyvä säilyttää molemmissa lomakkeissa samalla tavalla.

65 Ks. Kuuppelomäki 2002, Raatikainen & Miettinen & Karppi 2002, Rask & Paunonen-Ilmonen & Kaunonen 2001, Mäkinen & Välimäki & Katajisto 1999.

Taulukko 11. Potilaiden ja työntekijöiden toiveet sielunhoitajaa kohtaan. Vastaukset prosentteina.

Kenet potilas haluaa sielunhoitajaksi *)	Potilaiden arvio N=219	Työntekijöiden arvio N=93	Testisuureen arvo Z	Tilastollinen merkitsevyys
Papin tai diakonin/ diakonissan	53	17	9.2	***
Jonkun muun seura- kunnan jäsenen	36	36	0	ei eroa
Molempien/kumpi vaan	11	47	11.0	***

*) Väitteen kanssa samaa mieltä olevien prosenttiosuus.

Sielunhoitajan ammattiryhmän tärkeyttä potilaille ja työntekijöille tiedusteltiin vielä toisella kysymyksellä. Tässä kysymyksessä tutkittiin sitä, mille ammattiryhmälle sielunhoitotyön tekeminen vastaajien mielestä ensisijaisesti kuuluu. Työntekijät ja potilaat arvioivat kolme ammattiryhmää tärkeysjärjestykseen (numeroilla 1–3). Vastaukset analysoitiin laskennallisesti seuraavalla tavalla: ensimmäiselle sijalle annetulle ammattiryhmälle annettiin kolme pistettä, toiselle sijalle arvioidulle ammattiryhmälle kaksi pistettä ja kolmannelle sijalle jäänyt työntekijäryhmä sai yhden pisteen.

Työntekijöiden mielestä ensisijainen sielunhoitoa antavien ammattiryhmä on papit. Työntekijät antoivat papille yhteensä 361 pistettä (3 x 83, 2 x 49, 1 x 14 = 187)⁶⁶. Diakoneiden/diakonissojen tärkeys korostui myös arvioinnissa, heidät arvioitiin melko lähelle pappien ammattikuntaa. Diakonit/diakonissat saivat yhteensä 306 pistettä (3 x 46, 2 x 81, 1 x 6 = 154). Jotkut muut hoitoalan ammattilaiset saivat sen sijaan vain 116 pistettä (3 x 9, 2 x 6, 1 x 77 = 116) eli heidän tärkeysjärjestyksensä sielunhoitajana jäi selvästi viimeiselle sijalle työntekijöiden arvioimana.

Potilaiden arviot sielunhoitajan ammattiryhmän ensisijaisuudesta olivat samansuuntaiset työntekijöiden kanssa. Potilaiden mielestä ensisijainen sielunhoitoa antavien henkilöiden ammattiryhmä on papit, he saivat yhteensä 331 pistettä (3 x 62, 2 x 51, 1 x 43 = 331). Diakonit/diakonissat arvioitiin toiselle sijalle. Potilaat antoivat heille kaikkiaan 297 pistettä (3 x 43, 2 x 73, 1 x 22 = 297). Muun ammattiryhmän edustajat saivat 188 pistettä (3 x 32, 2 x 16, 1 x 60 = 188) eli heidät arvioitiin sielunhoidon antajina viimeiselle sijalle.

Suomalaisessa sielunhoidossa on havaittavissa tällä hetkellä kaksi kehityslinjaa. Toisaalta on olemassa vahva sielunhoidon erityistyömuotojen jo vakiintunut käytäntö. Toisaalta uutena ilmiönä on tullut maallikkosielunhoidon aktivoituminen. Maallikkosielunhoidon aktivoitumisessa on hyvistä puolista huolimatta Ket-tusen mukaan myös ongelmia: 1) vilpitiön halu auttaa ei vielä takaa kyvykkyyttä toimia auttajana, 2) apua hakevan toive voi olla pikaisen avun saamisessa. Tällöin

66 Pappien ammattiryhmä arvioitiin sielunhoitajana työntekijöiden keskuudessa näin olen 83 kertaa tärkeysjärjestyksessä ensimmäiselle sijalle. Tämä lukumäärä kerrottiin kolmella. Pappien ammattiryhmä arvioitiin edelleen 49 kertaa toiselle sijalle, mikä määrä kerrottiin kahdella. Tärkeysjärjestyksessä vasta kolmannelle sijalle papit arvioitiin 14 kertaa.

sielunhoitajalta kysytään kypsyyttä, ettei hän lähde liian kevyesti tyydyttämään ihmisten tarpeita ja antamaan katteettomia lupauksia. 3) Kirkkolaki edellyttää ehdotonta vaitioloa ripissä ja sielunhoidollisessa keskustelussa vain papilta ja lehtorilta. Vaikka moraalisesti kaikki sielunhoitajat ja ripin vastaanottajat ovat velvollisia vaitioloon, oikeuden edessä vain pappi ja lehtori voivat vedota lakiin ja olla paljastamatta mitään. (Kettunen 1997, 67–68.)

Potilaiden hengellisen ja sielunhoidollisen tarpeen kohtaaminen on tärkeää ja osa hyvää kokonaisuhoitoa. Vaikuttaa siltä, että sekä ammatillisen että laaja-alaisen sielunhoitotyön kehittäminen on ajankohtaista. Hoitohenkilökunnan tulee saada sielunhoitotyöhön kuitenkin riittävä koulutus. Sielunhoidollisessa keskustelussa esille tulleet asiat ovat aina luottamuksellisia.

5.3. Hyvän sielunhoitajan ominaisuudet

Tässä tutkimuksessa selvitettiin avoimella kysymyksellä sitä, millainen hyvä sielunhoitaja potilaiden ja työntekijöiden mielestä on. Kysymyksellä tarkasteltiin sekä sielunhoitajan persoonaan kohdistuvia odotuksia että myös työn ammatillisuuteen liittyviä tekijöitä. Kysymykseen vastasi työntekijöistä kolme neljäsosaa ja potilaista yksi neljäsosa. Yhden henkilön vastaus saatettiin jakaa useampaan eri määrittelymään.

Potilaat kaipaavat kuuntelijaa. Hyvä sielunhoitaja on vastaajien mielestä etenkin kuunteleva ja empaattinen. Peräti 40 % vastanneista työntekijöistä sekä potilaista ilmoitti tärkeimmäksi sielunhoitajan ominaisuudeksi nämä tekijät.

Seuraavassa potilaiden kannanottoja:

- Jaksaa kuunnella.
- Hyvä kuuntelija, osaa ohjata oikeaan hoitoon tarvittaessa.
- Jämäkkä kuuntelija, jolla kuitenkin olisi ratkaisuja ongelmiini.
- Osaa kuunnella ja auttaa henkisen taakan keventämisessä, kuuntelu on kauhean tärkeää, että saa purkaa pahaa oloaan. Aito myötätunto.
- Hyvä kuuntelija, rauhallinen, ystävällinen, henkilö joka todella paneutuu kyseisen henkilön auttamiseen, ei mikään virkamies.
- Kuuntelee ja ymmärtää elämää ja pystyy eläytymään ihmisen tilanteeseen. Kokenut henkilö, joka omaa kristillisen vakaumuksen ja arvomaailman.
- Hyvä kuuntelija, osaa tuoda lohtua, tuo uusia näkökulmia.
- Empaattinen, jaksaa kuunnella ja ymmärtää.
- Empaattinen, omaa kyvyn kuunnella lähimmäistä.
- Kypsä, elämänkokemusta omaava aikuinen, empaattinen, ei ylenkatso asiakasta, ei määrääle, kuuntelee ja ottaa vakavasti asiakkaan tilanteen.

Sielunhoitajalta odotetaan empaattisuutta ja elämäkokemusta. Hänen odotetaan olevan myös potilasta tukeva, luotettava, eläytyvä ja ymmärtävä. Diacorin asiakkaista vain muutama toi avoimissa vastauksissa esille sen, että hyvän sielunhoitajan ominaisuuksia olisi kristillinen elämäkatsomus. Tärkeänä pidettiin sen sijaan sitä, että sielunhoitajalla on valmiutta jutella laaja-alaisesti ihmisten elämänongelmista.

Taulukko 12. Hyvän sielunhoitajan ominaisuudet potilaiden ja työntekijöiden arvioimana. Vastaukset prosentteina.

Hyvän sielunhoitajan ominaisuuksia	Potilaat N=477	Työntekijät N=360
Kuuntelee	30	26
Empaattinen	10	14
Työstä nauttiva	7	1
Tukee	6	8
Luotettava	6	5
Eläytyvä	5	7
Asiantuntija	4	3
Ymmärtää	4	5
Asiakaslähtöinen	4	8
Ystävällinen	4	1
Rauhallinen	3	3
Ei tuomitse	3	6
Elämäkokemusta	3	3
Ottaa kantaa	3	1
Älykäs	2	2
Vanhempi	2	0
Kiireetön	1	1
Avoin	1	1
Uskonnollinen	1	3
Keskustelutaitoinen	1	2
	100	100

Vastaajilta tiedusteltiin myös sitä, mikä on tärkeää luottamuksellisen sielunhoitosuhteen syntymisessä. Potilailta saatiin kaikkiaan 850 mainintaa tekijöistä, jotka vaikuttavat siihen, että hoitosuhteesta muodostuisi toimiva. Työntekijöiltä vastauksia saatiin 240. Tällä kysymyksellä mitattiin sekä yleisesti sielunhoitosuhteen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä että myös sielunhoidon ammatillisuutta. Korostuuko vastauksissa työntekijöiden ammatti, kokemus tai muu ammattitaito? Kysymyksen avulla voitiin pohtia myös sielunhoidon uskonnollista viitetaustaa. Nouseeke vastauksista esille toiveita sielunhoidon tai sielunhoitajan uskonnollisuutta kohtaan?

Potilaat ja työntekijät arvostavat sielunhoitosuhteen syntymisessä pääosin eri tekijöitä. Potilaille tärkeää on etenkin: 1) keskinäinen luottamus, 2) ns. samalla aaltopituudella oleminen ja 3) yksilöllinen kohtaaminen. Nämä kolme tekijää muodostivat noin 60 % vastauksista. Työntekijöiden mielestä tärkeintä luottamuksellisen sielunhoitosuhteen syntymisessä on sen sijaan: 1) sielunhoitajan asiantuntemus ja kokemus, 2) keskinäinen luottamus sekä 3) kuuntelemisen taito, jotka myös muodostivat noin 60 % kaikista annetuista vastauksista. Työntekijät pitivät tärkeänä lisäksi avoimuutta sekä uskonnollista elämänsäntettä, jotka eivät tulleet potilaiden toiveissa esille. Koska potilaat kuitenkin kokevat sielunhoidon uskonnollisväritteiseksi keskusteluavuksi, he pitävät sielunhoitajan uskonnollista vakaumusta itsestään selvänä asiana, joka heidän toivelistassaan ei kuitenkaan korostu.

