

OULUN EVANKELISLUTERILAISTEN SEURAKUNTIEN DIAKONIATYÖNTE-
KIJÖIDEN KOKEMUKSIA MIELENTERVEYSTYÖN HAASTEISTA DIAKONIA-
TYÖSSÄ

Janette Ervasti

Opinnäytetyö, kevät 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu, DIAK Pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Diakoninen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

sairaanhoitaja(AMK)+diakonissa

TIIVISTELMÄ

Ervasti, Janette. Oulun evankelisluterilaisten seurakuntien diakoniatyöntekijöiden kokemuksia mielenterveystyön haasteista diakoniatyössä. Oulu, Kevät 2010, 57s, 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, DIAK Pohjoinen, Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Diakoninen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Sairaanhoitaja (AMK) diakonissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla diakoniatyöntekijöiden kokemuksia mielenterveystyön haasteista Oulun ev. lut. seurakunnissa. Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla viittä Oulun seurakuntien diakoniatyöntekijää. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Tulosten mukaan diakoniatyöntekijät kokivat mielenterveystyön monipuoliseksi ja haastavaksi. Diakoniatyöntekijät kohtasivat mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita vastaanotolla, leireillä, ryhmissä ja kotikäynneillä. Haasteita mielenterveystyöhön toivat diakoniatyön laajuus ja kuormittavuus ja mielenterveystyön vaativuus. Koulutuksen, kirjallisuuteen perehtymisen ja yhteistyön avulla Diakonia-ammattikorkeakoulun kanssa diakoniatyöntekijät toivoivat saavansa lisää valmiuksia mielenterveystyön kehittämiseen. Lisäksi diakoniatyöntekijät kokivat että mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille suunnattua ryhmä- ja leiritoimintaa tulee lisätä.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää diakoniatyöntekijöiden tekemän mielenterveystyön kehittämisessä. Jatkotutkimushaasteeksi voi esittää tarkempaa analyysia asiakaslähtöisestä diakonisesta mielenterveystyöstä.

Avainsanat: diakonia, seurakunnat, mielenterveystyö, mielenterveyskuntoutuja, haastet, kvalitatiivinen tutkimus, haastattelu

ABSTRACT

Ervasti, Janette. The experiences of diaconal workers' mental health care and its challenges in Oulu Lutheran congregations (Finland). 57 p., 2 appendices. Language: Finnish. Oulu, spring 2010. Diaconia University of applied Sciences. Degree in health care services. Option in Christian social work. Degree: nurse and deaconess.

The purpose of this study was to describe the experiences of diaconal workers' mental health care and its challenges in Oulu Lutheran congregations (Finland). The data of this study was collected by interviewing five diaconal workers in Oulu congregations. The data was carried out using content analysis.

According to the results, diaconal workers experienced that mental health care is versatile and challenging. Diaconal workers met clients with mental health problems in reception, camps, groups and during house calls. The challenges of mental health care were the width of work as well as its strenuousness and toughness of mental health care. With schooling, studying literature and with collaboration with Diaconia University of applied Sciences the diaconal workers hoped to get more preparedness in mental health care and its development. Diaconal workers experienced that there should be more group and camp activities available to clients who suffer from mental health problems.

The results of this study can be put to use when improving mental health care in diaconal work. Further research could concentrate on further analysis of clientbased diaconal mental health care.

Keywords: diaconal work, congregations, mental health care, mental health client, challenges, qualitative method, interview

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1. JOHDANTO	6
2. MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMINEN JA AUTTAMINEN.....	7
2.1. Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen	8
2.2. Päähteet ja mielenterveys sekä psyykenlääkkeiden käyttö.....	10
3. DIAKONIAN MÄÄRITELMIÄ JA DIAKONIATYÖN MAHDOLLISUUDET MIELENTERVEYSASIAKKAAN AUTTAMISESSA	12
3.1. Sielunhoito ja hengellisyys osana mielenterveyttä ja sen tukemista.....	14
3.2. Mielenterveys- ja diakoniapalvelut Oulun seudulla.....	17
4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	20
5. TUTKIMUSMENETELMÄT JA OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	21
5.1. Tutkimusaineiston kerääminen	22
5.2. Aineiston analyysi.....	23
6. TULOKSET	25
6.1. Mielenterveysasiakkaalle tarjottu toiminta ja tuki diakoniatyössä yhteistyössä muiden mielenterveystyön toimijoiden kanssa	25
6.1.1. Henkilökohtaiset tapaamiset	26
6.1.2. Diakonian leirit ja ryhmät	28
6.1.3. Yhteistyö muiden mielenterveystahojen kanssa	29
6.2. Mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan auttamisen haasteet.....	30
6.2.1. Haasteet diakoniatyölle	30

6.2.2. Mielenterveysongelmiin liittyvät tekijät	31
6.2.3. Haasteelliset ryhmät	33
6.2.4. Haasteista selviytyminen.....	35
6.3. Lisäkoulutus ja mielenterveystyön kehittäminen.....	36
6.3.1. Diakoniatyöntekijän omat kehittymismahdollisuudet.....	36
6.3.2. Mielenterveystyön kehittämisideat diakoniatyössä.....	36
7. POHDINTA	38
7.1. Johtopäätökset	38
7.2. Tutkimustulosten tarkastelu	39
7.3. Opinnäytetyön eettisyys	42
7.4. Opinnäytetyön luotettavuus	44
7.5. Jatkotutkimushaasteet	46
LÄHTEET.....	48
LIITE 1.....	53
LIITE 2.....	55

1. JOHDANTO

Opinnäytetyö käsittelee diakoniatyöntekijöiden tekemää mielenterveystyötä Oulun seurakunnissa sekä mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kohtaamista ja kohtaamisen haasteita. Mielenterveystyö on laaja-alaista ja sen tarve kasvaa jatkuvasti.

Kun mielenterveysongelmat lisääntyvät, myös diakoniatyöntekijät kohtaavat enemmän mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita vastaanotoilla, ryhmissä ja leireillä. On hyvä kartoittaa millaisena diakoniatyöntekijät kohtaamisen kokevat ja on tarpeen kehittää seurakunnissa tehtävää mielenterveystyötä. On tärkeää, että mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat otetaan vastaan ammattitaidolla ja että he saavat kokemuksen autetuksi tulemisesta. Toisaalta myös diakoniatyöntekijälle on tärkeää kokea, että hän osaa auttaa mielenterveysongelmista kärsivää asiakasta (Korhonen; Kylmä; Juvakka & Pietilä 2007, 67-71, Autti-Rämö, Seppänen, Raitasalo, Martikainen & Sourander 2009, 477-482.)

Nykyään korostetaan mielenterveystyötä avoterveydenhuollossa ja diakoniatyöntekijät tekevät paljon yhteistyötä erilaisten mielenterveystyön toimijoiden kanssa. Diakoniatyöntekijöiden mielenterveystyö on myös ennaltaehkäisevää työtä. Vastaanotoilla käydään asiakkaiden kanssa sielunhoidollisia keskusteluja yhteistyössä muiden mielenterveyspalvelujen tarjoajien kanssa. Asiakkaan voi ohjata eteenpäin psykiatrian alan ammattilaiselle jos asiakkaan tilanne niin vaatii (Oulun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 2004; Ojanen 1998.)

2. MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMINEN JA AUTTAMINEN

Mielenterveystyö on muuttunut viime vuosien aikana nopeasti. Henkinen hyvinvointi koetaan tärkeäksi osaksi ihmisen kokonaisyhyvinvointia yhdessä fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kanssa. Asenteet ovat muuttuneet ja psyykkisistä asioista halutaan ja voidaan puhua avoimemmin. Mielenterveyden ongelmiin halutaan hakea apua ja yhteiskunnan odotetaan vastaavan palvelujen tarpeisiin (Oulun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 2004.)

Psyykkiset ongelmat lisääntyvät jatkuvasti. Voimakas muuttoliike, kansainvälistyminen, maahanmuuttajat, väestönkasvu ja perheongelmat luovat haasteita mielenterveystyölle. Lasten ja nuorten mielenterveysongelmat lisääntyvät ja yhteiskunta kehittyy turvattomampaan suuntaan. Mielenterveyspalvelut ovat ruuhkautuneet ja siksi mielenterveystyötä olisi kehitettävä. Erityisesti tulisi puuttua varhaisiin ongelmiin ja panostaa ennaltaehkäisevään työhön. Oulun kaupungin mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa varten haastateltiin Oululaisia ihmisiä. Eräs haastateltu määritteli hyvän mielenterveyden näin: ”että ei huolehi turhista eikä mieti liikoja, tuntee itensä terveeksi ja elämän mielekkääksi, on tarpeellinen tässä yhteiskunnassa ja voi jottain tehdä”(Oulun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 2004.)

Ihminen määritellään fyysiseksi, psyykkiseksi, sosiaaliseksi, seksuaaliseksi, moraaliseksi, henkiseksi ja hengelliseksi kokonaisuudeksi sekä ainutlaatuiseksi persoonaksi. Tämän kokonaisvaltaisen ihmiskäsitys on hoidon kulmakivi. Jonkun näiden osa-alueiden häiriintyminen voi johtaa mielenterveysongelmiin (Karjalainen & Kukkonen 2005.)

Hyvänä mielenterveytenä ja tasapainoisuutena voidaan pitää esimerkiksi sitä, että ihminen kykenee huolehtimaan itsestään ja lähimmäisistään, pystyy kestäämään stressiä ja sopeutumaan elämän muutoksiin. Lisäksi siihen liitetään hyvä itsetunto, todellisuudentaju, kyky tehdä tuottavaa työtä sekä kyky tuntea ja rakastaa. Ihmisen mieli häiriintyy jos ihmisen mielenterveyttä ylläpitäviin asioihin tulee uhkia. Ihminen pystyy jollakin

tavalla tasapainottamaan turhautumistaan, mutta jos tasapainotus ei onnistu mielen järkkyminen voi hoitamattomana johtaa sairastumiseen. Ihmisen arkipäivässä on paljon lyhytaikaisia harmeja, mutta niiden pitkittyminen vaarantaa psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin (Karjalainen & Kukkonen 2005, 215-216; Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1999.)

Ei ole olemassa vain yhtä syytä siihen miksi ihminen sairastuu psyykkisesti. Esimerkiksi masennuksen syynä voi olla menetykset, vastoinkäymiset tai vaikeudet ihmissuhteissa. On todettu että myös biologiset syyt voivat altistaa meitä joillekin ongelmille kuten esimerkiksi alkoholismille ja skitsofrenialle. Päihteiden käyttö voi olla osasyynä mielen-terveyden häiriintymiselle ja pahimmassa tapauksessa ne voivat laukaista jopa psykoosin (Karjalainen & Kukkonen 2005, 215-216.)

Iija ym. (1999) toteaa teoksessaan, että terveyden vastaparina pidetään sairautta. Ennen psyykkisesti sairaasta ihmisestä on käytetty sanaa mielisairas. Mielisairailta tarkoitettiin ihmisiä, jotka kuulivat ja näkivät harhoja tai puhuivat toisin kuin muut ihmiset. Nykyään psyykkisten sairauksien kirjo ulottuu paljon laajemmalle alueelle. Voidaankin ehkä puhua sairauden sijaan elämäntaidollisista ongelmista. Psyykkiset ongelmat käsittävät merkityssuhteiden vääristymistä, neurooseja, psykooseja, persoonallisuuden häiriöitä tai muita psyykkisiä ongelmia kuten masennusta. Psyykkiset ongelmat ilmenevät vaikeutena selviytyä jokapäiväisestä elämästä (Iija ym. 1999.)

2.1. Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen

Mielenterveystyöntekijän työvälineenä on oma persoona. Persoonallisuus on sitä, millaisena minän näkee. Se käsittää menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden tulkinnat sekä yksilölliset kokemukset, taidot, mielipiteet, asenteet, tiedot, ja arvot. Tästä syystä mielenterveystyöntekijän on hyvä tuntea myös omaa itseään (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikonen 2007.)