POTILAIDEN mielestä luottamuksellisen sielunhoitosuhteen syntymiselle on tärkeää seuraavat tekijät:

- Luottamus (27 %)
- Sama aaltopituus (15 %)
- Yksilöllinen kohtaaminen (15 %)
- Vakava suhtautuminen asiakkaan elämäntilanteeseen (5 %)
- Sielunhoitajan asiantuntemus ja kokemus (5 %)
- Miellyttävä tila sielunhoitokeskustelulle (4 %)
- Jatkuvuus (4 %)
- Avun saanti (4 %)

TYÖNTEKIJÖIDEN mielestä luottamuksellisen sielunhoitosuhteen syntymiselle on tärkeää seuraavat tekijät:

- Sielunhoitajan asiantuntemus ja kokemus (26 %)
- Luottamus (21 %)
- Kuunteleminen (14 %)
- Avoimuus (14 %)
- Uskonnollisuus (10 %)
- Kiireettömyys (6 %)
- Empaattisuus (6 %)
- Ei tuomitsevuus (3 %)

Tässä tutkimuksessa hyvään sielunhoidolliseen keskusteluhetkeen kuuluu etenkin keskinäinen luottamus, samalla aaltopituudella oleminen sekä yksilöllinen kohtaaminen. Esille tulleet toiveet ovat tärkeitä viestejä sielunhoitajille. Toimivaa keskusteluhetkeä ei asiantuntemuksesta ja kokemuksesta huolimatta välttämättä synny ilman näitä tekijöitä. Sielunhoitotyössä tarvitaan myös riittävästi ammattitaitoa ja kokemusta. Tämä seikka tuli esille etenkin työntekijöiden vastauksissa, mutta jonkin verran myös potilaiden toiveissa. Uskonnollisuus nousi tärkeälle sijalle vain työntekijöiden vastauksissa.

Potilaan näkökulmasta hyvän hoidon edellytyksiä on tarkasteltu melko vähän. Hoitoon ollaan kuitenkin usein tyytyväisiä. Teemahaastattelun perusteella

94 % vastanneista oli joko erittäin tai jokseenkin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tutkimusten mukaan potilaat ovat tyytyväisiä hoitotyöntekijöihin, jotka ovat helposti lähestyttäviä. Hyvän hoitotyöntekijän ominaispiirteiden määrittely personalisoi positiivisen hoidon. Jos hoitotyöntekijä on hyvä, myös toteutuva hoito koetaan myönteiseksi. Tärkeätä potilaille ovat hoitotyöntekijän humaniset ominaisuudet, erityisesti ystävällisyys, miellyttävyys ja myötäelämisen kyky. Myös ammattitaitoa ja erilaisia luotettavuuteen liittyviä piirteitä arvostetaan ja odotetaan. Hyvän hoitotyöntekijän ominaisuudet olivat humanisuus (94 %), suoriutuminen (58 %), itsenäisyys (21 %), luotettavuus (19 %), ulkoinen olemus (17 %), ajattelevuus (14 %) ja huumorintajuisuus (8 %). Humanisuuteen kuuluivat etenkin ystävällisyys, empaattisuus, asiallisuus ja hienotunteisuus. Suoriutumista kuvasivat ammattitaitoisuus ja huolellisuus. (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 11–13, 17, 41–42.) Hoitosuhteen hyväksi puoliksi on mainittu myös kaverisuhde, jossa sekä hoitaja että potilas juttelevat omista arkipäivän asioistaan ja tapahtumistaan (Huotari 1999, 108).

Kalervo Nissilän mukaan sielunhoitajan työväline on hänen persoonallisuutensa: hänen olemuksensa, läsnäolonsa, potilaan ja tämän elämäntilanteen vastaanottaminen, jakaminen ja tapa vastata olemassaolon ja ihmisenä olemisen kysymyksiin.⁶⁷ Potilaspalautteissa sielunhoitajaan kohdistuvissa toiveissa toistuvat riittävän ajan saaminen, huolellinen perehtyminen potilaan asioihin ja ihmisen kohtaaminen kokonaisvaltaisesti.⁶⁸ Sairaalapappien omakuva on säilynyt pääosin samanaikaisena kuin 10 vuotta sitten. Sairaalapapit pitivät edelleen tärkeimpinä mainituista ominaisuuksista ihmisistä kiinnostuneisuutta. Tämä on ymmärrettävää, kun ottaa huomioon sen, että sairaalasielunhoitotyöhön hakeutumisen tärkeimpänä syynä oli työn ihmisläheisyys. Huomattavimmat muutokset olivat tapahtuneet kolmessa ominaisuudessa. Sairaalapappi oli kymmenen vuotta sitten tavallisempi, seurallisempi ja sopeutuvampi kuin nykyisin.⁶⁹

Sielunhoitajat voidaan jaotella kolmeen päätyyppiin, vaikkakin tyyppien rajat ovat liukuvia. Joidenkin sielunhoitajien työnäky ja käsitys työstä sairaalassa oli kuin kuvaus seurakuntatyöstä. Tämän tyyppin sairaalasielunhoitaja painottaa työssään esimerkiksi hartauksia, virsiä, rukousta, Raamatun käyttämistä ja ehtoollista. Henkilökohtaisissa keskusteluissa painottuvat potilaan uskonnolliset kysymykset. Yhteistyö muun henkilökunnan kanssa rakentuu potilaan hengellisen huolenpidon näkökulmasta ja potilaan paras hahmotetaan hengellisenä asiana. Toisentyypisen työnäyn ja käsityksen työstään kuvaavat haastateltavat, jotka olennaisena painotta-

67 Apuvälineinä voivat olla muun muassa lukeminen, rukous, ehtoollinen ja öljyllä voitelu (Nissilä 2000, 54–55).

68 Sainio 2000, 46. Sainio toimi pitkään Helsingin Diakonissalaitoksen sairaalapastorina.

69 Makweri 2001, 71. Erään tutkimuksen mukaan sairaalapapeilta potilaat odottivat sairaalapapilta empaattisuutta, lempeyttä, ihmisläheisyyttä, lämpöä ja ystävällisyyttä. Nämä ominaisuudet liittyvät läheisyyteen, helposti lähestyttävyyteen ja myönteiseen ilmapiiriin. (Tykkyläinen 1997, 100–102, 130–131.)

vat kulloisenkin potilaan yksilöllisen tilanteen huomioon ottamista. 3) Kolmannen tyyppin työntekijä painottaa hengellistä ulottuvuutta sen ohella, että potilaan tarpeet ohjaavat hänen toimintaansa. (Sippo 2000, 130–131,138, 145–150.)

5.4. Sielunhoitotyön kehittäminen

Tutkimuksen mukaan suuri osa henkilökunnasta tekee oman työnsä ohella myös itse sielunhoitotyötä potilaiden keskuudessa. Työntekijät toimivat mielestään sielunhoitajina tilanteissa, joissa potilaat ovat kaivanneet kuuntelijaa tai ovat halunneet keskustella sairaudestaan tai elämänkriisistään jonkun kanssa. Joskus työntekijät ovat myös tarjonneet tällaisissa tilanteissa asiakkaille mahdollisuutta keskustella papin tai diakonin/diakonissan kanssa.

Työntekijöiden itsensä antaman sielunhoidon osalta on tärkeätä kuitenkin pohtia sitä, miten sielunhoito sopii hoitajien työnkuvaan. Vaikka työntekijöillä itsellään on melko positiivinen näkemys omasta valmiudestaan sielunhoitotyön tekemiseen, osa työntekijöistä on kuitenkin sitä mieltä, että sielunhoidon antaminen potilaille ei kuulu lääkäriasemalle tai varsinkaan heidän toimenkuvansa. Tätä mielipidettä on syytä kunnioittaa. Vaikka sielunhoitosuhteessa ei keskusteltaisi lainkaan uskonasioista, on sielunhoidossa kyse kristillisestä uskosta nousevasta toiminnosta, joka osalle hoitajista tuntuu vieraalta. Tästä esimerkkinä seuraava työntekijän vastaus:

“Lääkäriasema on lääkäriasema, sairaala on sairaala. Ei pidä tuputtaa. Pitää ottaa huomioon ettei Suomi ole enää niin evankelis-luterilainen maa. Kenelläkään ei ole oikeutta tehdä Diacorista ev.lut. kirkon asemaa. Tai sitten se rajaa ihmisiä ja luokittelee!”

Jotkut ovat omasta sielunhoitotaidoistaan myös epävarmoja ja haluavat mieluummin ohjata potilaan näissä tilanteissa papin luokse. Tämä käytäntö on hyvä, varsinkin jos potilaat kaipaavat ammatillista sielunhoitoapua. Useimmiten sielunhoitoa oli asiakkaille itse antaneet tutkimusyksiköiden työntekijät; heistä 86 % oli toiminut oman arvionsa mukaan sielunhoitajana potilaalle ainakin joskus.

Taulukko 13. Terveydenhuollon työntekijöiden (N=200) arvio potilaiden sielunhoitajana toimimisestaan. Vastaukset prosentteina.

Työntekijä toimii potilaiden sielunhoitajana omassa työssään:	Usein	Joskus	Ei koskaan	Ei vastausta	Yht.
Kaikki yhteensä	10	55	34	1	100
Työntekijät yksiköittäin:					
Sairaala	7	57	31	5	100
Tutkimus	-	86	14	-	100
Lääkäriasemat	13	53	34	-	100
Hallinto	-	40	60	-	100

Työntekijöiden käymät sielunhoidolliset keskustelut kuuluvat laaja-alaisen sielunhoitokäsityksen piiriin, jolla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan sielunhoidollista keskustelua jonkun muun kirkkoon kuuluvan henkilön kuin papin tai diakonin/diakonissan kanssa. Työntekijöiden käymät keskustelut lienevät kestoaltaan melko lyhyitä.⁷⁰ Tämä tukimuoto on lähinnä supportiivista, potilaan tukemista ja kuuntelua tietystä ongelmatilanteesta. Tämä tuki on potilaille hyväksi, on tärkeää että ihmistä kuunnellaan hädän hetkellä. Tämänkaltaisen tuen todennäköisen lyhyden ja satunnaisuuden vuoksi kyseessä ei ole kuitenkaan sellainen hoitomuoto, joka voisi saada aikaan pysyviä muutoksia ihmisten elämään ja selviytymiseen.

Tosin pohdinta herättää myös kysymyksen siitä, tuleeko sielunhoidon tavoitteena edes olla pysyvien muutosten aikaansaaminen potilaiden elämässä. Tätä tarkoitusta varten on kuitenkin olemassa esimerkiksi psykoterapeuttiset suhteet. Sielunhoidon ominta aluetta terveydenhuollossa lieneekin ihmisten kokonaisvaltaisen elämäntilanteen ja hengellisyyden huomioiva lyhytkestoinen hoitosuhde, jossa potilasta autetaan ja tuetaan jokapäiväisessä selviytymisessä. Sielunhoidossa keskustellaan luottamuksellisesti ihmisten elämäntilanteista, sairauksista ja ongelmista ja näin voidaan jakaa heidän taakkaa erilaisissa elämäntilanteissa. Pitempikestoista sielunhoitoa tarvitsevat tulisi kuitenkin ohjata edelleen esimerkiksi paikallisseurakunnan sielunhoidollisten palveluiden luokse. Myös Palvelevassa puhelimesta käydään vuosittain runsaasti sielunhoidollisia keskusteluja.⁷¹ Jatkuvuuden mahdollistaminen on kuitenkin tärkeää sitä tarvitseville. Tarvittaessa jatkuvuus tulisi pyrkiä takaamaan myös terveydenhuollossa siten, että sielunhoitaja pysyy samana.

Työntekijöistä 7 % oli sitä mieltä, että työpaikan puitteet antavat heille mahdollisuuden sielunhoidon tarjoamiseen usein ja 30 % sanoi, että mahdollisuutta sielunhoidon antamiseen joskus. Sen sijaan 18 % vastasi, että sielunhoidollisen kes-

70 Diakoniatyöntekijöiden sielunhoitokontakteista puolet oli kestoaltaan alle 15 minuuttia. Vain viidesosa tapaamisista kesti yli puoli tuntia. Tästä huolimatta diakoniatyöntekijöiden asiakkaista 89 % koki saaneensa tapaamiselta apua. Osittain apua saaneita oli 9 %. Vain 2 % ei kokenut saaneensa helpotusta. Tärkeimpiä autetuksi tuleminen kokeuksia olivat taloudellinen apu ja kuuntelu. (Kettunen 2001, 123–125, 157–158.)

71 Ks. Sorri 2001; Sorri 1998.

kustelun käyminen potilaiden kanssa ei onnistu. Tätä mieltä olivat muita useammin sairaalassa työskentelevät. Suurin syy siihen, ettei sielunhoidon antamiseen ole mahdollisuuksia, johtui kiireisestä työilmapiiristä.⁷² Tätä ilmaistiin esimerkiksi seuraavasti:

- Jatkuva kiire, muut rutiinit.
- Kiireestä, ammatillisen sielunhoitokoulutuksen puutteesta.
- Aika, ei ole itsellä työnohjausta tästä.

Jotta laaja-alaista sielunhoitotyötä voitaisiin kehittää työyksiköissä, tulisi siihen varata riittävät mahdollisuudet. Rauhallisen keskustelupaikan lisäksi työntekijällä tulisi olla mahdollisuus kiireettömästi pysähtyä apua tarvitsevan potilaan luokse. Etenkin sairaalan työntekijöiden mahdollisuuksia sielunhoidollisten keskustelujen käymiseen potilaiden kanssa tulisi parantaa. Sielunhoidolliset keskustelut potilaiden kanssa saattavat olla kuitenkin aikaa vieviä ja raskaita, odottavathan potilaat sielunhoidolta tukea moninasiin elämän kriisitilanteisiin. Henkilökunnalle itselleen olisi siksi myös hyvä tarjota työnohjausta tai sielunhoidollista keskusteluapua.

Koska sielunhoito ei ole hoitohenkilökunnan ensisijaista työtä, on työntekijöitä hyvä myös rohkaista käyttämään enemmän ammatillista sielunhoitoa; pyytämään pappia tai diakonia/diakonissaa potilaan luokse. Tämä siksikin, että henkilökunta ei välttämättä edes jaksa tai ehdi paneutua hoitotyön lisäksi potilaiden muihin elämänongelmiin. Työ on usein kiireistä, sielunhoidon toiveet tulevat yllätyksenä ja toiset potilaat sekä tehtävät odottavat muualla. Nuikan mukaan (2002, 94) sairaanhoitajilla ei ollut aikaa hoitaa potilaita aina niin hyvin, kuin he olisivat halunneet. Toisaalta on myös huomattu, että liian usein hoitotyöntekijät keskittyvät omaan tekemiseensä ja unohtavat potilaan persoonana, jolloin he eivät myöskään tunnista potilaan toimintamalleja (Okkonen 2000, 96).

Työntekijät kirjoittivat tässä tutkimuksessa avoimeen kysymykseen toiveita siitä, kuinka sielunhoitotyötä tulisi terveydenhoitoyksikössä kehittää. Sielunhoitajan tavoitettavuus tulisi olla työntekijöiden ja potilaiden mukaan helppoa. Sielunhoitajan tulisi myös olla sielunhoitosuhteen luomisessa aloitteellinen ja aktiivinen osapuoli.⁷³ Työntekijät ehdottivat sielunhoitajan säännöllisten osastovierailujen

72 Myös sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden koko henkilöstö on kokenut kiireen ja vastuun varsin voimakkaana työhön liittyvänä rasitustekijänä. Työntekijät kokivat, että kiire oli häirinnyt tai huolestuttanut heitä viimeisen puolen vuoden aikana melko usein tai erittäin usein. (Uusitalo & Staff 1997, 203, 206.)

73 Aiempien tutkimusten mukaan potilaiden keskustelun tarve on ilmeinen, mutta itsenäistä yhteydenottoa arkaillaan. Oma yhteydenotto vaikeutti informaation puutteen lisäksi jännitys omasta roolista ja siitä, kuinka papin kanssa keskustellaan. (Lankinen 2001, 330.) Sairaalapapin työstä tiedotetaan yleensä osaston ilmoitustaululla ja potilaskansioissa. Harva kuitenkaan ottaa niiden perusteella yhteyttä. Eniten kontakteja solmitaan hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kautta. (Meller-Mattila 2000, 36.) Toisen tutkimuksen mukaan sairaalapapit tiedottavat työstään eniten ilmoitustaululla (87 %), esitteessä (67 %), sairaalaan tulijoiden informaatiotilaisuudessa (60 %), henki-

sekä sielunhoitajan aktiivisen roolin lisäksi koulutusta sielunhoidosta, nettikeskustelumahdollisuutta, hartaushetkiä työntekijöille ja potilaille juhlapäivinä sekä työnohjauksen saamista itselleen työskentelyn tueksi. Esimerkkinä seuraavat työntekijöiden vastaukset:

- Tarve sielunhoitoon on suuri. Toivoisin, että saisimme yksikköömme säännöllisesti (esim. 1 kerta/viikossa) sielunhoitotyöntekijän.
- Potilaille voisi olla ja miksei myös henkilökunnalle selkeästi esillä mahdollisuus käyttää sielunhoitopalveluja.
- Palvelut tulisi olla hyvin esillä.
- Olisi erittäin tärkeää, että pappi tai muu vastaava kävisi säännöllisesti osastolla jokaisessa huoneessa. On erittäin korkea kynnyksellä ottaa yhteyttä osaston ulkopuoliseen sielunhoitajaan. Usein potilaat kysyvät, minä päivänä pappi käy. Toisin sanoen käsitys on, että kyllä nyt Diakonissalaitoksella käy pappi, kun yleisissäkin sairaaloissa käy. Jos yhtäänkään välitetään toisen ihmisen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista, meidän talossa olisi oivallinen tilaisuus tarjota hengellistä antia.

Terveystieteiden työntekijöille tulisi tarjota sielunhoidollista koulutusta sekä evankelis-luterilaisten potilaiden että muiden uskontojen edustajien kohtaamiseen. Koulutus luo valmiuksia sielunhoitotyölle ja potilaiden tarpeiden tunnistamiselle. Pirjo Hakalan tutkimuksen mukaan esimerkiksi sielunhoidon pitkän erityiskoulutuksen käyneiden kyky toimia sielunhoitajana oli kasvanut. Heidän sielunhoidolliset taidot olivat lisääntyneet, he pystyivät kuuntelemaan asiakkaita paremmin ja tarkkailemaan sielunhoidollisia tilanteita enemmän kuin ennen. Koulutuksen käyneet sielunhoitajat huomasivat potilaiden ongelmat paremmin kuin aikaisemmin. He myös käyttivät hengellisiä ulottuvuuksia sielunhoitotyössä luonnollisemmin. (Hakala 2000, 349–350.)

Tässä tutkimuksessa monet työntekijät halusivat itselleen lisää valmiuksia sielunhoitotyöhön. Kolmasosa työntekijöistä (33 %) piti erittäin tärkeänä tai melko tärkeänä asiana saada tietoa ja koulutusta sielunhoidosta. Eniten tätä toivovat sairaalassa ja tutkimusyksiköissä työskentelevät. Heistä yli 40 % toivoi tietoa ja koulutusta sielunhoidosta. Sairaalan työntekijöiden kiinnostus lisäkoulutukseen selittyy pitkälti sillä, että sielunhoidon tarvetta esiintyi paljon juuri sairaalan potilaiden keskuudessa. Sairaalan työntekijöillä on ollut myös heikoimmat mahdollisuudet sielunhoidollisten keskusteluiden järjestämiseen potilaiden kanssa. Myös lääkäriasemilla työskentelevistä lähes 30 % oli kiinnostunut sielunhoidon koulutuksesta. Työntekijät halusivat yhtä lailla lisätä valmiuksiaan muiden uskonnon edustajien sielunhoidollisen tarpeen kohtaamiseen. Kiinnostuneimpia tällaiseen

lökunnan välityksellä (55 %), henkilökuntalehdessä (22 %) ja seurakunnan lehdessä (6 %) sekä soittamalla osaston kansliaan (6 %). Sairaalapappien tiedottaminen vastaa potilaiden ja omaisten kokemaa tiedottamista, mutta ei heidän toivomaansa tiedottamista eli henkilökohtaista kontaktia. Sairaalapapit katsoivat olevansa melko hyvin tavoitettavissa. Potilaan ja omaisten toiveiden välillä oli kuitenkin ristiriita. Tutkimuksen mukaan sairaalan henkilökunnalla on merkittävä asema sairaalapapin ja potilaiden kohtaamisessa ja yhteistyössä. (Makweri 2001, 82–83, 87.)

koulutukseen osallistumisesta olivat sairaalassa, tutkimusyksiköissä ja lääkärikeskuksissa työskentelevät, joista yli 30 % kaipasi lisää tietoa muiden uskontojen edustajiin kohdentuvasta keskusteluavusta.

Työntekijät halusivat kehittää myös sielunhoitajan ja työyksikön välistä yhteistyötä. Työntekijöistä yhteistyön parantamista piti erittäin tai melko tärkeänä 37 %. Toive yhteistyön kehittämisestä sielunhoitajan ja työyksikön välillä vaihteli yksiköittäin. Tämä onkin luonnollista, sillä tietyt yksiköt ovat selvästi kiinteämmin sidoksissa sielunhoitotyöhön kuin toiset. Yhteistyön kehittämistä piti erittäin tai melko tärkeänä sairaalassa työskentelevistä peräti 57 %, lääkäriasemilla työskentelevistä 33 %, tutkimusyksiköissä olevista 29 % ja hallinnossa toimivista 7 %. Yhteistyön parantaminen oli oleellisempaa naisille kuin miehille ja se tuli tärkeämmäksi työntekijöille iän karttumisen myötä.

6. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1. Yhteenveto

Tutkimuksen lähtökohtana oli sielunhoidon tarpeen selvittäminen terveydenhuollossa. Tutkimuksen päälähteenä oli kaksi kyselytutkimusta. Toinen niistä kerättiin yksityisen Diacor Terveyspalvelut Oy:n työntekijöiltä ja toinen Diacorin palveluita käyttäviltä potilailta. Potilaiden vastauksia verrattiin työntekijöiden vastauksiin.

Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää seuraavia kysymyksiä terveydenhuollon potilaiden ja työntekijöiden keskuudessa:

- 1) Minkälaisia kokemuksia ja odotuksia potilailla on sielunhoidosta?
- 2) Millaisena terveydenhuollon työntekijät näkevät potilaiden sielunhoidon tarpeen?
- 3) Missä määrin sielunhoito on selviytymistä (coping) ja elämäntilannetta vahvistava tekijä

Kyselytutkimus potilaille ja työntekijöille toteutettiin vuonna 2001. Kyselylomake jaettiin kaikkiaan 1 075 potilaalle Medi-Metron ja Aikatalon lääkäriasemilla sekä Diacorin sairaalassa ja poliklinikalla Alppikadulla. Poliklinikkaan kuuluu silmäklinikka, lapsettomuusyksikkö, lääkäreiden vastaanotot sekä tutkimukset ja toimenpiteet. Sairaalassa on päiväkirurgista toimintaa, kirurginen vuodeosasto, leikkausosasto sekä sisätautiosasto. Tutkimuksen tekemiseen saatiin lupa Diacorin eettiseltä toimikunnalta ja potilaille sekä työntekijöille tähdennettiin kyselytutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Poliklinikalla kyselylomake jaettiin yhteensä 293 potilaalle, joista lapsettomuusyksikössä ja silmäyksikössä jaettujen lomakkeiden määrä oli 18. Sairaalan vuodeosastolla kyselyn sai 20 potilasta. Loput 744 lomaketta jaettiin Medi-Metron ja Aikatalon lääkäriasemilla. Kyselylomakkeen palautti vastaanottokäynnin yhteydessä 790 potilasta eli 73 % lomakkeen saaneista. Potilaiden vastausprosentti muodostui hyväksi.