Mielenterveyden järkkyyssä on psykiatrisen hoidon lähtökohtana aina asiakkaan yksilölliset tarpeet. Kun keskustellaan mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kanssa, ei tule koskaan sivuuttaa elämäkatsomuksellisia tai sielunhoidollisia kysymyksiä. Ne

voivat osaltaan myös selittää asiakkaan masennusta tai mielenterveyden järkkymistä. Kun puhutaan uskonnollisista asioista asiakkaan kanssa, ne ovat osa asiakkaan elämän historiaa ja kokemuksia. Psykkisesti sairaan sielunhoito ei ole diagnoosin etsimistä tai asettamista. Sen sijaan pyritään keskittymään asiakkaan voimavaroihin ja siihen kuinka hän selviää arkielämässä uskomustensa kanssa (Aalto & Gothóni 2009, 98.)

Artikkelissaan Larry Culliford pohtii hengellisen elämän vaikutuksia fyysisiin ja mielenterveydellisiin sairauksiin. Hänen mukaansa hengellinen ja henkinen vakaumus ehkäisee fyysisiä ja mielenterveydellisiä sairauksia ja auttaa niistä selviytymisessä. Spirituaalinen hoitaminen on jäänyt taka-alalle hoitotyössä ja lääketieteessä. Culliford korostaa toivon ja elämän tarkoituksen etsimisen tukemista hoitosuhteessa ja mielenterveydellisen ongelman kohtaamisessa (Culliford 2005.)

Korhonen ym. (2007) ovat tutkineet toivoa vahvistavia hoitotyön auttamismenetelmiä. Tärkeäksi toivoa vahvistavaksi auttamismenetelmäksi koettiin läsnäolo, mikä tarkoittaa asiakkaan ja potilaan kuuntelua, tiedonsaantia, sairauden hoitamista ja potilaan omien voimavarojen vahvistamista. Diakonisessa mielessä tätä tutkimusta voidaan tarkastella juuri läsnäolon kautta, mutta tutkimus osoittaa myös että potilaan ja asiakkaan henkisten tarpeiden kuuntelu, huomioiminen ja potilaan hengellisyyden kokonaisvaltainen tukeminen ylläpitää toivoa (Korhonen; Kylmä; Juvakka & Pietilä 2007, 67-71.)

Lappalaisen, Pelkosen ja Kylmän (2004) tekemä tutkimus keskittyy mielenterveyskuntoutujan itsetunnon kehittämiseen hoitotyössä, mutta tutkimuksessa nousevat esiin hyvin samanlaiset läsnäolon teemat. Tärkeäksi mielenterveyskuntoutujan itsetunnon kehittämisen välineeksi nähdään mielenterveyskuntoutujan ja hoitajan välinen suhde. Työntekijän tulisi kuunnella, olla läsnä, olla aidosti kiinnostunut mielenterveyskuntoutujan asioista ja huomioida asiakkaansa. Mielenterveyskuntoutajat kokivat, että ammattihenkilön tulee olla varma, luotettava, ja lämmin, mutta samalla hänen tulee tuntea omat heikkoutensa. Itsetuntoa vahvistivat hoitotyöntekijän aito kannustus, mielenterveyskuntoutujan hyväksyminen ja arvostaminen sekä mielenterveyskuntoutujan vahvojen puolien tukeminen. Kuitenkaan itsetunnon tukeminen ei keskity pelkästään itse mielenterveyskuntoutujan tuntemuksiin, vaan hyvä hoitotyön tekijä osaa ottaa huomioon myös muun muassa mielenterveyskuntoutujan koti- ja perhetilanteen ja tukea myös siinä. On

hyvä huomioida tarvitseeko mielenterveyskuntoutuja esimerkiksi vertaisryhmää (Lappalainen; Pelkonen & Kylmä 2004, 64-67.)

2.2. Pääteet ja mielenterveys sekä psyykenlääkkeiden käyttö

Väänänen on tutkinut vuonna 2007 alkoholin kulutuksen yhteyttä masennusoireisiin. Alkoholin suurkulutus ja masennus ovat yksi suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista Suomessa ja niiden yhteydestä on raportoitu useissa tutkimuksissa. Tutkimuksen mukaan masennus ja alkoholin kulutus eivät ole lineaarisesti täysin yhteydessä toisiinsa. Kuitenkin mitä suurempaa alkoholin kulutus oli, sitä merkittävimpiä olivat masennusoireet. Iällä, sukupuolella, perhetilanteella ja työllisyystilanteella oli merkittävä yhteys sekä masennukseen että alkoholin suurkulutukseen. Suurin alkoholin suurkuluttaja ja masentuneiden ryhmä olivat 30-39-vuotiaat työttömät miehet, jotka asuvat ydinperheissä ja ovat tyytymättömiä parisuhteensa tilanteeseen. Tällä ryhmällä oli havaittavissa selkeästi, että masennusoireiden lisääntyessä myös alkoholin kulutus lisääntyi (Väänänen 2007.)

Tarkasteltaessa diakonian kirjallisuutta ja artikkeleita mielenterveyden kysymyksiin ei niinkään puututa tällä nimellä vaan mielenterveydelliset ongelmat kuvataan vaikeutena jaksaa elämässä eteenpäin. Jaksamisongelmia aiheuttavat työttömyyteen, ylivelkaantumiseen ja taloudellisiin vaikeuksiin, alkoholin liikkakäyttöön sekä muihin perheongelmiin liittyvät tekijät. Työttömyyden tuoma toimeettomuus ja taloudelliset vaikeudet kiristävät ihmissuhteita perheissä eikä yhteiskunnallisesta avusta ole välttämättä takeita. Taloudelliset vaikeudet vaikuttavat pitkäaikaistyöttömien, yksinäisten, yksinhuoltajien ja nuorien psyykkisen hyvinvoinnin laskuun (Riisö 2004; Ervasti 2003.)

Kansaneläkelaitos on teettänyt tutkimuksen, jossa vertaillaan Suomessa kansaneläkelaitoksen myöntämää psykoterapiakuntoutusta saavien miesten ja naisten päädiagnooseja. Tutkituista naisista (1 425 kappaletta) psykoterapian päädiagnoosina oli masennus (40,8 %), kun taas vastaava luku tutkituilla miehillä (685 kappaletta) oli 27,0. Naisilla neuroosit olivat psykoterapian diagnoosina 32,6 prosentilla, kun taas psykoterapiassa miehistä 26,3 prosenttia kärsi neurooseista. Kuitenkin lapsuus- ja nuoruusiän käytös- ja tunnehäiriöiden takia psykoterapiassa kävi miehistä 23,8 prosenttia, naisista vastaavista

ongelmista kärsi vain 6,5 prosenttia. Muiden mielenterveysongelmien diagnoosit jakautuivat niin, että miehille asetettiin jokin muu mielenterveysongelman diagnoosi 22,9 prosentille, naisille vastaavia muita diagnooseja asetettiin 20,0 prosentille (Kansaneläkelaitos 2009.)

Erityisesti nuorten lisääntyvistä mielenterveysongelmista ja psyykenlääkkeiden käytöstä ollaan huolissaan. Kansaneläkelaitos on teettänyt myös toisen tutkimuksen, jossa selvitettiin alle 27-vuotiaiden miesten ja naisten psyykenlääkkeiden käyttöä avohoidon piirissä 2000-luvulla. Nuorten ja nuorten aikuisten psyykinen oireilu lisääntyy iän myötä ja usein apua haetaan somaattista syistä enemmän kuin mielenterveysongelman takia. Nuorten psykiatrisen hoidon tarve on osoittautunut tutkimuksen mukaan hoitoresurseja suuremmaksi. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön mukaan mielenterveyspalvelujen kysyntä on kasvanut vuosina 2000-2005 jopa 43% ja kysyntä kasvaa edelleen. Tutkimuksen mukaan vuonna 1997 ainakin yhtä psyykenlääkettä käytti 11,6 tuhannesta, kun vastaava luku 2007 oli 33,8, joten käyttäjien määrä lähes kolminkertaistui kymmenessä vuodessa. Vuonna 1997 lääkkeen ostokertoja oli enemmän kuin yksi 63,2 prosentilla kun taas vuonna 2007 vastaava osuus oli 74 prosenttia. Tutkimuksen mukaan eri lääkeriivistä masennuslääkkeiden käyttö on yleisintä, ja niiden käyttö kasvaa tasaisesti koko ajan. Vuonna 1997 masennuslääkkeitä käytti 5,4 tuhannesta, kun taas vuonna 2007 osuus oli 18,8 tuhannesta. Nuoret naiset käyttävät masennuslääkkeitä kaksi kertaa useammin kuin nuoret miehet, kun taas pojat ja nuoret miehet käyttävät ADHD-lääkkeitä ja psykoosilääkkeitä useammin kuin tytöt ja nuoret naiset (Autti-Rämö, Seppänen, Raitasalo, Martikainen & Sourander 2009. 477-482.)

3. DIAKONIAN MÄÄRITELMIÄ JA DIAKONIATYÖN MAHDOLLISUUDET MIELENTERVEYSASIAKKAAN AUTTAMISESSA

Diakonia on ihmisen kokonaisvaltaista auttamista ja palvelemista. Diakonian erityisenä kohteena ovat ne ihmiset ja ihmisryhmät, jotka jäävät muun avun ulkopuolelle. Ihmiset, joita diakoniatyössä kohdataan, ovat usein moniongelmaisia. elämässä voi olla työttömyyttä, taloudellisia vaikeuksia, mielenterveys- ja päihdeongelmia sekä erilaisia ihmishuoneongelmia. Helosvuoren, Koskenvesan & Niemelän (2002) teoksen mukaan diakoniaa ei voida määritellä Raamatun tekstillä. Diakoniasta viitataan usein rakkauden kaksoiskäskyyn, vertaukseen laupiaasta samarialaisesta tai yhteydessä apostolien tekojen kertomukseen diakonien asettamisesta. Kuitenkin Jeesuksen koko toimintaa voidaan tarkastella diakonian silmin. Jumalan nöyrä palvelu, köyhien ja hätää kärsivien ystävänä oleminen ja sairaiden parantaminen ovat tärkeitä suunnan antajia diakoniatyölle, samoin kuin alkuseurakunnan malli jakavana ja huolta pitävänä yhteisönä. Ryökkään tekemässä tutkimuksessa 77% diakoniatyöntekijöistä oli sitä mieltä, että diakoniatyötä tehdään koska Jeesus antoi esimerkin rakastaa lähimmäistä (Hakala 2007, 231, Ryökäs 1990, 45 Helosvuori, Koskenvesa, Niemelä & Veikkola 2002, 107..)

Diakonia on lähimmäisrakkauteen perustuvaa palvelemista. Kirkkolaki määrittelee diakonian olevan Jumalan sanan julistamista, sakramenttien jakamista ja kristillisen sanoman levittämistä sekä lähimmäisenrakkauden toteuttamista, joka kuuluu jokaiselle seurakunnan jäsenelle. diakonia on kristilliseen rakkauteen perustuvaa avun antamista erityisesti niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muuten auteta (Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a.)

Myllylän mukaan diakoninen hoitotyö perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen ja kristillisiin arvoihin. Tavoitteena on kokonaisvaltainen palveleminen. Diakoninen hoitotyö on pelkkää hoitotyötä laajempi käsite. Diakoninen hoitotyö tarkoittaa ihmisen kohtaamista jakamattomana sieluna, henkenä ja ruumiina. Diakonisessa hoitotyössä sovelletaan niin

hoitotieteen kuin teologiankin tietoa ja sitä tekee hoitotyöhön kouluttautuneet ihmiset hoitotyön tai seurakunnan ympäristössä (Myllylä 2000 ja 2004.)

Diakoniatyön tarkoitus on poistaa hätää ja lievittää kärsimyksiä. Yksilöllisellä diakonialla tarkoitetaan sielunhoitoa, ihmisen kokonaisvaltaista tukemista, kotikäyntejä, kuuntelua ja taloudellista auttamista. Ryhmissä diakonia tapahtuu diakoniapiireissä, päihde- ja mielenterveystukiryhmissä, kriisiryhmissä, sururyhmissä ja ryhmissä joissa on muuta vertaistukea. Diakonian tulee vaikuttaa myös yhteiskunnallisesti niin, että epäkohtiin jotka aiheuttavat kärsimystä puututaan julkisesti. Kansainvälinen diakonia menee niiden luokse jotka ovat nälässä tai puutteessa lähetystyön muodossa edistämään kansainvälistä solidaarisuutta (Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a.)