Työntekijöiden kyselylomakkeet postitettiin yksiköittäin, aakkosjärjestyksessä joka toiselle Diacorin työntekijälle. Lomakkeita lähetettiin kaikkiaan 314. Työntekijöistä kyselylomakkeen palautti 200 henkilöä eli 66 %. Työntekijöille lähetettiin yksi muistutuskirje, sillä ensimmäisen yhteydenoton jälkeen lomakkeita saatiin

takaisin vain noin 50 %. Työntekijöiden vastausprosenttia on pidettävä tyydyttävänä tai korkeintaan hyvänä, mutta kuitenkin riittävänä luotettavien tulosten saamiseksi.

Sielunhoidon tarvetta terveydenhuollossa tutkittiin tässä tutkimuksessa potilaiden ja työntekijöiden kokemusten, odotusten ja mielikuvien kautta. Sielunhoidolle annettiin tutkimuksessa määritelmä, joka mainittiin potilaiden ja työntekijöiden kyselylomakkeessa. Näin vastaajat tiesivät, mitä sielunhoidolla tutkimuksessa tarkoitetaan. Vastaajia pyydettiin antamaan sielunhoidolle myös oma määritelmänsä. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys liittyi coping- ja elämönhallintatutkimukseen.

Sielunhoidon osa-alueiksi muodostettiin tuki elämään, ammatillisuus ja uskonnollisuus. Osa-alueet kehitettiin sielunhoidon määritelmän sekä aiemman kirjallisuuden pohjalta. Nämä kolme osa-aluetta analysointiin ja jaettiin edelleen pienempiin kokonaisuuksiin, joiden pohjalta muodostettiin muuttujia, joilla tutkittavaa ilmiötä voitiin mitata.

Esimerkiksi sielunhoidon ammatillisuus jaettiin edelleen ammatilliseen ja laaja-alaiseen sielunhoitotyöhön, joista ammatillinen työ jaettiin edelleen papin ja diakonin/diakonissan antamaan sielunhoitoon. Laaja-alainen sielunhoito määriteltiin muun kirkon jäsenen kuin papin, diakonin tai diakonissan tekemäksi sielunhoidoksi. Näiden pohjalta valmistettiin kysymyksiä, joilla tutkittavaa asiaa voitiin lähestyä. Vastaajista puolet (53 %) halusi papin tai diakonin/diakonissan kanssa tapahtuvaa keskustelua eli ammatillista sielunhoitoa. Potilaiden mielestä molempien ammattiryhmien edustajat ovat päteviä sielunhoitajia, vaikkakin pappia suosittiin sielunhoitajana jonkin verran enemmän kuin diakonia tai diakonissaa. Pappia toivottiin sielunhoitajaksi kaikissa ikäryhmissä, mutta etenkin yli 45-vuotiaat keskustelisivat useimmiten teologin kanssa. Kolmasosa potilaista (36 %) olisi mieluummin sielunhoitosuhteessa jonkun kirkkoon kuuluvan henkilön kanssa, joka ei kuitenkaan tee sielunhoitotyötä ammattinsa puolesta.

Tutkimuksen yleistettävyys varsinkin lääkäriasemien osalta on hyvä: jaettujen kyselomakkeiden määrä oli korkea, kyselyn palautusprosentti oli hyvä, tutkimus suoritettiin kontrolloidussa olosuhteessa, kysely jaettiin kaikille lääkäriaseman potilaille tiettyinä ajankohtana ja tutkimuskohteina oli kaksi erilaista lääkäriasemaa. Lisäksi Diacorin lääkäriaseman profiili ei poikenne suuresti muiden yksityisten terveydenhuoltoyksiköiden linjasta. Myös poliklinikan osalta tutkimuksen yleistettävyys lienee hyvä. Sairaalan vuodeosaston sekä tutkimusyksiköiden (lapsettomuusyksikön ja silmäklinikan) osalta tulokset ovat sen sijaan viitteenomaisia, sillä vuodeosastolta ja tutkimusyksiköistä kertyi molemmista vain parikymmentä lomaketta. Koska tutkimus suoritettiin yksityisellä sektorilla, ovat tutkimustulokset yleistettävissä etenkin yksityiselle terveydenhuollon kentälle. Tuloksia voidaan hyödyntää myös julkisessa terveydenhuollossa ottaen huomioon sen, että potilasrakenne on yksityiseen puoleen nähden osin erilainen.

Potilaiden kokemuksia ja odotuksia sielunhoidosta

Sielunhoidollisessa suhteessa oli potilaista ollut aiemmin viidesosa. Aikaisemmat kontaktit ovat olleet hyvin monimuotoisia ja tukea on saatu nimenomaan vaikean elämäntilanteen yhteydessä.

Potilaat osasivat erottaa sielunhoidon melko hyvin muista auttamismuodoista. Sielunhoidollisiin kokemuksiin sisällytettiin useimmiten papin kanssa käydyt keskustelut menetysten, ahdistuksen ja surun hetkellä. Aiemmat sielunhoitokokemukset käsitettiin useimmiten uskonnolliseksi toiminnaksi. Jonkin verran hämmennystä sielunhoito kuitenkin aiheutti, sillä jotkut potilaat kuvasivat psykologin kanssa käytyjä keskusteluja sielunhoidoksi. Potilaista uskonnolliseksi ihmiseksi itseään kuvanneet henkilöt olivat selvästi halukkaampia osallistumaan sielunhoidolliseen keskusteluun ei-uskonnollisiin nähden. Esimerkiksi Medi-Metron uskonnollisista vastaajista 42 % uskoi käyttävänsä joskus ja 17 % tutkimushetkellä yksikön sielunhoitopalveluita, jos sellaista olisi tarjolla. Ei-uskonnolliseksi itseään luonnehtivista sen sijaan 18 % uskoi käyttävänsä sielunhoidon palveluita joskus ja 7 % tutkimushetkellä.

Potilaiden ja työntekijöiden käsitys sielunhoidosta oli hyvin myönteinen. Potilaista 95 % ja työntekijöistä 91 % kuvasi sielunhoitoa positiivisilla termeillä. Potilailla sielunhoidosta tuli mieleen etenkin 1) uskonto, 2) henkinen hoito, 3) keskustelu ja kuuntelu sekä 4) sielunhoidon tarpeellisuus ja myönteisyys. Työntekijöillä sielunhoito herätti osittain erilaisia mielikuvia. Heidän määritelmässään uskonto ja henkinen hoito eivät korostuneet siinä määrin kuin potilailla. Työntekijöillä sielunhoidosta tuli mieleen etenkin 1) keskustelu ja kuuntelu, 2) apu ongelmissa, tuskassa, kuoleman kohtaamisessa, 3) turvallisuus, luottamus, empatia, välittäminen ja 4) sielunhoidon tarpeellisuus ja myönteisyys.

Potilaista 89 % sanoi, että sielunhoidon palveluille olisi tarvetta terveydenhuoltoyksiköissä. Heistä 31 % uskoi lisäksi itse jossakin elämäntilanteessaan käyttävänsä sielunhoidon palvelua, jos sielunhoitopalveluita olisi tarjolla siinä Diacorin yksikössä, jossa he olivat kyselylomakkeen täyttäneet. Tarve sielunhoitoon oli suurinta sairaalan vuodeosaston potilailla. Myös lääkäriasemien kävijöistä kolmannes olisi halukkaita käymään sielunhoitajan luona. Vaikka kolmasosa asiakkaista uskoi käyttävänsä sielunhoidon palvelua jossakin vaiheessa, niin juuri tutkimushetkellä sielunhoitajan luokse olisi halunnut oman ilmoituksensa mukaan mennä 13 % vastaajista.

Vaikka potilaiden käsitykset sielunhoidosta olivat pääosin myönteisiä, niin 11 % potilaista ei kaipaa sielunhoidon palveluita terveydenhuoltoyksiköihin. Lisäksi 69 % potilaista ei tutkimushetkellä ollut itse kiinnostunut sielunhoitokeskusteluun osallistumisesta. Hoitohenkilöstön tulisikin löytää ne, jotka sielunhoitopalveluita kaipaavat.

Selvästi eniten terveydenhuollon potilaat odottivat sielunhoidollisesta tapamisesta nimenomaan keskusteluapua sairauteen ja kriisitilanteisiin. Tätä toivoi kaikista vastanneista 204 potilasta (26 %). Sielunhoito merkitsikin potilaille uskonnollisväritteistä keskustelua elämän kriiseistä ja ongelmista sekä kuoleman kohtaamisesta. Lisäksi 48 toivoi sielunhoidolliseen hetkeen lisäksi rukousta, 21 odotti ri-

pittäytymismahdollisuutta ja 19 potilasta kaipasi ehtoollisen viettoa. Sielunhoidolta odotetaan näin ollen useimmin keskustelua, jonkin verran rukoilemista sekä vähäisemmässä määrin rippiä tai ehtoollisen viettoa.

Hyvä sielunhoitaja on vastaajien mielestä kuunteleva ja empaattinen; 40 % vastanneista työntekijöistä ja potilaista ilmoitti tärkeimmäksi sielunhoitajan ominaisuudeksi nämä tekijät. Sielunhoitajan odotetaan olevan myös potilasta tukeva, luotettava, eläytyvä ja ymmärtävä.

Potilaat ja työntekijät arvostavat sielunhoitosuhteen syntymisessä osittain eri tekijöitä. Potilaille tärkeää oli etenkin: 1) keskinäinen luottamus, 2) ”samalla aaltopituudella oleminen” ja 3) yksilöllinen kohtaaminen. Nämä kolme tekijää muodostivat noin 60 % vastauksista. Työntekijöiden mielestä tärkeintä luottamuksellisen sielunhoitosuhteen syntymisessä oli sen sijaan: 1) sielunhoitajan asiantuntemus ja kokemus, 2) keskinäinen luottamus sekä 3) kuuntelemisen taito, jotka myös muodostivat noin 60 % kaikista annetuista vastauksista.

Selvitystä vaatisi se, mille ammattiryhmälle terveydenhuollon kentässä tapahtuva ammatillinen sielunhoitotyö parhaiten soveltuisi. Luontevin ammattiryhmä tähän lienevät sairaalateologit, jotka ovat saaneet tähän työhön pitkän koulutuksen, ja jotka ovat omaksuneet lisäksi usein psykoterapeuttisen työskentelyotteen. Myös diakonien/diakonissojen sekä hoitohenkilökunnan antama oma panos potilaiden sielunhoitotyössä on tärkeää.

Terveydenhuollon työntekijöiden arvio potilaiden sielunhoidon tarpeesta

Työntekijöiden arvion mukaan potilailla ja heidän omaisilla on tarvetta sielunhoidolliseen keskusteluun aika ajoin. Työntekijöistä puolet oli huomannut tällaista sielunhoidon tarvetta työpaikallaan joskus tai usein. Potilaat jäivät työntekijöiden arvion mukaan toisinaan myös vaille tarvitsemaansa sielunhoitoa. Sielunhoitoa vaille ovat jääneet etenkin potilaan omaiset kuolemantapausten yhteydessä. Myös potilaat itse olisivat tarvinneet enemmän keskusteluapua lähestyvän kuoleman edessä. Sielunhoitotukea olisi kaivattu enemmän myös silloin, kun ihmiselle on kerrottu häntä kohdanneesta sairaudesta.

Sairaalassa työskentelevistä 62 % oli havainnut potilaiden tai omaisten keskuudessa sielunhoidon tarvetta ainakin joskus. Vastaava luku tutkimusyksiköissä työskentelevien joukossa oli 58 % ja lääkäriasemilla työtä tekevien parissa 50 %. Sairaalassa potilaiden sielunhoidon tarve liittyi selkeästi useimmiten vakavan sairauden tai lähestyvän kuoleman aiheuttamaan ahdistukseen ja suruun sekä niistä keskustelemiseen. Lääkäriasemien ja tutkimusyksiköiden potilailla halukkuus sielunhoidolliseen keskusteluun liittyi myös sairauteen ja kuolemaan, mutta suuressa määrin lisäksi muihin elämänkriiseihin.

Useimmiten vaille tarvitsemaansa apua olivat jääneet sairaalan potilaat. Sairaalan työilmapiiri on monesti kiireinen eikä hoitajilla ole tästä syystä mahdollisuuksia tai edes rauhallista tilaa sielunhoidolliseen keskusteluun. Tavoitteena tulisikin kuitenkin olla se, että sielunhoitoa saadaan heti, kun siihen on akuutti tarve. Tätä varten eri yksiköissä tulisi olla toimiva verkosto, josta potilaan luokse saadaan

sielunhoitaja paikalle nopeasti. Sielunhoito voisi olla tällä tavoin potilasta tukeva hoitomuoto jo varhaisessa hoidon vaiheessa. Näin voitaisiin mahdollisesti myös ehkäistä vakavampien kriisien syntymistä potilaan elämään.

Työntekijät keskustelevat potilaiden kanssa tällä hetkellä eniten hoitoon ja sairastumiseen liittyvistä kysymyksistä. Näitä teemoja 90 % työntekijöistä käsittelee potilaan kanssa usein tai joskus. Työntekijöistä 80 % puhuu lisäksi ainakin joskus vanhenemisesta, iloisista elämäntapahtumista, elämänkriiseistä ja ongelmista sekä työstä. Lisäksi noin 70 % työntekijöistä käsittelee usein tai joskus menetyksistä ja elämän vaikeita ratkaisuja. Edelleen noin 60 % työntekijöistä keskustelee ainakin joskus kuoleman kohtaamisesta, ihmissuhdeongelmista, suhteesta lapsiin ja omaan vanhemmuuteen sekä päihteiden väärinkäytöstä. Sen sijaan uskosta ja hengellisestä elämästä puhuttiin hoitokäynnin yhteydessä vähiten.

Suurin osa työntekijöistä piti sielunhoitotyötä terveydenhuollossa tärkeänä. Potilaan tulisi voida keskustella työntekijöiden mielestä sielunhoitajan kanssa hyvin erilaisista elämään liittyvistä asioista ja ongelmista. Yhdeksän kymmenestä työntekijästä sanoi, että sielunhoidossa tulee voida keskustella uskosta ja hengellisestä elämästä, kuoleman kohtaamisesta, sairastumiseen liittyvistä kysymyksistä sekä menetyksistä. Kahdeksan kymmenestä korosti myös vanhenemiseen sekä elämänkriiseihin ja ongelmiin liittyvien teemojen tärkeyttä. Vähiten oleellista on työntekijöiden mielestä sielunhoitosuhteessa hoidosta puhuminen. Potilaat näkivät sielunhoitajan kanssa käytävien keskustelujen teemat rajallisemmin kuin työntekijät. Sielunhoidossa tulisi voida keskustella etenkin sairaudesta ja kuoleman kohtaamisesta. Myös menetyksistä ja erilaisista elämänkriiseistä ja ongelmista tulisi keskustella usein. Sielunhoitajan katsottiin olevan ammattilainen tällaisten elämäntapahtumien edessä.

Tutkimuksen mukaan suuri osa henkilökunnasta tekee oman työnsä ohella ajoittain myös itse sielunhoitotyötä potilaiden keskuudessa. Työntekijöistä viidesosa oli sen sijaan sitä mieltä, että sielunhoidollisen keskustelun käymiseen potilaiden kanssa ei ole käytännön mahdollisuuksia. Suurin syy johtui kiireisestä työilmapiiristä. Työntekijät olivat kiinnostuneita oman sielunhoidollisen tiedon ja taidon kehittamisestä. Kolmasosa työntekijöistä piti sitä erittäin tai melko tärkeänä asiana. Eniten tätä toivoivat sairaalassa ja tutkimusyksiköissä työskentelevät. Työntekijät halusivat kehittää myös sielunhoitajan ja työyksikön välistä yhteistyötä. Terveydenhuollon työntekijöistä yhteistyön kehittämistä piti erittäin tai melko tärkeänä sairaalassa työskentelevistä reilu puolet ja lääkäriasemilla työskentelevistä kolmasosa. Työntekijät halusivat laajemmin kehittää Diacorilla tehtävää sielunhoitotyötä. Pidettiin myös tärkeänä, että sielunhoitaja itse on aktiivinen osapuoli sielunhoitosuhteen syntymisessä.

Sielunhoito selviytymistä (coping) ja elämäntapahtumia vahvistavana toimintamuotona

Tutkimuksessa pohdittiin coping'in osalta sitä, voiko sielunhoito olla terveydenhuollon potilaille selviytymisstrategia sairauksia ja muita elämän kriisitilanteita kohdatessa. Elämäntapahtumien osalta pohdittiin, voiko sielunhoito edesauttaa ihmi-

sen omien vahvuuksien ja voimavarojen löytymistä ja näin parantaa hänen elämänhallinnan tunnettaan sekä ympäristön ja itsen välistä positiivista vuorovaikutusta.

Coping-keinoilla tarkoitetaan ihmisen tietoisia hallintakeinoja, esimerkiksi ongelmien ratkaisuyrityksiä. Tutkimuksen mukaan sielunhoito merkitsee terveydenhuollon potilaille selviytymisväylää sairaudessa ja kriiseissä. Kyseessä ei ole kuitenkaan potilaiden ainut coping-strategia, vaan sielunhoidollista tukea haetaan muiden, julkisten tai yksityisten, terveydenhuoltopalveluiden ohelle.

Elämänhallinnalla tarkoitetaan ihmisen mahdollisuuksia ohjata itse elämäänsä, käyttää hyväkseen omia vahvuuksiaan ja voimavarojaan. Sielunhoito voi olla myös ihmisen elämänhallinnan tunnetta vahvistava tekijä. Tämä haaste on kuitenkin vaikeampi saavuttaa ja edellyttää, että potilas huomaa sielunhoitosuhteen kautta sen, että hän pystyy vaikuttamaan itsensä ja sosiaalisen ympäristön väliseen vuorovaikutukseen. Tärkeätä on myös, että ihminen kykenee itse vaikuttamaan elämänsä ratkaisuihin sekä pystyy entistä paremmin myös hyödyntämään elämässään omia vahvuuksiaan ja voimavarojaan. Tällaisen tilan saavuttaminen vaatii jo pitkäkestoista sielunhoitosuhdetta, yhden kerran tapaamisella pystytään harvoin vaikuttamaan ratkaisevalla tavalla potilaan elämään, asenteisiin tai toimintaympäristöön. Yhdellä sielunhoidollisella keskustelulla voi kuitenkin olla supportiivinen, henkilön jaksamista tukeva vaikutus.

6.2. Johtopäätökset

Sosiaalinen eriarvoisuus on korostunut 1990-luvun laman jälkeisinä vuosina. Myös sosiaalipolitiikassa on tapahtumassa muutoksia, jotka aiheutuvat esimerkiksi sosiaalipolitiikan toimintaympäristön muuttumisesta. Muuttuneet yhteiskuntarakenteet ja olosuhteet aiheuttavat monia yksilötason ongelmia sekä muutoksia ihmisten elämäntilanteeseen. Muuttuneessa yhteiskunnallisessa tilanteessa on tärkeää, että sielunhoitajalla on teologisen koulutuksen lisäksi laaja-alainen ymmärrys ihmisten elämäntilanteeseen sekä elämisen ehtoihin. Monet yksilötason ongelmat ovat syntyneet ihmisten toimintaympäristössä tapahtuneiden muutosten johdosta, jolloin myös yhteiskuntarakenteiden tuntemisesta on hyötyä yksilöllisten elämänongelmien hahmottamisessa. Potilaiden toiveet henkilökohtaisesta kohtaamisesta ja samalla aaltopituudella olemisesta ovat edelleen tärkeitä viestejä sielunhoitajille. Tärkeää sielunhoitosuhteessa on myös se, että sielunhoitaja on itse työskennellyt omien ongelmiansa parissa. Näin hän on valmiimpi sielunhoitosuhteessa kohtaamaan muiden ongelmia.

Sielunhoidolla on tämän kyselytutkimuksen perusteella kysyntää kansalaisten keskuudessa. Potilaat ja työntekijät arvostavat sielunhoitoa terveydenhuollon piirissä ja toivovat lisää tällaista palvelua terveydenhuollon eri yksiköihin. Osittain

tämä saattaa johtua myös siitä, että sielunhoidon palvelut ovat käyttäjille maksuttomia. Sielunhoidollisia palveluita olivat halukkaita saamaan jossain määrin myös ei-uskonnolliset ihmiset. Nykyisillä järjestelyillä sielunhoito tavoittaa kuitenkin vain osan sitä haluavista henkilöistä. Sielunhoitopalveluita olisi siksi hyvä viedä enemmän sinne, missä ihmiset liikkuvat, esimerkiksi terveyskeskuksiin ja kauppa-keskuksiin. Sielunhoidossa on tärkeää seurakuntalaisten aito, yksilöllinen ja kiireetön kohtaaminen. Koska sielunhoitajan valmiudet, kokemus ja ammattitaito ovat toiminnassa tärkeällä sijalla, on kirkon työntekijöilleen järjestämää sielunhoitokoulutusta hyvä jatkossa edelleen kehittää.

Tutkimuksen mukaan henkisen tuen saannille ja keskustelulle on terveydenhuollon potilaiden keskuudessa tyydyttämätöntä tarvetta. Ratkaisuna ei ensisijaisesti voi kuitenkaan olla vain erillisen sielunhoitajien ammattikunnan kouluttaminen eli ammatillisen sielunhoidon kehittäminen vaan sielunhoidon lähestymistavan ja menetelmien integrointi terveydenhuoltoon, sen hierarkian kaikille tasoille. Tärkeänä kohteena tässä ovat perushoitajat, jotka käytännössä ovat potilaiden lähettyvillä osastoilla selvästi enemmän kuin sairaanhoitajat sekä etenkin lääkärit. Avohoidon puolella kotisairaanhoitajat ja työterveyshoitajat lienevät sopivia ammattiryhmiä, joiden taitoja ja osaamista sielunhoidon alueella olisi mahdollista hyödyntää. Hoitohenkilökunnan antama laaja-alainen sielunhoito ei voi kuitenkaan korvata ammatillista sielunhoitoa, vaan toimii tämän tukena. Lisäksi henkilökunta tarvitsee työhön riittävän koulutuksen.