Diakoniatyöntekijän tehtävä on tukea ihmistä kokonaisvaltaisesti. Spiritualiteetillä on ihmiseen suuri vaikutus ja diakoniatyöntekijän tulee ottaa myös ihmisen spiritualiteetti huomioon. Diakoniatyöntekijöiden ammatillinen osaaminen ilmenee tutkimusten mukaan erityisesti taidossa kohdata toinen ihminen (Kotisalo 2005; Rask, Kainulainen, & Pasanen 2003.)

Diakonia on muutakin kuin hengellistä ja henkistä auttamista. Se on kuuntelua ja läsnäoloa. Diakonian piiriin kuuluu myös taloudellinen auttaminen. Iivarin ja Karjalaisen tekemän tutkimuksen mukaan suurin osa diakonian asiakkaista tarvitsee myös taloudellista apua. Usealla ihmisellä on perusturvana vain esimerkiksi työttömyyskorvaus tai toimeentulotuki. Tutkimus kritisoi yhteiskunnan piittaamattomuutta ja perusturvan puuttumista. Toisaalta diakonian piiriin kuuluvilla asiakkailla on usein elämänhallinnallisia ongelmia, jotka tulisi ratkaista ennen työttömyyttä (Iivari & Karjalainen 1999; Rintatalo 2000) Jos perusturva puuttuu ja taloudellisesti on erittäin tiukkaa, aiheuttaa se jokaisessa ihmisessä stressireaktion. Tällä voi olla osuus myös mielenterveydellisiin ongelmiin ja alkoholin liikakäyttöön.

Åstrandin tutkimuksessa diakoniatyöntekijät arvioivat yhteiskunnan hädän aiheuttajaksi työttömyyden, taloudelliset ongelmat, syrjäytyneisyyden ja alistuneisuuden toivotonmuuden, tarkoituksettomuuden (39% vastanneista) ja tulevaisuuden pelon. Diakonian asiakkailla oli havaittu mielenterveyden ongelmia, joita toi esille ainakin 86% työntekijöistä. Asiakkaiden syrjäytyneisyyden ja alistuneisuuden koki ongelmaksi 9-10 % vas-

tanneista diakoniatyöntekijöistä. Lisäksi on todettu, että psyykkisiä ongelmia omaavilla on suurempi riski syrjäymiseen muuhun väestöön verrattuna (Åstrand 1995, Kainulainen 2002.)

Malkavaaran mukaan hyvinvointivaltion rakentuessa diakonisojen asema terveydenhuollon ammattilaisena vähentyi. Sairaanhoidolliset tehtävät loppuivat ja diakoniatyöntekijät alkoivat antaa asiakkailleen apua ja tukea henkisissä asioissa. Tämä kehitys näkyy edelleenkin. Diakonia tapahtuu vastaanotoilla yksilöllisesti tai ryhmässä keskusteluna, rukoiluna tai rahallisen avun antamisena. Sairaanhoidollisia töitä ei juurikaan ole (Malkavaara 2002.)

Rättyä (2004) on tutkinut diakoniatyöntekijöiden työssä jaksamista. Hänen tutkimuksensa osoitti, että diakoniatyöntekijät ovat motivoituneita työhönsä ja osaksi tätä motivaatiota koettiin se, että diakoniatyössä kohdataan ihmisiä intensiivisesti sekä tuetaan heitä kokonaisvaltaisesti. Motivaatiota lisäsi myös työn kokeminen palkitsevaksi. Diakoniatyö on tutkimuksen mukaan kokonaisvaltaista tukemista ja hädän ehkäisemistä sekä ammattitaitoista auttamista. Rättyä (1998) on tutkinut myös diakoniatyöntekijöiden asiakkaiden tuen ja avun saamista. Tutkimuksessaan hän luokittelee avun ja tuen tarvetta aiheuttaviksi tekijöiksi muun muassa terveyttä uhkaavat tekijät sekä hengelliset, taloudelliset ja sosiaaliset vaikeudet. Asiakkaiden saama apu ja diakoniatyöntekijöiden antama tuki koettiin tutkimuksen mukaan emotionaaliseksi, henkiseksi ja instrumentaaliseksi (Rättyä 2004; Rättyä 1998.)

3.1. Sielunhoito ja hengellisyys osana mielenterveyttä ja sen tukemista

Uskonnollisuus voi tyydyttää ihmisessä monenlaisia tarpeita. Se voi tarkoittaa jollekin elämän perimmäistä tarkoitusta ja tyydyttää siten kognitiivisia ja älyllisiä tarpeita. Joku kokee uskonnollisuudessa tärkeäksi sen lohduttavan ja turvallisen ulottuvuuden, jolloin voidaan puhua emotionaalisen tarpeen tyydyttämisestä. Toisaalta uskonnollisuus voi vastata myös sosiaalisiin tarpeisiin jos kokee uskonnollisuuden tukevan yhteenkuuluvaisuutta. Uskonnollisuutta on käytetty myös poliittisiin motiiveihin kuten sotaan toista uskontoa tai yhteiskuntaa vastaan (Wikström 2000.)

Terveydenhuollon työntekijä joutuu ottamaan huomioon yksilön hengellisyyden ja uskon hoitotyössä. Maailmankatsomuksellisia asioita ei voida passiivisesti sivuuttaa, sillä työntekijä on aina suhteessa asiakkaan esiin tuomiin asioihin. Yhteistyössä on itsestään selvää, että asiakkaan vakaumuksia kunnioitetaan, mutta samalla työntekijän tulee suhtautua asiakkaan vakaumuksiin neutraalisti. Maailmankatsomuksellisten asioiden nousussa keskustelussa esille myös työntekijän omalla suhtautumisella hengellisiin asioihin on paljon vaikutusta (Kiviniemi ym. 2007.)

Diakoniaa ja spiritualiteetin sekä uskonnollisen vakaumuksen vahvistamista tulee pohtia hoitotyön näkökulmasta. Ehmanin ym. (1999) tekemän tutkimuksen mukaan suuri osa osastolla hoidettavista potilaista uskoo, että rukouksella tai muulla uskonnollisella tai hengellisellä tukemisella voidaan saada aikaan parantavia kokemuksia. Tämä on verrattavissa myös mielenterveystyöhön. Michelle Wensley kirjoittaa (2006) ihmisen spirituaalisesta hoitamisesta sairaanhoitajan näkökulmasta. Hänen mukaansa hoitaja sivuuttaa liian usein potilaan hengellisen ja henkisen tarpeen keskittyessään pelkästään fyysiseen hoitamiseen. Henkisten tarpeiden hoitamisen ajatellaan usein kuuluvan vain diakonian ja esimerkiksi sairaalapastorin työnkuvaan. Wensley pohtiikin sairaanhoitajan koulutusta: olisiko hyvä ottaa koulutuksessa huomioon henkisten tarpeiden tukeminen. Wensley kuitenkin korostaa että ihmisen henkisyys mukaan ottaminen hoitoon on äärimmäisen tärkeää ja pelkällä läsnäololla ja kuuntelulla voidaan tukea potilaan henkisiä tarpeita. Toisessa Cottonin ym. (2009) julkaistussa tutkimuksessa painotettiin, että sairaudesta kärsivä ihminen ja terve ihminen kokevat hengellisen minänsä varsin hyvänä, mutta sairauden iskiessä hengellisten ja henkisten tarpeiden huomioonottaminen ja pohtiminen vahvistuu (Ehman, Short, Ciampa & Hansen-Flaschen 1999; Wensley 2006; Cotton ym. 2009.)

Spiritualiteetillä ja uskonnollisella vakaumuksella ajatellaan olevan parantava vaikutus ihmiseen hädän ja sairauden keskellä. Spiritualiteetillä ei tarkoiteta ihmisen uskonnollisuutta, vaan spiritualiteetti on ihmisen syvää kokemusta maailmasta ja hänen osastaan siinä. Spiritualiteetti on jokaisen ihmisen maailmankatsomuksellinen vakaumus. Tarkastelemalla ja pohdiskelemalla elämän tarkoitusta jokainen selviää omalla tavallaan menetyksistä ja elämän vaikeuksista vakaumuksestaan riippuen (Timms 2006.)

Uskonnolla, spiritualiteetillä ja lääketieteellä on aina ollut toisiinsa epäselvä suhde. Lääketieteen ja ihmisen hengellisyyden ymmärtämisen suhde on lähentynyt kun niitä on tutkittu osana ihmisen sairautta ja parantumista. Tutkimuksin on pystytty osoittamaan, että ihmisen kokonaisvaltaisella tukemisella on päästy hyviin tuloksiin sairastuneen auttamisessa (Sloan & Eaggiella 1999.)

Yksi tärkeä näkökulma mielenterveyteen ja yksilön spiritualiteettiin on sielunhoito. Sielunhoito on 'hoidettavan' ja 'hoitajan' välinen parantava keskustelu tai tilanne. Sielunhoito, kuten terapiakin, ei ole tiukkoihin sääntöihin sitoutuvaa eikä se etene tietyn kaavan mukaan, vaan siinä on kysymys ainutkertaisesta vuorovaikutuksesta. Sielunhoitoon kuuluu hyvin samantapaisia vaiheita kuin terapiaankin. Sielunhoito kohdistuu kaikkeen siihen, mitä apua tarvitseva kokee vaikeaksi elämässään tai kaikkeen siihen, mikä painaa mieltä. Ojansen mukaan on tärkeää, että auttaja luo autettavaan toivoa. Oleellista on ahdistuksen lievittäminen, avoimuuteen kannustaminen, ongelmien jäsentäminen, ydinongelman määrittäminen, vahvuuksien kirjaaminen ja löytäminen, sosiaalisen verkoston hyödyntäminen, toimintasuunnitelman tekeminen, ja suunnitelmien toimeenpano sekä yhteyden varmistaminen ja seuranta, tarkoittaen sitä, että auttaja seuraa kuinka autettava pärjää (Ojanen 1998.)

Suomen evankelisluterilainen kirkko määrittelee sielunhoidon laajasti. Sielunhoito käsittää pappien ja diakoniatyöntekijöiden käymät sielunhoidolliset keskustelut, sururyhmät, hiljaisuuden retriitit ja hengellisen ohjauksen. Lisäksi määrittäminen ulottuu palvelemaan puhelimeen, perheneuvontaan, perhekasvatukseen, seurakuntien perhetyöhön ja sairaalasielunhoitoon. Tavoitteena on hengellisen tuen tarjoaminen. Diakoninen sielunhoito koetaan tärkeäksi koska se kumpuaa suoraan Jeesuksen lähimmäisenrakkauden periaatteista, mutta samalla se voi olla haasteellista ja moniulotteista. Diakoniatyöntekijä ei ole vain tietyn alan asiantuntija, vaan he ottavat työssään huomioon asiakkaan kaikki tarpeet. Samalla diakoniatyöntekijä säilyttää kosketuksen ihmisyyden moninaisuuteen, koska he tapaavat työssään paljon erilaisia ihmisiä (Kiiski 2009.)

Sielunhoito on monella tasolla tapahtuvaa kohtaamista. Osapuolet kohtaavat toisensa ja ihminen kohtaa itsensä sekä tarkastelee omaa elämäntilannettaan. Jumala on läsnä pienen ryhmän tai kahden ihmisen kohtaamisessa. Kohtaaminen haastaa hoitajan tarkastelemaan omaa hengellistä ajatteluaan. Autettaessa toista ihmistä on tärkeää pohtia ja ha-

vainnoida elämän erilaisia kysymyksiä ja niiden tulkintoja. Työntekijä ei ole pääosassa, vaan ihminen jonka elämäntarinaa yhdessä pohditaan ja käydään läpi. Sielunhoitajan apua hakeva ihminen haluaa pohtia yhdessä elämäntilannettaan ja löytää siihen uusia näkökulmia. Asiakasta tulee ymmärtää hänen kulttuuristaan ja elämäntulkinnastaan käsin. Sielunhoidon aikana tehdyt ratkaisut perustuvat kokemuksen uusille näkökulmille ja tulkinnoille, joita yhdessä tehdään. Sielunhoitoa voidaan pitää myös eräänlaisena vuoropuheluna Jumalan kanssa (Gothóni 2007.)