On silti huomattava, että kaikkien työntekijöiden työnkuvaan tai elämäntapomukseen sielunhoidolliset kohtaamiset eivät aina sovellu. Vaikka sielunhoidossa ei keskusteltaisikaan uskonasioista, on siinä kyse kristillisestä uskosta nousevasta toiminnasta. Hädän hetkellä hengellisten asioiden käsittely pitäisi olla kuitenkin mahdollista. Avarakatseisuus ja potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen on tärkeää kaikissa hoitotilanteissa. Sielunhoidollisen lähestymistavan ja menetelmien tunteminen voi auttaa hoitajaa hengellisten kysymysten kohtaamisessa.

Laaja-alaisessa sielunhoidossa ei ole kyse monimutkaisesta ja paljon aikaa vievästä uudesta toiminnasta vaan kyse on enemmänkin sisäänrakennetusta tilanteesta hoitotyössä: työntekijöiden asenteesta, pienestä kouluttautumisesta sekä potilaan kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta ja kuuntelemisesta. Kirkon pitkään sielunhoitokoulutukseen osallistuneet sairaalateologit lienevät sopiva ryhmä antamaan sielunhoidon koulutus- ja konsulttiapua terveydenhuollon työntekijöille. Pienryhmissä tapahtuva sielunhoitokoulutus toiminee tässä tehtävässä parhaiten.

Sielunhoidon tarpeeseen terveydenhuollossa on syytä kiinnittää jatkossa huomiota. Kyse ei ole vain potilaiden hyvinvoinnin lisäämisestä vaan myös terveydenhuollon palvelusektorin sekä hoidon sisällön kehittämisestä. Kyse voi olla myös sosiaalisten ongelmien ehkäisystä sekä terveyden ja elämänhallinnan edistämisestä yksilötasolla. Mahdollista olisi esimerkiksi sairaalasielunhoitajan tai sielunhoitoon erikoistuneen seurakuntapapin päivittäinen tai viikoittainen vastaanotto terveyskeskuksessa tai muussa terveydenhoitoyksikössä.

Potilaiden sielunhoidollisen tarpeen kysyminen olisi hyvä sisältyä normaalina toimintona potilaiden kokonaishoidon arviointiin. Potilaiden toiveet, elämäntapomus ja arvot ovat tietoja, jotka voidaan ottaa huomioon potilaiden kokonaisval-

taisessa kohtaamisessa. Sielunhoitoa tarvitsevat voitaisiin näin ohjata sielunhoitajan luokse jo varhaisessa vaiheessa. Tärkeää on myös sairaalateologin ja hoitohenkilöstön hyvä yhteistyö sekä toisten työalojen ymmärtäminen ja arvostaminen. On kuitenkin huomattava, että lopullisista hoitosuunnitelmista vastaavat viimekädessä potilasta hoitavat lääkärit.

Sielunhoidon koulutus tulisi sisältyä riittävässä laajuudessa myös terveydenhuollon opiskelijoiden koulutusohjelmaan. Koulutuksen on hyvä sisältää sekä sielunhoidon teoriaa että sielunhoidollisia harjoituksia.

Terveys muodostuu sekä fyysisestä että psyykkisestä hyvinvoinnista. Lisäksi hyvinvointiin vaikuttaa laajasti myös se sosiaalinen konteksti, jossa ihminen elää. Parhaimmillaan sielunhoito tukee ihmisen psyykkistä ja henkistä hyvinvointia sekä auttaa myös hänen sosiaalisen elämäntilanteensa helpottumista. Sielunhoito voi pitkällä tähtäyksellä jonkin verran supistaa terveydenhuollon menoja, jos sielunhoidollisella tuella voitaisiin ehkäistä vakavampien ongelmien syntymistä ihmisten elämään.

Sielunhoidon mahdollisuuksia potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon tukena selvitettiin tässä tutkimuksessa potilaiden ja työntekijöiden kokemusten, mielikuvien ja odotusten kautta. Vastaajien arvio sielunhoidon tarpeesta sekä sielunhoitopalvelujen käyttämisestä lienee tästä syystä jonkin verran liian positiivinen. Myös kyselyyn vastaamattomuus on saattanut aiheuttaa tutkimustuloksiin vinoumaa, vaikkakin potilaiden osalta kyselyn vastausprosentti oli hyvä.

Sielunhoitotutkimusten viitekehystenä ei ole ennen käytetty coping- tai elämänhallintatutkimusta. Tämä teoreettinen viitetausta soveltui terveydenhuollon sielunhoitotutkimukseen. Mahdollisten jatkotutkimusten osalta kyselylomakkeen muuttujia olisi hyvä vielä kehittää ja ne tulisi sijoittaa voimakkaammin käytettyihin käsitteisiin sekä sielunhoidon osa-alueisiin.

Tutkimusta voidaan hyödyntää sielunhoitotyössä kirkossa ja terveydenhuollon sektorilla, terveydenhuoltoalan koulutuksessa ja hoitotyön kehittämisessä. Sielunhoidon tuloksellisuutta olisi mahdollista jatkossa selvittää tarkemmin seuranta-tutkimuksella, jossa voidaan arvioida sielunhoidon vaikuttavuutta pitkällä tähtäyksellä potilaiden elämään, selviytymiseen ja elämänhallinnan tunteeseen. Kiintoisaa olisi myös analysoida tarkemmin terveydenhuollossa käytyjen sielunhoitokeskustelujen sisältöä ja käytettyjä menetelmiä. Tällainen tutkimus olisi mahdollista tehdä käytyjen keskustelujen jälkeen. Sielunhoidollisten palveluiden lisääminen terveydenhuoltoon vaatisi lisäselvityksiä kustannusten kohdentumisesta. Sielunhoidon kustannuksista olisi hyvä selvittää sekä käyntien yksikköhinnat että eri-ikäisten ihmisten käyttämien sielunhoitopalvelujen kokonaismäärät ja -menot. Jatkotutkimushaasteet liittyvät myös julkisen terveydenhuollon potilaiden sielunhoidon tarpeen yksilöimiseen.

7. KIRJALLISUUS

Haastattelut

Tiiri, Pirjo. Toimitusjohtaja. Diacor. Alppikatu, Helsinki. 18.1.2001.

Korhonen, Maija. Osastonhoitaja & Malmström, Allan. Sairaalan johtaja & Rajala, Salme. Osastonhoitaja. & Repo, Leena. Osastonhoitaja & Vakkuri, Maritta. Osastonhoitaja. Diacor. Alppikatu. Helsinki. 2.2.2001.

Bärlund, Päivi. Lääkäriaseman päällikkö & Heikkinen, Esko. Markkinointipäällikkö & Helamaa, Marleena. Lääkäriaseman päällikkö & Sell, Auli. Lääkäriaseman päällikkö & Tiiri, Pirjo. Toimitusjohtaja. Diacor. Alppikatu, Helsinki. 9.2.2001.

Tahvanainen, Leena. Työterveyshoitaja. Diacor. Alppikatu, Helsinki. 16.2.2001.

Lääkärikeskus Medi-Metro. Työntekijäpalaveri. Helsinki. 20.4.2001.

Alppikadun sairaala. Työntekijäpalaveri. Helsinki. 20.4.2001.

Lääkärikeskus Aikatalo. Työntekijäpalaveri. Helsinki. 24.4.2001.

Alppikadun sairaala. Työntekijäpalaveri. Helsinki. 11.5.2001.

Kirjallisuus

Aalto, Kirsti

- 2004 Sairaalaasielunhoito Suomen ev.-lut. kirkossa.
– http://www.ev1.fi/kkh/to/ksk/ss_suomessa.html (1.3.2004).

Aho, Päivi

- 1999 Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan töissä. Sosiaalityöntekijäin liitto. Helsinki: WSOY.

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma

- 2000 Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.

Aromaa, Arpo

- 1996 Avauspuheenvuoro. – Raimo Raitasalo (toim.), Elämäntähtäimiä etsimässä. Helsinki: KELA, tutkimus- ja kehitysyksikkö.

Arvot. Esite. Helsingin Diakonissalaitos. (Ei ajankohtaa).

Belle, Deborah

- 1991 Gender Differences in the Social Moderators of Stress. – Alan Monat & Richard S. Lazarus (toim.), Stress and Coping. An Anthology. New York: Columbia University Press.

Bergstrand, Göran & Lidbeck, Magnus

- 1997 Självvård. Del I. Stockholm: Verbum.

Diacorin vuosikertomus 1998. Diacor terveystalvelut Oy.

Diacorin vuosikertomus 1999. Diacor terveystalvelut Oy.

Diacor. Diacor terveystalvelut Oy:n asiakaslehti. 2/2001.

Diacor. Diacor terveystalvelut Oy:n asiakaslehti. 1/2002.

Diacorilainen. 4/1999.

Eräsaari, Risto

- 2000 Sosiaalipolitiikan viitekehys: aika, yhteiskunta, yhteisö, maailma. – Eija Nurminen (toim.), Sosiaalipolitiikan lukemisto. Helsinki: Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia.

Folkman, Susan & Lazarus, Richard S.

- 1980 An analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior* 21, 219–39.

Folkman, Susan & Lazarus, Richard S.

- 1991 Coping and Emotion. – Alan Monat & Richard S. Lazarus (toim.), Stress and Coping. An Anthology. New York: Columbia University Press.

Gibson-Cline, Janice & Dikaiou, Maria

- 1996a From Crisis to Coping. Theories and Helping Practices. – Janice Gibson-Cline (toim.), Adolescence from Crisis to Coping. A Thirteen Nation Study. Boston, MA: Butterworth-Heinemann.
- 1996b Implications for Theory and Practice. – Janice Gibson-Cline (toim.), Adolescence from Crisis to Coping. A Thirteen Nation Study, Boston, MA: Butterworth-Heinemann.

Góthoni, Raili

- 1987 Pitkääikaissairaana vanhuksen maailma ja uskonnollisuus. Helsinki: Suomalainen teologinen kirjallisuusseura.

Granfelt, Riitta 1990

Sosiaalityön terapeutinen ulottuvuus. – Pentti Takala & Ilmari Helminen & Ilmo Massa & Katri Hellsten & Antti Karisto (toim.), Hyvinvointi ja muutosten Suomi: Juhlakirja Olavi Riihisen täyttäessä 60 vuotta 9.4.1990. Helsinki: Olavi Riihisen juhla kirjatyöryhmä.

Haatanen, Pekka

- 1993 Suomalaisen hyvinvointivaltion kehitys. – Olavi Riihinen (toim.), Sosiaalipoliittikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Porvoo: WSOY.

Haikonen, Matti

- 1999 Konflikteista aiheutuva stressi ja siitä selviytyminen opettajan työssä. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos.
- 2000 Sielunhoitokoulutuksen vaikuttavuus. – Sielunhoidon aikakauskirja nro12. Helsinki: Kirkon sairaalasielunhoidon keskus.
- 2001 Learning by Caring: A Follow-Up Study of Participants in a Specialized Training Program in Pastoral Care and Counseling. Helsinki: Finnish Society of Sciences and Letters.

Hautamäki, Antti

- 1997 Hyvä elämä kansalaisten Suomessa. – Kimmo Kajaste (toim.), Suomalainen mahdollisuus. Näkökulmia hyvinvointimme tulevaisuuteen. Helsinki: Edita.

Heikkilä, Matti & Lehto, Juhani

- 1992 Sopeuttaminen vai kriisi? Sosiaali- ja terveydenhuolto laman kourissa. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, Vapokustannus.

Helsingin Diakonissalaitoksen toiminta- ja taloussuunnitelma 1999. Helsingin Diakonissalaitos.

Helsingin Diakonissalaitoksen toimintasuunnitelma ja talousarvio vuodelle 2001.

Helsingin Diakonissalaitos. 2000.

Helsingin Diakonissalaitoksen toimintasuunnitelma ja talousarvio vuodelle 2002.

Helsingin Diakonissalaitos. 2001.

Helsingin Diakonissalaitos 130 vuotta. Esite. Helsingin Diakonissalaitos. (Ei ajankohtaa).

Hoitotiede –lehden vuosikerrat 1999-2005

Holahan, Charles J. & Moos, Rudolf H. & Schaefer, Jeanne A.

1996 Coping, Stress Resistance and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. – Zeidner, Moshe & Endler, Norman S. (toim.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: Wiley.

House, James S. & Landis, Karl R. & Umberson Debra

1988 Social relationships and health. –*Science* 241: s. 540–45.

Huotari, Kari

1999 Positiivista elämää. Hiv-tartunnan saaneiden selviytyminen arjessa. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Hyvinvointipalvelujen turvaaminen. – Brunila, Anne & Jokinen, Hannu & Kerola, Hannele & Mäkitalo, Raili & Putkonen, Carita. Valtiovarainministeriön julkaisuja 4/2003 – <http://www.vm.fi/tiedostot/pdf/fi/39175.pdf> (15.11.2004).

Iija A. & Almqvist S. & Kiviharju-Rissanen U.

1999 Mielenterveytyön perusteet hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Iire, Liisa

1999 Potilas ja sairaudesta aiheutuva epävarmuus. Hoitotieteen laitos, sisätautioppi, kliininen laitos. *Scripta lingua Fennica edita* 147. Turku: Turun yliopisto.

Ikonen, Tuula Hannele

2000 Tuhkasta uusi elämä: Selviytymisen teoreettiset ja käytännölliset lähtökohdat. Helsinki: Yliopistopaino.

Järvikoski, Aila

1994 Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehyksen ja toimintamallien tarkastelu. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

1996 Sisäinen elämänhallinta ja sosiaaliset paineet. – Raimo Raitasalo (toim.), *Elämänhallintaa etsimässä*. Helsinki: KELA, tutkimus- ja kehitysyksikkö.

Kainulainen, Sakari

2002 Huono-osaisuuden kasautuminen yhteiskunnallisena jakona. – Timo Piirainen & Juha Saari (toim.), *Yhteiskunnalliset jaot 1990-luvun perintö*. Helsinki: Gaudamus.

Kangas, Ilkka

2003 Sairaana asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. – Marja-Liisa Honkasalo, Ilkka Kangas, Ullamaija Seppälä (toim.), *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tietolipas 189. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kangas, Olli (toim.)

2003 Laman varjo ja nousun huuma. Suomalainen yhteiskunta 1990-luvun lopulla. Helsinki: KELA, tutkimusosasto.

Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti

2003 Moniulotteisen köyhyyden trendit 1990-luvulla. – Laman varjo ja nousun huuma. Suomalainen yhteiskunta 1990-luvun lopulla. Helsinki: KELA, tutkimusosasto.

Kansanaho, Erkki

1967 Sata vuotta kristillistä palvelutyötä: Helsingin Diakonissalaitos 1867–1967. Porvoo: WSOY.

Kansanterveystiede

1998 Kauhanen, Jussi & Myllykangas, Markku & Salonen, Jukka T. & Nissinen, Aulikki. Porvoo: WSOY.

Karisto, Antti

2000 Pirstoutuvan elämän politiikka. – Eija Nurminen (toim.), Sosiaalipolitiikan lukemisto. Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenian oppimateriaaleja 95.

Kettunen, Paavo

1995 Ihmisolemuksen ongelma ja olemassaolon vaikeus. Ihmiskäsitys Suomen evankelis-luterilaisen kirkon sairaalasielunhoidon koulutuksessa 1960–1975. Helsinki: Suomalainen teologinen kirjallisuusseura.

1997 Kehittyvä sielunhoito. Julkaisussa Kirsti Aalto & Martti Esko & Matti Pekka Virtaniemi (toim.), Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja Oy.

2001 Leipää vai läsnäoloa? Asiakkaan tarve ja diakoniatyöntekijän työnäky laman puristuksessa. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.

Kirkko muutosten keskellä. Suomen evankelis-luterilainen kirkko vuosina 2000–2003

2004 Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.

Knekt, Paul & Lindfors, Olavi

2004 A Randomized Trial of the Effect of Four Forms of Psychotherapy on Depressive and Anxiety Disorders. Design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow up. *Studies in social security and health* 77. Helsinki: Kela.

Kokko, Simo

2004 Vuosikymmen palvelujen hajautettua suunnittelua. – Matti Heikkilä & Antti Parpo (toim.), Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 268. Saarijärvi: Gummerus.

Korhonen, Marko & Niemelä Pauli

- 1999 Työkäisen väestön elämäkokemukset ja elämänhallinta. – Juhani Laurinkari & Pauli Niemelä (toim.), Elämänhallinta ja syrjäytyminen Suomussalmella. Tutkimus ennaltaehkäisevän sosiaalipolitiikan toimintaohjelman toteuttamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kruus, Lauri

- 1983 Potilaan ja teologin keskustelu sairaalassa. Helsinki: Suomalainen teologinen kirjallisuusseura.

Kuntoutusasiain neuvottelukunnan toimintasuunnitelma 2001–2003. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001.

Kuntoutuksen ulottuvuudet

- 1995 Kuntoutuksen ulottuvuudet. – Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvi-koski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marketta & Wikström, Juhani. Porvoo: WSOY.

Kuuppelomäki, Merja

- 2002 Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – Sairaanhoidajan näkökulma. *Hoitotiede* 3/2002

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa.

- 1995 Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Helsinki: Stakes.

Laitinen, Toivo J. & Pohjolainen, Terttu

- 1987 Omaisten tukeminen sairaalasielunhoidossa, vuoropuhelu. – Johtokuntien neuvottelu Lahdessa 20.3.1987. Helsinki: Kirkon sairaalasielunhoidon keskus.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lankinen, Juha

- 2001 Syöpäpotilaan pastoraaliset odotukset. Helsinki: Suomalaisen teologisen kirjallisuusseura.

Laurinkari, Juhani & Niemelä, Pauli

- 1978 Terveys yhteiskuntapolitiikan tavoitteena. Kuopio: Kustannuskiila.

Laurinkari, Juhani

- 2004 Osuustoiminta. Utopiasta kansainvälisen yrittämisen muodoksi. Kuopio: Pelleron julkaisupalvelu Oy.

Lazarus Richard S. & Averill, James R. & Opton Edward. M. Jr.

- 1974 The Psychology of Coping: Issues of Research and Assessment. – Coelho, G. V. & Hamburg, D. A. & Adams J. E. (toim.), Coping and Adaptation. New York: Basic Books.

Lazarus, Richard S.

1984 Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus Richard S. & Folkman, Susan

1991 The Concept of Coping. – Monat, Alan & Lazarus, Richard S. (toim.), Stress and Coping. An Anthology. Columbia University Press New York. Oxford.

Lazarus, Richard S.

1999 Stress and Emotion. A New Synthesis. London: Free Association Books.

Lehtinen, Ville

2004 Mielenterveyspalvelut. – Matti Heikkilä & Antti Parpo (toim.), Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 268. Saarijärvi: Gummerus.

Leino-Kilpi, Helena & Vuorenheimo, Jaana

1992 Potilas hoidon laadun arvioijana. Helsinki: Vapokustannus.

Lindblom, Seppo

2002 Kansankodin tuolla puolen – Hyvinvointivaltion tilivelvollisuuden tarkastelua. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

Lindén, Mirja

1999 Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Helsinki: Stakes.

Lindholm, Hanna

2001 Suomalaisen hyvinvoinnin muutokset 1995–2000. Helsinki: KELA, tutkimus- ja kehitysyksikkö.

Lumijärvi, Johanna

1998 Miksi kuulua kirkkoon? Espoolaisten kirkkoon sitoutuminen 1990-luvulla. Helsinki: Helsingin yliopisto, käytännöllisen teologian laitos.

Läksy, Marja-Liisa

2000 Kriisipotilaat ja heidän selviytymisensä. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Lääkäriasemien tilasto 1–12/2001.

2001 Moniste. Diacor terveyspalvelut Oy.

Makweri, Eeva

2001 Pappina sairaalassa. Kyselytutkimus sairaalapapeista ja heidän työstään. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Mannerheimin lastensuojeluliiton ratkaisukeskeisen asiakastyön kokeilu

1996 Raportti vuosilta 1990–1993. Helsinki: KELA. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto.

Marski, Jarmo

1996 Hyvinvoinnin ulottuvuuksia 1995: uhat, mahdollisuudet ja uudet haasteet. Helsinki: KELA.

Mattila, Hannu

1999 Lomakekysely asiakaspalautteen hankkimismenetelmänä: esimerkkinä Kelan asiakaspalvelututkimus. Painamaton Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma.

Meller-Mattila, Marja-Leena

2000 Sairaalateologi hoitoyhteisössä. – Sielunhoidon aikakauskirja nro12. Helsinki.

Metteri, Anna

2004 Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Sosiaali- ja terveystyöjärjestöjen yhteistyöyhdistys. Helsinki: Edita.

Monat, Alan & Lazarus, Richard S.

1991 Stress and Coping: an Anthology. New York: Columbia University Press.

Murphy, Lois B. & Moriarty, Alice E.

1976 Vulnerability, Coping and Growth: from Infancy to Adolescence. New Haven: Yale University Press.

Mäkinen B. & Välimäki M. & Katajisto J

1999 Hoitajien käsityksiä kuolemasta ja kuolevan potilaan omaisten tukemisesta. Hoitotiede 3/1999.

Mäkisalo, Martti

1992 Ihanteista kasvaa arki: Helsingin Diakonissalaitos 1867–1992. Helsinki.

Niemelä, Kati

2003a Suomalaisten sitoutuminen uskonnollisiin yhdyskuntiin. – Kääriäinen, Kimmo & Niemelä, Kati & Ketola, Kimmo (toim.), Moderni kirkkokansa: Suomalaisten uskonnollisuus uudella vuosituhanella. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.

2003b Uskonnollisuus eri väestöryhmissä. – Kääriäinen, Kimmo & Niemelä, Kati & Ketola, Kimmo (toim.), Moderni kirkkokansa: Suomalaisten uskonnollisuus uudella vuosituhanella. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.

2004 Uskonko niin kuin opetan? Seurakuntatyöntekijä uskon ja elämän ristipaineessa. Tampere: Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 85.

Niemelä, Pauli

2001 Ammattiauttaminen depression haasteiden edessä. – Syvyydestä minä huudan. Masennus ja mielenterveys. Suomen ev. lut. kirkon keskushallinto. Julkaisuja 2001: 7. Helsinki: Kirkon sairaalasielunhoidon keskus.