Eeva kertoo vuonna 2006 ilmestyneessä artikkelissaan, että yksinäisille työikäisille ei vielä löydy suoraa palvelua diakonian piirissä. Hän korostaa, että yksinelävät työikäiset ovat kuitenkin sosiaaliavun ja mielenterveyspalveluiden suurkuluttajia. Diakonian perhe-lapsi- ja vanhuskeskeisyys on saanut työikäiset yksinäiset ihmiset tippumaan avun väliin (Eeva 2006, 30-31.)

3.2. Mielenterveys- ja diakoniapalvelut Oulun seudulla

Oulun seudulla mielenterveystyön kirjo ulottuu ennaltaehkäisevästä työstä korjaaviin palveluihin ja kuntouttavaan työhön asti. Kehittämisen kohteena on varsinkin ennalta ehkäisevä työ eli mielenterveystyö joka suuntautuu alle 21-vuotiaiden mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn. Kehityksen kohteena on ollut myös kaupungin mielenterveystyön ja eri palveluntuottajien yhteistyön parantaminen. Oulun mielenterveystyöpalveluiden anti on kirjavaa sisältäen tukiasumista, keskusteluapua, kriisiapua, avohuoltoa ja osastohoitoa (Olli & Halonen 2008.)

Oulun psykiatrinen avo- ja laitoshoido toteutetaan pääosin omana toimintana. Aikuisen kohdalla toimijana on mielenterveyskeskus. Lasten psykiatria tapahtuu lähinnä avoimesti muun muassa perheneuvoloissa. Nuorisopsykiatrian palvelut ovat sekä avo- että osastotasolla. Päihdepalvelut, kuten esimerkiksi Redi 64 ja A- klinikka luokitellaan osaksi mielenterveyspalveluita. Mielenterveyspalveluita on mahdollisuus käyttää puhelimitse (esimerkiksi kriisipuhelin). Erään tilastotutkimuksen mukaan kuvattuna Oulussa esiintyy mielenterveyden ongelmia ja käyttäytymishäiriöitä 10 % vähemmän kuin valtakunnassa keskimäärin. Saman tutkimuksen mukaan alkoholiperäisten sairauksien ja alkoholimyrkytyksien esiintyvyys Oulun seudulla on 20% vähemmän kuin valtakunnal-

lisesti (Oulun seudun sosiaali- ja terveystoimen TITUS- hanke 2006-2008. Oulun kaupunki)

Tästä huolimatta mielenterveyspalvelut ovat Oulussa ruuhkautuneet ja mielenterveyspalveluiden painopiste on avohoidossa. Maamme kymmenen suurimman kaupungin psykiatristen paikkojen käyttöä vertailtaessa Oulussa käyttö on vähäisintä ja toiminta on avohoitokeskeistä. Lasten ja nuorten palveluihin on panostettu muun muassa lisäämällä henkilökunnan koulutusta ja panostamalla varhaiseen vuorovaikutukseen. Koska psykiatrisen työn kapasiteetti ei ole kasvanut, ennaltaehkäisevään työhön ei voida panostaa niin paljon kuin haluttaisiin eikä sitä voida tehdä riittävästi. Tämän takia moniongelmaisista asiakkaista on tullut väliinpuotoajia (Oulun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 2004.)

Oulun kaupunki on luonut mielenterveystyön kokonaissuunnitelman ja mielenterveysvision 2011, jonka mukaan mielenterveyspalveluita pyritään kehittämään. Tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveystoimen palveluja ja edistää mielenterveyttä. Kaupunki tukee monipuolisilla ja oikein kohdennetuilla palveluilla asukkaiden elämänhallintaa. Asukkaiden tarpeet ohjaavat kaupungin toimintaa. Mielenterveystyön tulisi vastata myös ajan-kohtaisia ja valtakunnallisia laatusuosituksia. Sosiaali- ja terveystoimen sektoreiden väliseen yhteistyöhön ja sen joustavuuteen ja toimivuuteen kiinnitetään huomiota (Oulun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 2004.)

Oulun kaupungin mielenterveystyön suunnitelman mukaan olisi tärkeää keskittyä pitkäaikaisten haittojen lievittämiseen. Työttömyyden, toimeentulovaikeuksien, päihteiden ongelmakäytön ja rikollisuuden kierteiden katkaiseminen on tärkeää ja se vaikuttaa ihmisten elämäntilanteiden suotuisaan kehittymiseen. Palveluilla tulee tukea elämän jatkuvuutta ja kannustaa itsenäiseen suoriutumiseen. Syrjäytymisvaarassa olevien väestöryhmien elämän kohentaminen edellyttää koulutusta ja signaalien tunnistamista sekä avainryhmien, kuten pitkäaikaistyöttömien ja mielenterveysongelmista kärsivien sosiaali- ja terveystoimen palveluihin panostusta. Suunnitelmassa on myös tiivistää yhteistyötä seurakuntien työntekijöiden ja kolmannen sektorin työntekijöiden kanssa. Lisäksi varoja keskitetään vertaistuki toimintaan, kriisityöhön ja kuntoutukseen (Oulun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi 2004.)

Oulun seurakuntayhtymään kuuluu neljä seurakuntaa: Tuiran seurakunta, Oulujoen seurakunta, Karjasillan seurakunta ja Oulun tuomiokirkkoseurakunta. Oulun seurakuntayhtymän internetsivun mukaan yli 80 prosenttia oululaisista kuuluu kirkkoon. Sivulla kuvataan seurakunnan toimintaa ja tehtävää. Seurakuntien toiminta muodostuu jumalanpalveluksien pitämisestä, kasteen toimittamisesta ja ehtoollisen jakamisesta sekä muiden kirkon toimitusten, kuten avioliittoon vihkimisen ja hautaan siunaamisen hoitamisesta. Lisäksi seurakunnan tehtäviin kuuluu lapsi- ja nuorisotyötä, sielunhoitoa, diakoniatyötä, lähetystyötä ja muita kristilliseen sanomaan perustuvia tehtäviä (www.oulunseurakunnat.fi i.a.)

Mielenterveystyötä diakoniassa pyritään tekemään eri piireissä ja kerhoissa. Vammais-päihde-kriminaali tai perusdiakonian piiriin kuuluu sekä naisia että miehiä joiden mielenterveys on saattanut järkkyyä. Tarjoamalla keskusteluapua eri kerhojen ja kokousten muodossa diakoniatyöntekijät pyrkivät tukemaan jokaisen läsnäolijan mielenterveyttä. Oulun seurakuntayhtymän alueella on niin sanottuja ”yleisdiakoniatyöntekijöitä” seurakunnan piirissä sekä vammais-päihde- ja kriminaalidiakoniatyöntekijöitä (www.evl.fi Oulun seurakuntayhtymä i.a.)

Diakoniatyössä otetaan huomioon myös omaiset ja läheiset. Päihde- ja kriminaalityöntekijät vierailevat Oulun ja Pelson vankiloissa ja tukevat vankilasta vapautuvia löytämään paikkansa yhteiskunnassa. Erityisdiakonian tiimi palvelee Oulun seurakuntia diakoniaministeriön vapaaehtoistoiminnan ja Palvelevan puhelimen sekä diakoniatyön yhteisten tehtävien hoitamisen kautta. Työntekijät kohtaavat ihmisiä henkilökohtaisesti vastaanotoilla ja kotikäynneillä. Tapaamisen syynä voi olla yksinäisyys, työttömyys, oma tai lähiomaisen sairastuminen, päihdeongelma tai taloudellinen ongelma. Tapaamisessa voidaan käsitellä myös ihmissuhdeongelmia. Tapaamiseen voi liittyä keskustelun lisäksi ohjausta tai neuvontaa sekä taloudellista tukea, sielunhoitoa tai rukousta. Diakoniaministeriön ryhmätoiminta tarjoaa vertaistukea, hengellistä hoitoa ja virkistymistä esimerkiksi erilaisten leirien, retkien ja juhlien muodossa. Diakoniaministeriön vapaaehtoistyön toiminta on tärkeää. Vapaaehtoiset ovat mukana leireillä, ryhmissä tai retkillä tai ovat järjestelyissä mukana. Yhteistyötä tehdään myös eri järjestöjen ja Oulun kaupungin sosiaali- ja terveysministeriön kanssa (www.oulunseurakunnat.fi i.a.)

4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla diakoniatyöntekijöiden kokemia haasteita mielenterveystyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa välineitä diakoniatyöntekijöiden tekemään mielenterveystyöhön ja sen kehittämiseen. Tehtävänä on saada selvyys siihen, tarvitaanko erityisdiakonian piiriin esimerkiksi lisää mielenterveysryhmiä tai tarvitsevatko diakoniatyöntekijät lisäkoulutusta mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kohtaamiseen. Opinnäytetyötä voidaan myöhemmin käyttää seurakunnan mielenterveystyön suunnittelemisessa ja kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Minkälaista toimintaa mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaalle tarjotaan diakoniatyössä?
2. Minkälaisia haasteita mielenterveystyö tuo diakoniatyöntekijälle?
3. Millä tavalla mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille tarjottavaa toimintaa ja diakoniatyötä voidaan kehittää?

5. TUTKIMUSMENETELMÄT JA OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus mielletään usein ei-numeraaliseksi tutkimukseksi, jonka tutkimustulokset esitetään sanojin ja lausein eikä esimerkiksi prosentuaalisesti. Aineisto koostuu haastatteluista havainnoimalla kerätystä materiaalista tai tutkimalla omaelämäkertoista, kirjeistä tai muusta kirjallisesta aineistosta. Laadullisen tutkimuksen peruspiirteinä on myös se, että aineiston analyysia tehdään yhtäaikaaisesti aineiston keruun kanssa (Eskola & Suoranta 1998; Hirsijärvi & Hurme 2004.)

Valitsin laadullisen tutkimustavan, koska halusin etsiä vastaukset tutkimuskysymyksiini haastatteluiden avulla ja toisaalta myös esittää tutkimustulokset lausein enkä numeroin. Mielestäni kvalitatiivinen tutkimustapa sopi tähän opinnäytetyöhön kvantitatiivista paremmin. Halusin haastatella muutamaa diakoniatyöntekijää Oulun seurakunnista sen sijaan, että olisin lähettänyt esimerkiksi kyselylomakkeet sähköpostilla useammalle diakoniatyöntekijälle. Haastatteluissa saattoi tulla esiin asioita, joita ei välttämättä pelkästään kyselylomakkeeseen vastaamalla olisi tullut esille. Lisäksi haastatteluiden aukikirjoittaminen ja tyypittely sekä tulosten esittäminen suorien lainausten avulla on kuvavampaa kuin tulosten esittäminen kaavioiden tai prosenttien avulla.

Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, jonka aineisto kootaan todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa. Erilaiset laadulliset haastattelut kuuluvat kiinteästi kvalitatiiviseen tutkimukseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja heitä käsitellään ainutlaatuisina sekä aineistoa tulkitaan sen mukaisesti (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen perusteena ei ole teorian eikä oletuksen testaaminen vaan aineiston monimuotoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu ja tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia asioita. Tutkija ei määrää sitä, mikä on tärkeää (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

5.1. Tutkimusaineiston kerääminen

Haastattelin viittä diakoniatyöntekijää Oulun ev.lut. seurakuntayhtymässä. Haastattelut tehtiin marras- ja joulukuun 2009 aikana. Diakoniatyöntekijät olivat diakonissoja ja diakoneja. Osalla oli paljon työkokemusta ja osa oli valmistunut muutama vuosi sitten. Opinnäytetyön suunnitelman jätin johtavalle diakoniatyöntekijälle tiedoksi jo aikaisemmin. Hän kertoi opinnäytetyöstä eteenpäin. Kolme diakoniatyöntekijää oli yhteydessä sähköpostitse minuun koska he halusivat osallistua tutkimukseen heti kun olivat siitä johtavalta diakoniatyöntekijältä kuulleet. Lisäksi lähetin sähköpostia useammalle diakoniatyöntekijälle, jossa kerroin kuka olen ja mitä olen tutkimassa. Lisäksi liitin sähköpostiin haastattelukysymykset (liite 1). Kaksi viimeistä haastattelua sovittiin sähköpostiin vastanneiden kanssa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja diakoniatyöntekijän omasta kiinnostuksesta lähtevää. Haastattelut nauhoitettiin nauhurille ja haastattelutilanteessa haastattelukysymykset (liite 1) luettiin ääneen. Haastatteluiden lopuksi haastateltaville annettiin vielä mahdollisuus palata johonkin aikaisempaan kysymykseen tai kertomaan mielessä olevista asioista. Haastattelut tapahtuivat virka-aikana jokaisen haastatellun diakoniatyöntekijän seurakunnassa diakoniatyöntekijöiden työhuoneessa tai erikseen varatussa kokoustilassa.

Laadullisessa haastattelussa on muutama haastateltava, mutta tulokset ja aineisto ovat silti laajoja ja luotettavia. Aineiston runsaus johtuu haastattelutilanteen runsaasta ja syvästä dialogista, jonka seurauksena aineisto on rikasta. Aineiston analysointitapaa tulee miettiä jo haastatteluvaiheessa. Haastattelu on ainutkertainen menetelmä kerätä tietoa, koska siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tämä tuo tiettyä joustavuutta aineistonkeruussa. Haastattelu mahdollistaa myös havainnoinnin ja epäselviksi jääneitä asioita voidaan haastattelun edetessä selventää ja ottaa uudelleen esille (Hirsijärvi & Hurme 2004; Hirsijärvi ym. 2007, 191-192)

Arkikeskustelussa noudatetaan tiettyjä sääntöjä: kysymystä seuraa vastaus ja meillä on näkemys siitä kenelle puheenvuoro kuuluu. Päälle ei puhuta ja niin edelleen. Tutkimus-haastattelussa on erityiset osallistujaroolit. Haastateltavalla on kaikki tieto, ja haastatte-

lija on tietämätön osapuoli. Haastattelija ohjaa keskustelua ja suuntaa sitä tiettyihin aihe-alueisiin (Ruusuvuori & Tiittula 2005.)

Haastattelukysymykset oli tehty ja jaoteltu vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Esimerkiksi liitteessä 1 ensimmäisen kohdan a) miten mielenterveysasiakkaan auttaminen näkyy työssänne ja b) minkälaista toimintaa ja apua tarjoatte mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaalle kysymykset vastaavat ensimmäiseen tutkimuskysymykseen (minkälaista toimintaa mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaalle tarjotaan diakoniatyössä). Kun taas haastattelukysymysten toinen kohta kysymykset a) Minkälaisia haasteita mielenterveysongelmista kärsivä asiakas tuo työllenne ja vuorovaikutustilanteeseen ja b) Onko mielestänne joitakin tiettyjä ikä- tai yhteiskuntaryhmiä, jotka koette erityisen haasteelliseksi diakoniatyössä mielenterveystyön näkökulmasta, vastaavat toiseen tutkimuskysymykseen (Minkälaisia haasteita mielenterveystyö tuo diakoniatyöntekijälle). Samalla tavalla voidaan tarkastella tutkimuskysymysten ja haastatteluiden kolmatta kohtaa.

5.2. Aineiston analyysi

Haastattelujen päätteeksi haastattelut purettiin tietokoneelle ja kirjoitettiin sana sanalta. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä teemoittaen ja tyypittäen. Tutkimustehtävien perusteella luotiin aineistosta yhdistäviä luokituksia muodostaen ylä- ja alaluokkia (liite 2). Esimerkiksi tutkimustehtävien perusteella luotiin luokka mielenterveysasiakkaalle tarjottu tuki. Haastatteluiden ja diakoniatyöntekijän vastauksen perusteella luotiin yläluokka, joka vastasi tähän kysymykseen:

”määrällisesti eniten on ehkä avustusasiakkaat eli ne asiakkaat jotka tulee tänne diakonissan vastaanotolle...”

Tämänkaltaisten vastausten perusteella luotiin yläluokka henkilökohtaiset tapaamiset. Tapaamisten alaluokat luotiin niistä asioista, mitä diakoniatyöntekijät ottivat esiin puhuttaessa henkilökohtaisen tapaamisen muodoista (liite 2). Esimerkiksi alaluokka kotikäynnit luotiin tämän vastauksen perusteella:

”...Ja sitten on näitä kotikäyntejä mielenterveyskuntoutujien luona, että ihan on tämmösiä sanotaanko vakipaikkoja joissa käyn aina, että ei voi ajatellakkaan että se jossain vaiheessa loppus se avun tarve, että valitettavasti ne on niin kroonikoita että ei ne siitä sairaudestaan koskaan parane...”

Laadullista analyysia voidaan jaotella seuraavasti: analyysi alkaa jo haastattelutilanteessa, jolloin haastattelijä voi havainnoida syntyviä ilmiöitä. Toiseksi aineisto analysoidaan aineiston kontekstissa jolloin se säilyttää kvalitatiivisen tutkimuksen sanallisen muodon. Kolmanneksi tutkija käyttää joko induktiivista tai abduktiivista päättelyä. Induktiivisessä päättelyssä keskeistä on aineistoläheisyys kun taas abduktiivisessa päättelyssä tutkijalla on valmiina jokin idea, jota pyrkii todentamaan. Laadullisessa analyysissä on paljon erilaisia työtekniikoita ja aloitteleva tutkija voikin oppia lukemalla jo tehtyjä tutkimuksia tai kehittämällä uusia analyysitapoja (Hirsijärvi & Hurme 2004.)

Laadullisen tutkimuksen tuloksia voidaan esittää myös tilastollisesti, mutta usein laadullisen tutkimuksen analyysimenetelminä käytetään teemoittelua, tyypittelyä, sisällönerittelyä, diskurssianalyysia ja keskusteluanalyysia. Laadullisen tutkimuksen analysoinnin haasteena on usein aineiston runsaus ja elämänläheisyys (Hirsijärvi & Hurme 1995, 219-220.)

Analyysin loppuvaiheessa selviää minkälaisia vastauksia on saatu tutkimuskysymyksiin. Joskus voi käydä niin, että tutkija huomaa tässä vaiheessa, että tutkimusongelmat ja asiat olisi pitänyt asetella jotenkin toisin. Tallennettu aineisto kirjoitetaan puhtaaksi sanatarkasti eli litteroidaan. Tutkimuksen analyysivaiheessa on joskus vaikea luoda rajaa sille milloin analyysiin ryhdytään. Yleensä ajatellaan, että analyysi tapahtuu aineiston keruun jälkeen. Näin voi toki ollakin, jos kyseessä on esimerkiksi lomakkeet, mutta haastattelu ja havainnointimenetelmällä aineiston analyysiä tehdään pitkin matkaa. Tutkimus ei ole vielä analyysivaiheenkaan jälkeen valmis, vaan tulokset täytyy jollakin tavalla esittää ja selittää eli aineisto on tulkittava. Tuloksista laaditaan synteesejä, jotka antavat vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Johtopäätökset perustuvat näihin synteeseihin. Tutkijan on pohdittava myös mikä on tulosten merkitys tutkimusalueella ja mikä laajempi merkitys tuloksilla on (Hirsijärvi ym. 2007.)

6. TULOKSET

Diakoniatyöntekijät tapasivat mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita vastaanotoilla, ryhmissä ja kotikäynneillä. Mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita kävi seurakunnan ryhmissä, leireillä ja kerhoissa. Yhteistyötä tehtiin paljon muiden mielenterveystyön tahojen kanssa. Mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat toivat monenlaisia haasteita diakoniatyölle. Henkilökohtaiset tapaamiset olivat haasteellisia, koska mielenterveysongelma loi haasteita kohtaamiseen. Diakoniatyöntekijät olivat huolissaan myös omasta turvallisuudestaan ja nuorista. Haasteista koettiin selviytyvän tutustumalla kirjallisuuteen ja osallistumalla lisäkoulutuksiin. Mielenterveystyötä haluttiin kehittää järjestämällä lisäkoulutuksia ja lisäämällä mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille suunnattua ryhmätoimintaa.

6.1. Mielenterveysasiakkaalle tarjottu toiminta ja tuki diakoniatyössä yhteistyössä muiden mielenterveystyön toimijoiden kanssa

Tulosten mukaan jokaisessa seurakunnassa oli nimetty mielenterveystyön tekijä, mutta mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan auttaminen kuului kaikille diakoniatyöntekijöille ja mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita kohdattiin päivittäisessä työssä diakonian piirissä. Tämä tuli ilmi haastatteluvastausten perusteella

”...no mä kohtaan päivittäin työssäni kotikäynneillä ja puhelimitse ja erilaisissa ryhmissä, vastaanotolla ja tuolla kaupungillakin liikkeessä niin henkilöitä joilla on monen tasosta mielenterveysongelmaa...”

Haastattelujen pohjalta nousi selkeitä toiminnan muotoja, jotka voidaan jaotella henkilökohtaisiin tapaamisiin, seurakunnan tarjoamiin leireihin ja diakoniatyöntekijöiden vetämiin seurakunnan ryhmiin sekä yhteistyön merkitykseen eri tahojen kanssa.

6.1.1. Henkilökohtaiset tapaamiset

Suurin osa haastatteluissa esiin tulleista henkilökohtaisen tapaamisen muodoista tapahtui diakoniatyöntekijän vastaanotolla. Esiin nousi mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan rahallinen auttaminen, keskusteluapu ja myös toimiston ulkopuolella tapahtuvat kotikäynnit. Rahallisen auttamisen muotoja olivat muun muassa rahan antaminen laskuihin, vuokraan, ruokaan ja muihin kuluihin tai vaikkapa lääkkeisiin.

”...määrällisesti eniten on ehkä avustusasiakkaat eli ne asiakkaat jotka tulee tänne diakonissan vastaanotolle avustusasiakkaista suurin osa on tällöisiä mielenterveyskuntoutujia joilla on tietty toimeentulo. ensimmäisenä selvitetään se miksi he on tullu ja pyritään tietenki vastaamaan talouden kaaviontiin että miten he pärjää..”

Haastatteluissa kävi ilmi, että asiakas pyritään ottamaan vastaan kokonaisuutena. Asiakkaan tarpeisiin pyritään vastaamaan kokonaisvaltaisesti eikä ainoastaan vain antamalla rahallista apua. Tämä näkyy keskusteluna vastaanottotilanteessa. Diakoniatyöntekijät pyrkivät kartoittamaan asiakkaan kokonaisvaltaista tilannetta ja keskustelemaan mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kanssa, jos tälle oli tarvetta.

”... ja tietenki sitte aina arvioidaan siinä että olisiko tämä jonkun muunkin avun tarpeessa elikkä aina pyritään ajattelemaan se kokonaisuus sen taloudellisen avun ja tarpeenkin ohella. Ja tuota, miten se sit näkyy tässä työssä niin tuota jos sitä arvioi että onko tullu autetuksi vai ei niin kyllähän se tietenki näkyy se että jos pystyy kokonaisvaltaisesti auttamaan kerta kerralla ja tietenkään tietyillä mielenterveyskuntoutujilla tulot ei koskaan nouse ja näin, mutta että pystyy vastaamaan siihen että tilanne ei jatkuisi huonona. Pystyisi opettamaan rahan käsittelyä ja sitte ohjaamaan avun piiriin, että se on tärkeää myös. Ja sitte keskusteluita käydään...”

Vuorovaikutuksessa korostui ohjauksen merkitys. Diakoniatyöntekijän tehtävänä on arvioida mielenterveysasiakkaan tarpeita kokonaisvaltaisesti ja tarpeen mukaan ohjata asiakas myös muun avun piiriin.

Diakoniatyöntekijät kokivat kotikäynnit tärkeäksi mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan auttamismuodoksi. Mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat koettiin herkästi vetäytyviksi jolloin oli tärkeää tarjota heille toimintaa myös kotioloissa kotikäynnin tai yhteisen toiminnan avulla.

”...Ja sitten on näitä kotikäyntejä mielenterveyskuntoutujien luona, että ihan on tämmösiä sanotaanko vakipaikkoja joissa käyn aina, että ei voi ajatellakkaan että se jossain vaiheessa loppus se avun tarve, että valitettavasti ne on niin kroonikoita että ei ne siitä sairaudesta koskaan parane...”

Vastaajien mukaan aina ei kotikäyntejä voitu tehdä, jolloin auttaminen keskittyi puhelinkeskusteluihin tai auttamiseen tekstiviestien välityksellä.

”...puhelimet pidetään auki yölläkin. Mä pidän virkapuhelinta auki yölläkin ,et on mahdollisimman paljon tavoitettavissa, että se työaikamääritys on pyöreesti se 24 h. Ja on se ohje että puhelimen pitäis olla aina auki ja aina tavoitettavissa, kunhan ei oo virallinen vapaapäivä. Ja nyt syksyllä oon huomannu näitä yöllisiä puheluita. Nyt on paljon tota tekstiviestihommaa, ihmiset pistää paljon niitä ahdistuksen tunteita tekstiviestillä tulemaan että se on semmonen sopiva ilmasutapa. Eikä tarvii ees omaa ääntänsäkään paljastaa...”

6.1.2. Diakonian leirit ja ryhmät

Eräs keskeinen avun ja toiminnan muoto mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaalle olivat leirit ja erilaiset ryhmät. Seurakunnalla on tarjolla paljon erilaisia leirejä lapsille ja aikuisille. Lisäksi seurakunta tarjoaa erityisesti mielenterveysongelmista kärsiville omaa leiriä. Työttömien- ja päihteidenkäyttäjien leireillä on paljon mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita ja kriminaaliryöstöretkillä käy paljon mielenterveysongelmaisia.

”... on päihde ja kriminaalileirejä. Ja on noita työttömien retkiäkin tossa. Siellä on kans noita mielenterveysongelmista kärsiviä ja pitkäaikaistyöttömiä. Ja sitten on hyvin usein se alkoholiongelman...”

Seurakunnan erilainen ryhmätoiminta on diakoniatyöntekijöiden mielestä keskeisessä asemassa mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan auttamisessa. Jokaisessa seurakunnassa on erilaisia vertais- ja tukiryhmiä joko seurakunnan itsensä järjestämänä tai yhteistyössä muun mielenterveystyön tahon kanssa. Ryhmät ovat usein avoimia kaikille, joten myös muissa kuin mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaille suunnatuissa ryhmissä käy mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita. Haastatteluissa kävi ilmi, että mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille on suunnattu joitakin ryhmiä seurakunnissa, mutta niitä on vähän. Mielenterveystyötä kehitetään seurakunnissa jatkuvasti ja uusia toimintamuotoja pyritään kehittämään mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille yhteistyössä erilaisten mielenterveystyön toimijoiden kanssa.

oikeestaan tällasta suljettua omaa ryhmää ei oo mielenterveysongelmallisille vaan ku ajatellaan meidän seurakuntakerhoja näitä tämmösiä miesten piirejä niin yleensä on mielenterveysongelmaisia mukana mutta tuota ne aihealueet mitä käsitellään on aina yleistä aikaa laajaa. Nyt tulee mieleen tuo hengen ravintoa tapaaminen mikä on tällainen tuota yhteistyöryhmä mielenvireyden kanssa...”

6.1.3. Yhteistyö muiden mielenterveystahojen kanssa

Yhteistyötä tehdään paljon mielenvireyden ja hyvänmielen talon kanssa sekä muiden mielenterveystahojen kanssa.

”... Sitte on tällanen hyvänmielentalon kanssa yhteistyössä toimiva vertaisryhmä. Nyt tulee mieleen tuo hengen ravintoa tapaaminen mikä on tällanen yhteistyöryhmä mielenvireyden tiloissa. Kyllä se on aina kehitteillä mitä voidaan yhdessä järjestää. Ja sitten tietenkin hyvänmielen talossa järjestetään toimintaa...”

Vastaajat kokivat yhteistyön erilaisten mielenterveystahojen kanssa äärimmäisen tärkeäksi muun muassa siksi, että diakoniatyöntekijällä oli mahdollisuus ohjata asiakasta muun avun piiriin. Lisäksi yhteistyö vanhusten kotiavun kanssa oli työntekijöiden mielestä tärkeää.

Yhteistyö sosiaalitoimiston, kansaneläkelaitoksen ja työvoimatoimiston kanssa koettiin tärkeäksi, koska rahallista apua haettaessa ensisijainen rahallisen avun paikka on jokin yllä olevista. Vasta tämän jälkeen jos muut tahot eivät rahaa myönnä voi kääntyä seurakunnan diakoniatyön puoleen. Tällöin diakoniatyöntekijän on tärkeää tietää miksi avustusanomus on muissa toimistoissa hylätty. Hyvät välit yhteistyökumppaniin ja informaatio erilaisista yhteistyötahoista koettiin haastatteluiden perusteella tärkeäksi diakoniatyöntekijän oman työssä jaksamisen puolesta ja mielenterveysasiakkaan avun saamisen puolesta. Diakoniatyöntekijät kuvasivat työtään moniammatilliseksi ja verkostoituneeksi.

6.2. Mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan auttamisen haasteet

Tulosten perusteella diakoniatyön haasteet voidaan jakaa itse työn haasteisiin, mielenterveysongelmiin liittyviin tekijöihin, haasteellisiin ryhmiin ja haasteista selviytymiseen.

6.2.1. Haasteet diakoniatyölle

Diakoniatyöntekijät kokivat, että heidän työnsä on haasteellisista toimittaessa mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kanssa siksi, koska sosiaalinen kanssakäyminen oli välillä vaikeaa. Mielenterveystyö koettiin laaja-alaiseksi ja kuormittavaksi ja se osaltaan lisää työn haasteellisuutta.

”...No kyllähän ihan siihen ihmisen kohtaamiseen huomaa että siihen on niinku tosisaan paneuduttava. Ja oltava silleen tosi herkkänä ja tuntosarvet pystyssä. Ja niitä haasteita mitä monesti tulee on tämmönen, että asiakas alkaa roikkua työntekijässä. Eliikkä niinku on jatkuvasti yhteydessä myöskin vapaa-aikana et siinä pitää pystyä laittamaan rajat asiakkaalle...”

Työntekijät kokivat, että mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaalle tulee asettaa rajoja, mutta toisaalta taas jokainen haastateltava diakoniatyöntekijä toi esille sen, että toimittaessa mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kanssa täytyy varoa puheitaan ja toimia ikään kuin ”silkkihansikkain”

”...Että he (mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat) voivat olla jotenkin hyvinkin sellaisia, että ajattelevat ryhmästä tai työntekijästä, että no tuo sano tökerösti että enpä mene toista kertaa. Se juuri vaikka jossain ryhmässä on että he(mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat) ovat hyvin semmosia herkkiä, että ehkä siksi sairastuvatkin ja jotenkin herkistyvät kaikelle ja imevät itseensä semmosetki asiat mitkä ei ole niinku heille tarkoitettu...”

Diakoniatyöntekijät toivat esille, että välillä asiakkaan aggressiivisuus kotikäynneillä tai vastaanotolla pelottaa työntekijöitä. Työntekijät olivat huolissaan omasta turvallisuudestaan. Diakoniatyöntekijät toivat esille, että kun mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan luokse menee kotikäynnille, ei voi koskaan tietää mitä siellä tapahtuu tai minkälaisessa tilassa mielenterveysongelmista kärsivä asiakas on. Joskus lääkkeet voivat olla ottamatta ja asiakas on sekava tai asiakas käyttäytyy aggressiivisesti työntekijää kohtaan. Tämä lisäsi työn haasteellisuutta.

6.2.2. Mielenterveysongelmiin liittyvät tekijät

Mielenterveystyön haasteet kuvattiin haastatteluissa mielenterveysongelmiin liittyvinä tekijöinä. Diakoniatyöntekijät liittivät yhteistyön haasteellisuuteen nimenomaan mielenterveysongelmiin liittyviä piirteitä kuten hengelliset ongelmat ja mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kyvyttömyyden sitoutua avun piiriin.

”mutta sitten hän välillä aina käy ja sitten hänellä menee taas muutama kuukausi, että hän ei vastaa puhelimeen kun yritän soittaa, että hän ei jaksa. Hän on tavallaan itse niin toivoton jo omassa tilanteessaan, että ei näe siinä tunnelin päässä minkään näköistä valoa...”

Mielenterveysongelman haasteisiin lueteltiin asiakkaan alkoholin- tai päihteiden käyttö. Työntekijät kokivat, että joskus asiakkaan aggressiivisuus voi johtua päihteiden käytöstä, mutta toisaalta se voi johtua myös itse mielenterveysongelmasta. Diakoniatyöntekijät kokivat, että asiakkaan aggressiivinen käytös vaikeuttaa kanssakäymistä, etenkin jos se kohdistuu työntekijään.

”...Ja sitte yks aika mielenkiintonen on aggressio, eli seki voi tulla aikamoisena piiloviestintänäkin se aggressio työntekijää kohtaan. Että nää mulla nyt tulee ihan ensimmäisenä mieleen. Ja tosiaan et nuo omat vuorovaikutustaidot niin se vaatii semmosta taitavuutta niissä tilanteissa. Että miten mä menettelen tässä ja näin...”

Diakoniatyöntekijät kokivat, että välillä heidän työnsä vaikeutuu, jos mielenterveysongelmista kärsivä asiakas kärsii jonkinlaisesta hengellisen elämän ongelmasta. Työnteki-

jät pohtivat, että välillä omaa hengellistä työtä on vaikea tehdä, jos mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan ajatukset uskonnosta tai hengellisyydestä ovat epätasapainoisia. Diakoniatyöntekijät toivat esille, että moni mielenterveysongelmista kärsivä asiakas on sairastunut uskonnosta ja välillä on vaikea arvioida onko asiakkaan suhtautuminen kristillisyyteen normaalia. Asiakkaat saattavat myös pohtia omaa sairastumistaan uskon kautta.

Diakoniatyöntekijät kuvasivat mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden kyvyttömyyttä elämähallinnassa. Esille nousi diakoniatyön näkökulmasta mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan vaikeudet ilmaista itseään ja levottomuus, jotka voivat johtua mielenterveysongelmasta tai lääkkeiden loppumisesta. Levottomuus saattoi näkyä tärinänä tai yleisenä levottomuutena vastaanotoilla. Diakoniatyöntekijät kertoivat, että mielenterveysongelmista kärsivillä asiakkailla ei ole pitkäjänteisyyttä hallita omaa elämäänsä tai parantaa sen laatua.

”...Mut jotenki semmosta pitkäjänteisyytähän nää ihmiset vaatis , mutta että heillä ei oo semmosta pitkäjänteisyyttä. Et he on semmosia vähän niinku hetken lapsia että nyt tuntuu tältä ja nyt tuolta...”

Kaikissa haastatteluissa nousi esiin mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan vaikeudet hallita omaa talouselämäänsä ja rahan käyttöä. Joskus tosin talouselämän tasapainottomuus voi johtua myös esimerkiksi työvoimatoimiston tai vaikkapa sosiaalitoimiston päätöksen viipymisestä.

”...Se yleensä näillä mielenterveysongelmaisilla se raha sitte menee johonki semmoseen että he heillä on sitä taitamattomuutta siinä rahan käytössä...”