Nissilä, Kalervo

2000 Sairaaleologi saattohoitajana. – Sielunhoidon aikakauskirja nro 12. Helsinki: Kirkon koulutuskeskus.

Nuikka, Marja-Liisa

2002 Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Diss. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis 849. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Nurminen, Eija

1984 Sosiaalivaltio ja sosiaalipolitiikan itseymmärrys. Helsinki: Sosiaalipoliittinen yhdistys.

Okkonen, Eila

2000 Potilaan psykososiaaliset vaaratekijät, selviytymiskeinot ja koettu terveys sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen yhteydessä. Helsingin yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitoksen väitöskirja.

Pahkinen, Tuula

1984 Psykoterapian vaikutuksesta psykosomaattisiin oireisiin korkeakouluopiskelijoilla. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö 14/1984.

Palosaari, Eija

1999 Coping merikatastrofin yhteydessä suomalaisten laivatyöntekijöiden kertomana: ”meri on suuri ja kaunis – sitä pitää kunnioittaa”. Acta Universitas Tamperensis; 661. Tampere: Tampereen yliopisto.

Parker, James D. A & Endler, Norman S.

1996 Coping and Defense: A Historical Overview. – Zeidner, Moshe & endler, Norman S. (toim.), Handbook of Coping. Theory, Research, Applications. New York: Wiley

Pelkonen, Risto & Huttunen, Risto

2000 Terveysfoorumi 2000, Seminaari 12.6.2000. Sosiaali- ja terveysministeriön moneista 2001:12.

Piirainen, Timo

1993 Hyvinvointivaltio ja yhteiskunnalliset ristiriidat: kohti postkorporatistista sosiaalipolitiikkaa? – Riihinen, Olavi (toim.), Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Porvoo: WSOY. Psykologipalvelut perusterveydenhuollossa: Palveluiden toimintamalli. Stakes. Oppaita 20. 1993.

Psykoterapia lääkinnällisenä kuntoutuksena

1988 Lääkintöhallituksen psykoterapian asiantuntijaryhmän muistio. Lääkintöhallituksen julkaisuja 17. Psykoterapiaa ei tarvita kaikelle kansalle. Keskusteluapu auttaisi monia. Socius. Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti. 3/2001. Porvoo.

Pylkkänen, Kari & Pöllänen, Raijaliisa & Upanne, Maila

1995 Psykoterapia Suomessa. Helsinki: Stakes.

Raatikainen, Ritva & Miettinen, Terhikki & Karppi, Pertti

2002 Omaisten arviointia kuolevan potilaan hoidosta. *Hoitotiede* 1/2001.

Rahkonen, Keijo

1993 Sosiaalipolitiikan utopiat ja anti-utopiat. – Sosiaalipolitiikka 2017: Olavi Riihinen (toim.), näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Porvoo: WSOY.

Raitasalo, Raimo

1995 Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Helsinki: KELA.

Rask, Katja & Paunonen-Ilmonen, Marita & Kaunonen, Marja

2001 Nuorten suru läheisen kuoleman jälkeen. *Hoitotiede* 4/2001

Raunio, Kyösti

2000 Sosiaalityö murroksessa. Helsinki: Gaudeamus.

Riihinen, Olavi 1996

Elämänhallinta-käsitteen erittelyä ja ongelmia. – Raimo Raitasalo (toim.), Elämänhallintaa etsimässä. Helsinki: KELA, tutkimus- ja kehitysyksikkö.

Roos, J. P.

1987 Suomalainen elämä: tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkerroista. Helsinki: SKS.

Ruostetsaari, Ilkka

2003 Valta muutoksessa. Helsinki: WSOY.

Ryynänen, Olli-Pekka

1999 Terveiden ja sairauden valinnat. Kuopion yliopisto.

Räsänen, Johanna

2002 Sielunhoito Helsingin Diakonissalaitoksella. Työntekijöiden ja asiakkaiden sielunhoidon tarve keväällä 2001. Painamaton raportti. Tekijän hallussa.

2004 Sielunhoito selviytymisen tukena sairaudessa ja kriiseissä. Kyselytutkimus terveydenhuollon potilaille ja työntekijöille. Kuopion yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalitalouden laitoksen pro gradu –tutkielma. Kuopio.

Sainio, Aarno

2000 Säilytettävää ja muutettavaa sairaalasielunhoidossa. – Sielunhoidon aikakauskirja nro12. Helsinki: Kirkon koulutuskeskus.

Sairaalasielunhoidon periaatteet 2004. – <http://www.ev.fi/kkh/to/ksk/periaatteet.html>
(15.3.2004.)

Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotyössä
2002 <http://acta.uta.fi/teos.phtml?6128> (20.7.2005).

Salonen, Kari & Kääriäinen, Kimmo & Niemelä, Kati
2000 Kirkko uudelle vuosituhannelle: Suomen evankelis-luterilainen kirkko vuosina 1996–1999. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.

Sarason, Irwing G. & Sarason, Barbara R. & Pierce, Gregory. R
1994 Stress and Social Support. – Hobfoll, Stevan E & de Vries Marten W. (toim.), Extreme Stress and Communities: Impact and Intervention. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher.

Savolainen-Mäntyjärvi, R. & Kauppinen, T.
2000 Koettu terveys ympäristövaikutusten arvioinnissa. Helsinki: Stakes.

Seiffge-Krenke Inge
1995 Stress, Coping and Relationships in Adolescence. Mahwah, New Jersey.

Seurantaryhmän arvio kansallisen terveysthankkeen toiminnasta vuonna 2002.
2003 Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmänmuistioita 2003:6. Helsinki.

Sielunhoito sairaalassa
1990 Kirkon sairaalasielunhoidon keskuksen julkaisuja –28. Suomen ev. lut. kirkon keskushallinto. Sarja D: 1. Helsinki: Kirkon sairaalasielunhoidon keskus.

Sippo, Matti
2000 Sairaalasielunhoitajan ammatti-identiteetti. Helsinki : Suomalainen teologinen kirjallisuusseura.

Sorri, Hannu
1998 Vapaaehtoisuus ja elämäntyyli. Palvelevan puhelimen päivystäjän näkökulma tehtävään ryhtymisestä. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja B 78. Jyväskylä: Gummerus.
2001 Lama ja ahdinko. Henkinen pahoinvointi palvelevan puhelimen soittojen valossa. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja B 81. Jyväskylä: Gummerus.

Sosiaali- ja terveystietomus
2000 Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2000:7. Helsinki.

Sosiaaliturvan suunta.
2002 Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:2. Helsinki.

Stephens, John D.

1997 Decline or Renewal in the Advanced Welfare States? The Scandinavian Welfare States: Achievements, Crisis, and Prospects. – Esping-Andersen, Gøsta (toim.), *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*. London.

Suikkanen, Asko & Jokinen, Jari

1993 *Tupla tai kuitti? Tutkimus kuntoutuksesta ja selviytymisestä*. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys

2000 Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2000. – Helakorpi, Satu & Uutela, Antti & Prättälä, Ritva & Puska, Pekka. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8/2000. – <http://www.ktl.fi/publications/avtk/avtk2000.pdf> (11.3.2004).

Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys

2004 Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2004. – Helakorpi, Satu & Patja, Kristiina & Prättälä, Ritva & Aro, Arja R & Uutela, Risto. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B13/2004. – http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b13.pdf (11.4.2004).

Suomalaisten terveys ja terveystietäytyminen ja terveyspalveluiden käyttö

1998 Suomalaisten terveys ja terveystietäytyminen ja terveyspalveluiden käyttö. Terveystietäytyksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. – Sisko Arinen & Unto Häkkinen & Timo Klaukka & Jan Klavus & Risto Lehtonen & Seppo Aro. *Terveys* 1998:5. – <http://www.stakes.fi/chess/Terva.pdf> (11.3.2003).

Suomalaisten terveys keskitasoa parempi, vaikka menot pienet

2003 – <http://www.stakes.fi/tiedotteet/2003/50.htm> (1.10.2004).

Suomen tilastollinen vuosikirja

2004 Hämeenlinna: Karisto.

Suominen, Sakari

1996 Elämänhallinta – luottamusta vai voimavarojen hallintaa? – Raimo Raitasalo (toim.), *Elämänhallintaa etsimässä. Sosiaali- ja terveystietäytyksen katsauksia 13*. Helsinki: KELA, tutkimus- ja kehitysyksikkö.

Suositus sielunhoidosta sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimessa

1990 Helsinki: Kirkon sairaalasielunhoidon toimikunta.

Suositus sielunhoidosta sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimessa

1983 Kirkkohallitus: Ohjeita ja tietoja 13/1983.

Suutama, Timo

1995 Coping with Life Events in Old Age. Jyväskylän yliopisto.

Taylor, Susan

1991 Health Psychology. The Science and the Field. Monat, Alan & Lazarus, Richard S. (toim.), Stress and Coping. An Anthology. New York: Columbia University Press.

Teinonen, Timo

Uskonnollisuus ja terveys iäkkäillä. Turun yliopiston julkaisuja C 225. Turku: Painosalama Oy.

Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta.

2001 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4.

Terveys ja hoidontarve Uudellamaalla

1999 Terveys ja hoidontarve Uudellamaalla 1996-2010. Loppuraportti Uudenmaan väestön hoidontarvetta arvioivan hankkeen (UHOTA-projekti) vaiheista 1. – Luoto, Riitta & Laine, Marja & Alha, Pirkko & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Reunanen, Antti & Virtala, Esa & Aromaa, Arpo & projektiryhmä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/1999. – http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/1999b6.pdf (11.4.2004).

Terveys ja toimintakyky Suomessa

2002 Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. – Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.), Kansanterveyslaitos. Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Helsinki. – http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/1999b6.pdf (11.4.2004).

Tykkyläinen, Marjatta

1997 Potilas – sairaalapapin työnantaja: haastattelututkimus potilaan odotuksista sairaalapapin työlle. Helsingin yliopiston käytännöllisen teologian laitoksen pro gradu –tutkielma.

Uskonto ja terveys

1990 Uskonto ja terveys. Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Tilastot ja selvitykset 3/1990. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Uusitalo, Hannu & Staff, Mikko

1997 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Helsinki: Stakes.

Uusitalo, Hannu

2000 Tuloerot kasvaneet jo kolmantena peräkkäisenä vuonna. – Nurminen, Eija (toim.), Sosiaalipolitiikan lukemisto. Helsingin yliopisto tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia.

Uutela, Antti

1996 Ulkoinen ja sisäinen elämänhallinta ja sairauskäyttäytyminen. – Raimo Raitasalo (toim.), Elämänhallintaa etsimässä. Helsinki: KELA, tutkimus- ja kehitysyksikkö.

Virtaniemi, Matti-Pekka & Käyhty, Marja-Leena

1997 Menetelmien kirjo ja keskustelun alku. – Kirsti Aalto & Martti Esko & Matti Pekka Virtaniemi (toim.), Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja Oy.

White R. W.

1974 Strategies of Adaptation: An attempt at systematic description. – Coelho, George V. & Hamburg, David A. & Adams John E. (toim.), Coping and Adaptation. New York: Basic Books.

Wilska, Anna-Terhi & Eresmaa, Ilppo

2003 Nuorten subjektiiviset kokemukset taloudellisesta asemastaan – tulevaisuuden heijastustako? – Olavi Riihinen (toim.), Sosiaalipolitiikka 2017: näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Porvoo: WSOY.