6.2.3. Haasteelliset ryhmät

Diakoniatyöntekijät kokivat haasteellisimmiksi ryhmiksi diakoniatyössä mielenterveys-työn näkökulmasta nuoret, erityisesti nuoret miehet, työttömät työikäiset, vanhukset ja muut syrjäytymisvaarassa olevat.

Moni diakoniatyöntekijä oli huolissaan nuorten kasvavista ongelmista ja erityisesti mielenterveysongelmista. Kouluttautumattomuus, rikollisuus, huumeet, alkoholi ja perhe-taustat kuormittavat nuoria ja edesauttavat mielenterveysongelmien syntymistä.

”...mutta ite oon varmaan jotenki surullinen näitten nuorten ihmisten kanssa joilla on vielä elämä eessä ja on koulukin jäänyt kesken peruskoulun jälkeen, että ei oo saatu ammattia. että siinä vaiheessa on jo tavallaan se elämä lyöny jo niin vasten, että ei niinkun jaksu sitä niin sanottua normaalia elämää muodossa taikka toisessa, että ne jotenki huolettaa. Että kun miten ne jaksaa sitten ku ei tää yhteiskunta oo kovin pehmeä heitäkään kohtaan. Ja oikeestaan tuntuu, että ku pitäis melkeen äitiksi ruveta jos joku parikymppinen tulee ja sanoo että ei mitään tekemistä eikä oo kavereita...”

Diakoniatyöntekijät olivat huolissaan erityisesti nuorista miehistä ja he kertoivat, että suurin osa vastaanotolla käyvistä nuorista oli nimenomaan nuoria miehiä. Yleisesti työttömyyden vaikutuksista oltiin huolissaan. Diakoniatyöntekijät kertoivat, että diakoniavastaanotolla käy nuorten ohella myös paljon työttömiä työikäisiä ja muita työikäisiä. Miesvaltaisuus näkyi työikäisissä. Diakoniatyöntekijöiden mukaan tyypillinen asiakas diakoniavastaanotolla on noin viisikymmentävuotias mies jolla on saattanut tulla avioero, jonka jälkeen mies on saattanut alkoholisoitua tai masentua,

Vanhusten yksinäisyys koettiin mielenterveyteen vaikuttavaksi asiaksi. Diakoniatyöntekijät olivat huolissaan vanhusten yksinäisyydestä ja siitä, että yhteiskunnassa ei ole tarjolla virikkeitä tai resursseja vanhustyöhön. He kokivat, että vanhukset ovat yksi haasteellinen ryhmä diakoniatyössä mielenterveyden näkökulmasta.

”...ikäihmisten ja vanhusten mielenterveystyö on haaste sillä tavalla, että yksinäisyys on haaste ja tuota kun on yksinäisyyttä on enempi sitte masentuneisuuttakin. Eli vanhuksille, ikäihmisille yhä enemmän tapahtuu sellasia ennalta arvaamattomia tilanteita, että puoliso kuolee, sitte on luopumista terveydestä, toimintakyky heikkenee ei pääse enää liikkumaan sieltä omasta asunnostaan, elikkä jää yksin sinne sitte omine apuineen niin sillon se helposti sitte aiheuttaa masennusta ja kyllä näitä ikäihmisiä ja näitä pitäis kyllä saada sieltä erilaisiin tilausuuksiin tai sitte että kotikäyntityötä sinne...”

Mielenterveysongelmista ja diakoniatyöstä sekä haasteellisista ihmisryhmistä puhuttiin yleisellä tasolla, erittelemättä sen kummemmin ikää tai sukupuolta. Diakoniatyöntekijät nostivat esiin haasteellisiksi ihmisryhmiksi mielenterveystyön näkökulmasta alkoholi- ja huumeriippuvaiset, peliriippuvaiset, työttömät, erilaisissa kriiseissä olevat (esimerkiksi vammautumisen kriisi) ja kaikki, jotka ovat jossakin elämän vaiheessaan esimerkiksi lapsuudessaan kokeneet hylkäämistä. Lisäksi puhuttiin syrjäytymisvaarassa olevista ihmisistä. Syrjäytymisvaaraa ja syrjäytymistä aiheutti vastaajien mukaan työttömyys tai erilaiset sairaudet.

”...tämmösiä ryhmiä on päihdeongelmista kärsivät ja erilaisista riippuvuuksista kärsivät kuten esimerkiksi peliriippuvaisuudesta kärsivät ja sitte tietenki ne joilla on paha vammautumisen kriisi menossa. Ja sitte on aika haasteellisia tämmöset, jotka on omassa lapsuudessa kokeneet tämmöstä hylkäämistä. Ja tämmösiä on esimerkiksi sota-aikana lapsuutensa eläneillä. Joilla ei koskaan ole ollut mahdollisuutta tai aikaa käsitellä niitä ongelmia. Toki myös näitä lapsuuden hylkäämisen kokemuksia on paljon muissakin ryhmissä mutta oon huomannu itte että ne haavat on tosi syvässä niillä ihmisillä jotka on lapsuudessa hylätty...”

6.2.4. Haasteista selviytyminen

Diakoniatyöntekijät kokivat kaiken kaikkiaan selviytyvänsä hyvin mielenterveystyön tuomista haasteista diakoniatyölle. Moni oli saanut jonkinlaista lisäkoulutusta mielen-terveystyöhön esimerkiksi perheen tai masentuneen ihmisen kohtaamisesta. Tärkeäksi selviytymiskeinoksi koettiin myös alan kirjallisuuteen perehtyminen ja koulutuspäiviin osallistuminen. Diakoniatyöntekijät toivat esille, että jokainen työntekijä voi hakea lisäkoulutusta tai lisätietoa työntekijän oman mielenkiinnon mukaan.

Tärkeäksi haasteista selviytymisen keinoksi vastaajat kokivat työnohjauksen ja avoimen keskustelun haasteista kollegojen tai muiden alan työntekijöiden kanssa.

”...Tärkeintä tässä on se yhteistyö työntekijöiden kanssa, eli kun kokee tilanteen haastavaksi niin silloin siitä kannattaa puhua. Ja se, että ei jää niitten ongelmien kanssa yksin niin se on kaikista tärkeintä. Yks mielenterveysasiakas voi saada jo työntekijän uuvuksiin jos sitä lähtee miettimään ja vellomaan mielessään, että tätä asiakkaan ajatusmaailmaa ja niitä tilanteita on tärkeää rajata ne ja ajatella sitä ammatillisuutta että mitä työntekijänä voi tehdä ja mihin ei pysty vaikuttamaan että se jää sitte siihen. Niin että ei syyllistä itseä, siitä jos ei kaikkeen pysty. Ja sitten sellanen moniammatillisuus, että nähään se sellasena voimavarana, että on erilaisia osajia ja ammattilaisia jotka työskentelee ja kaikkien apu on tarpeen...”

Mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan ja diakoniatyöntekijän yhteistyön haasteista selviytymiseen diakoniatyöntekijät nostivat esiin, että on tärkeää valaa toivoa asiakkaalle ja antaa hänelle uskoa. Diakoniatyöntekijän ydinsaamista on hengellinen työ ja sen mukaan ottaminen koettiin tärkeäksi. Eräs diakoniatyöntekijä kertoi myös käyttävänsä rukousta apuna. Toivon

”...ja jotenkin se toivon näkökulman ylläpitäminen, tai vaikka tehdä sen asiakkaan kanssa vaikka yhdessä jotaki asioita jos tilanne sen sallii...”

6.3. Lisäkoulutus ja mielenterveystyön kehittäminen

Haastattelussa nousi esiin monia kehitysideoita mielenterveystyötä ajatellen. Kehitys-ideat voi jakaa diakoniatyöntekijän omiin kehitysmahdollisuuksiin ja toisaalta myös itse diakoniatyön kehittämiseen mielenterveystyön saralla.

6.3.1. Diakoniatyöntekijän omat kehittymismahdollisuudet

Vastausten mukaan peruskoulutukseen oltiin tyytyväisiä ja koettiin, että pelkkä peruskoulutuskin antoi hyviä valmiuksia kohdata mielenterveysongelmista kärsivä asiakas.

”...Jokainen on ainaki saanu hyvän pohjakoulutuksen ja diakoniatyöntekijöillä on aina-ki osaamista ihan valtavasti ku ne on saanu jo ammattikorkeakoulussa hyvän pohjakou-lutuksen missä on käsitelty mielenterveystyötä, mutta ku sais sitä käydä päivittämässä aina sillan tällön sitä sillan niinku pysyy ajan hermoilla...”

Haastatellut diakoniatyöntekijät kokivat, että on paljon diakoniatyöntekijän omasta mie- lenkiinnosta kiinni, millä tavalla kehittää itseään mielenterveystyön saralla. He kokivat että omaa tietämystä mielenterveystyössä voi lisätä lukemalla alan kirjallisuutta ja käy- dä koulutuksissa ja seminaareissa joissa aiheena on mielenterveystyö. Diakoniatyönteki- jät seurasivat koulutusmahdollisuuksia ja seminaareja paikallislehtien ilmoitussivuilta.

6.3.2. Mielenterveystyön kehittämisideat diakoniatyössä

Haastatellut diakoniatyöntekijät kokivat, että mielenterveystyössä on paljon kehitettä- vää. He kokivat, että mielenterveystyöhön vaaditaan vielä paljon enemmän ennakkoluu- lottomuutta ja toisaalta lisäkoulutus ja tietämyksen lisääminen mielenterveysongelmista koettiin tärkeäksi.

”...Että tuota vois vielä tulla vähä... ehkä ennakkoluulottomuutta. Siihen (mielenterveys- työhön) kumminki liittyy kuitenkin vielä ennakkoluuloja. Ajatellaan että ei ne kuulu mulle

mutta kuitenkin niitä tarttis ihan kaikkien mieltä omalle kohalle, että miten vois kohdata mielenterveysongelmaisia ja auttaa niitä eteenpäin.

Osa diakoniatyöntekijöistä koki, että päiväkoulutukset tai lyhyet koulutukset olisivat hyviä mielenterveystyön tietojen päivittämiseen. Toiset taas olivat sitä mieltä, että pitempikin koulutus olisi hyväksi. Diakoniatyöntekijät toivoivat lisäkoulutusta yhteistyössä muiden mielenterveystahojen kanssa. Diakonia-ammattikorkeakoulun kanssa toivottiin yhteistyötä ja työntekijät olivat sitä mieltä, että diakonia-ammattikorkeakoulun luennoista osa voisi olla avoimia, johon diakoniatyöntekijätkin pääsisivät kuuntelemaan. Diakoniatyöntekijät toivoivat paljon lisää mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille suunnattuja ryhmiä ja leirejä seurakunnan piiriin.

”...Diakoniatyön näkökulmasta aattelen että ois hyvä jos meillä ois seurakunnassa enemmän tällaisia vertaisryhmiä mielenterveysongelmista kärsiville joissa ois myös tämä hengellinen työ mukana kun meillä seurakunnan ja diakonian tekijöinä on semmonen hieno mahdollisuus. Ja sen esiin tuominen sitten. Ja toki tällaisia on hyvin monenlaisilla työnimillä, on juttutupia ja erilaisia keskustelupiirejä ja tällaisia ja mitä muistuu mieleen että Tuirassa oli ainaki joskus semmonen kun ankkuriryhmä että näitä varmaan vois olla enemmän...”

7. POHDINTA

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että diakoniatyöntekijöiden tekemä mielenterveys-työ on laaja-alaista, haasteellista ja kuormittavaa. Suurin osa haastatelluista diakonia-työntekijöistä oli naisia. Diakoniatyöntekijät kokivat, että mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet ja mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita kohtaa päivittäisessä työssä.

Mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille tarjotaan keskusteluapua ja toimintaa seurakunnissa, mutta sitä haluttaisiin myös lisätä. Lisäkoulutuksesta koetaan myös olevan hyötyä jotta mielenterveysongelmista kärsiä asiakkaita voitaisiin auttaa entistä paremmin.

7.1. Johtopäätökset

Tulosten perusteella voi esittää seuraavat johtopäätökset: 1. Mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille tarjotaan keskusteluapua sekä leirejä ja erilaisia ryhmiä seurakunnissa. Kuitenkin varsinaisesti mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille suunnattuja ryhmiä on olemassa kysyntään nähden liian vähän, ja mielenterveysongelmista kärsivä asiakas hakeutuu johonkin muuhun ryhmään, joka ei palvele hänen tarpeitaan. Yleisessä ryhmässä diakoniatyöntekijällä ei ole resursseja antaa mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaalle hänen kaipaamaansa tukea. 2. Mielenterveystyön tekeminen on haastavaa. Usein mielenterveysongelman rinnalla on myös esimerkiksi päihde-ongelma, joka vaikuttaa asiakkaan mielenterveyteen. Myös itse mielenterveysongelma voi vaikeuttaa diakoniatyöntekijän ja mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan yhteistyötä. Diakoniatyöntekijät kokivat, että nuoret ovat tällä hetkellä kaikista haasteellisin yhteiskuntaryhmä. Nuoria on haasteellista auttaa jos he ovat raha-vaikeuksissa, työttöminä tai ilman koulutusta. 3. Mielenterveystyötä tulisi kehittää työntekijöiden lisäkoulutuksen avulla ja ryhmä- ja leiritoimintaa lisäämällä. Lisäksi yhteistyötä muiden kunnallisten tahojen kanssa tulisi entisestään kehittää.

7.2. Tutkimustulosten tarkastelu

Kaikki diakoniatyöntekijät kokivat, että mielenterveystyön tekeminen kuuluu heille kaikille, siitä huolimatta, että seurakunnassa oli oma nimetty diakoniatyöntekijä mielenterveystyöhön. Tämä tukee Korhosen ym. (2007) ja Autti-Rämön ym. (2009) tekemää tutkimusta jossa pohdittiin mielenterveysasiakkaiden lisääntymistä. Diakoniatyön ja seurakunnan piiristä mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat hakevat ja saavat apua henkilökohtaisen keskustelun ja kotikäyntien muodossa. Lisäksi heille tarjotaan mielenterveysleirejä ja muita avoimia leirejä seurakunnan piiristä, paljon erilaisia ryhmiä. Diakoniatyöntekijät kokivat, ettei mielenterveysongelmista kärsiville suunnattuja ryhmiä ja leirejä ole riittävästi. Tämä voi johtua siitä, että monesti mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita käy kaikissa ryhmissä ja vuorovaikutus voi olla joskus hyvinkin vaikeaa muiden ryhmäläisten kanssa joilla ei ole mielenterveysongelmaa tai jopa ohjaajan kanssa. Diakoniatyöntekijät kokivat, että ryhmiä ja leirejä tarvittaisiin mielenterveysongelmista kärsiville asiakkaille siksi, että resurssit muissa ryhmissä eivät välttämättä aina riitä vastaamaan mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan tarpeisiin sillä hetkellä. Tavallisessa ryhmässä ei myöskään voida keskittyä vain tietyn ihmisen ongelmiin. Tällöin parempi ryhmä asiakkaalle on mielenterveyspuolelle suuntautunut ryhmä tai henkilökohtainen keskustelu diakoniavastaanotolla tai kotikäynnillä (Korhonen; Kylmä; Juvakka & Pietilä 2007, 67-71, Autti-Rämö, Seppänen, Raitasalo, Martikainen & Sourander 2009, 477-482.)

Diakoniatyöntekijät puhuivat paljon mielenterveystyön haasteista, ja toisaalta he saattoivat myös palata pohtimaan haasteita haastattelun loppuksi. Mielenterveystyön vaativuus, kuormittavuus ja haasteellisuus herätti paljon ajatuksia työntekijöissä. Mielenterveysongelmista kärsivillä asiakkailla on usein sosiaalisia ongelmia. He eivät aina osaa ilmaista itseään selkeästi eivätkä he pysty ilmaisemaan mikä on vialla. Myös totuuden erottaminen valheesta mietitytti. He kokivat, että jotkin mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kertomista asioista saattoi olla liioiteltuja. Mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kärsimättömyys näkyi toisten tahon syyttelynä. Omaa elämänlaatua ei jaksettu parantaa ja siitä saatettiin syyttää muita. Mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan perheen sisäisessä dynamiikassa oli ongelmia tai rinnalla oli jokin riippuvuus tai

päihdeongelma. Tämä tukee Lappalaisen ym. (2004) tekemää tutkimusta mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan itsetunnon tukemisesta. Mielenterveysasiakkaat kokivat, että työntekijä auttoi heitä parhaiten kun mielenterveysasiakkaan koko tilanne otettiin huomioon (Lappalainen, Pelkonen & Kylmä 2004.)

Myös mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan suhtautumisesta uskontoon oltiin huolissaan. Vaikka on tärkeää ottaa aina ihmisen hengellisyys huomioon toimittaessa asiakkaan kanssa, on kuitenkin hyvä arvioida aina onko asiakkaan ajatukset hengellisyydestä sellaisia, jotka eivät vahingoita häntä enempää (Culliford 2005, Aalto & Gothóni 2009.) Diakoniatyöntekijät nostivat esiin myös sen, että he ovat välillä huolissaan omasta turvallisuudestaan työssään. Haastatteluissa tuli esille, että mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan mahdollista aggressiivisuutta pelättiin.

Diakoniatyöntekijät nostivat esiin haasteellisimpia ihmis- ja yhteiskuntaryhmiä, jotka olivat nuoret, erityisesti nuoret miehet, vanhukset, työttömät työikäiset ja työikäiset miehet. Lisäksi He nostivat esiin ryhmiä kuten syrjäytymisvaarassa olevat, päihderiippuvaiset, peliriippuvaiset ja hyljätyt He kertoivat, että nuoret asiakkaat ovat yleensä kouluttautumattomia nuoria miehiä, joilla on rahavaikeuksia ja sen myötä myös mielenterveys oli saattanut kärsiä. He olivat huolissaan nuorten yksinäisyydestä ja perusturvan puutteesta. Alkoholi ja huumeet sekä niiden lisääntyvä käyttö koettiin ongelmaksi nuorilla. Vanhusten lisääntyvä yksinäisyys ja mielenterveysongelmat koettiin haastavaksi. Avohoito ja riittämättömät hoitopaikat aiheuttavat sen, että esimerkiksi puolison kuoltua vanhus jää kotiinsa täysin yksin ja oman onnen nojaan. Kotihoidolla on tiukka aikataulu joten keskustelu ja vuorovaikutus on usein riittämätöntä. Diakoniatyöntekijät pyrkivät paikkaamaan kotikäynneillään ja vanhusten piireillä tätä sosiaalisen kanssakäymisen puutetta. Yksitoikkoisen ja yksinäisen elämän kokemus aiheuttaa vanhuksille mielenterveysongelmia. Useissa tutkimuksissa diakoniatyöntekijät ovat kokeneet, että yhteiskunnassa apua tarvitsevat työttömät, taloudellisista ongelmista kärsivät ja syrjäytyneet. Lisäksi yhteiskunnan hädäksi on lueteltu alistuneisuus, toivottomuuden tunne ja tulevaisuuden pelko. Aikaisemmissa tutkimuksissa 86% diakoniatyöntekijöistä ovat tuoneet esille sen, että heidän asiakkaansa kärsivät mielenterveysongelmista Tämä opinnäytetyö tukee aikaisempia tutkimustuloksia ryhmien ja yksinäisyyden teemojen suhteen. Rättyän (1998) tutkimuksessa mielenterveystyö koettiin laaja-alaiseksi. Avun ja tuen tarpeet luokiteltiin terveyttä uhkaaviin tekijöihin sekä hengellisiin, taloudellisiin ja sosiaalisiin

vaikeuksiin. Diakoniatyöntekijän antama tuki oli tutkimuksen mukaan emotionaalista, henkistä ja instrumentaalista.(Åstrand 1995, Kainulainen 2002, Rättyä 1998.)

Mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan tuomista haasteista pyrittiin selviytymään työnohjauksella, keskustelulla, opiskelulla ja kirjallisuuteen tutustumalla. Kaiken kaikkiaan diakoniatyöntekijät ymmärsivät hyvin omat voimavaransa. Haastatteluissa tuli esiin, että diakoniatyöntekijät ymmärsivät sen että eivät ole terapeutteja ja toisaalta sen, että missä kulkee rajat. He ymmärsivät, ettei asiakkaan asioita voi jäädä loputtomiin ajattelemaan. Myös kollegojen ja muiden läheisten työkavereiden kuuntelu ja keskustelu koettiin tärkeäksi asiaksi haasteista selviytymisessä. On hienoa, että diakoniatyöntekijät kokivat, että työpaikka on avoin ja kollegat luotettavia ja halukkaita auttamaan. Sillä on varmasti suuri vaikutus myös diakoniatyöntekijän omaan jaksamiseen. Yhteistyö muiden mielenterveystyön tahojen kanssa koettiin tärkeäksi. Eräs diakoniatyöntekijä nosti myös oman elämän mielekkyyden osaksi haasteista selviytymiseen. Hänelle oli tärkeää, että työlle oli vastapainona oma elämä, perhe ja omat harrastukset, jotta työn haasteista pystyi selviytymään. Nämä asiat tukevat Rättyän (2004) tekemää tutkimusta. Diakoniatyöntekijät jaksoivat työssä paremmin koska kokivat työn palkitsevaksi ja mielekkääksi. Työmotivaatiota lisäsi myös se, että asiakas pystyttiin ottamaan vastaan ja häntä pystyttiin auttamaan kokonaisvaltaisesti (Rättyä 2004.)

Lisäkoulutusta ja lisää mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaalle tarjottua toimintaa kaivattiin siis kovasti lisää. Myös diakoniatyöntekijöiden omaa tietoa haluttiin päivittää, joka onkin ymmärrettävää jos valmistumisesta on 10 vuotta aikaa. Uusia tutkimuksia, toimintamenetelmiä, yhteistyökumppaneita, diagnooseja ja lääkityksiä tulee jatkuvasti ja omaa tietämystä on tärkeä päivittää.

7.3. Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyösuunnitelma ja tutkijan yhteystiedot jätettiin johtavalle diakoniatyöntekijälle, joka antoi diakoniatyöntekijöille tietoa siitä, että tutkimukseen voi osallistua. Kaikki haastateltavista on valittu heidän yhteydenottojen perusteella eli diakoniatyöntekijän oman mielenkiinnon mukaan. Suurin osa oli kuullut johtavalta diakoniatyöntekijältä tutkimuksesta ja lähestyivät minua sähköpostitse. Lisäksi lähetin useammalle diakoniatyöntekijälle sähköpostilla tiedon tutkimuksesta ja haastattelukysymykset. Loput haastateltavat lähestyivät minua sähköpostilla halustaan osallistua tutkimukseen. Tutkimus perustuu diakoniatyöntekijän omaan mielenkiintoon ja vapaa-ehtoisuuteen. Kaikki haastattelut käytiin luottamuksellisesti. Haastattelut tallennettiin nauhurille ja ne purettiin yksityisissä oloissa. Tutkimuksen luottamuksellisuus kerrottiin haastateltaville aina ennen haastattelua. Haastateltaville diakoniatyöntekijöille ei kerrottu toisistaan eikä myöskään paljastettu missä seurakunnissa haastattelut on tehty. Kaikkia haastateltavia on kohdeltu ihmisarvoisesti ja tasapuolisesti. Haastattelukysymyksiä ei ole muunneltu haastatteluiden välillä. Tutkija ei ole myöskään johdatellut diakoniatyöntekijöitä vastaamaan kysymyksiin tietyllä tavalla. Kenenkään asiakkaan tai työntekijän nimeä ei ole missään vaiheessa paljastettu.

Hoitotyön tutkimukselle on olemassa eettisiä suuntaviivoja. Hoitotyön ammattilaisen veloitteena on ehkäistä sairauksia, edistää terveyttä sekä kunnioittaa ihmiselämää, ihmisarvoa ja ihmisoikeuksia riippumatta rodusta, iästä, sukupuolesta, kansallisuudesta, uskosta, ihonväristä, yhteiskunnallisesta asemasta tai poliittisesta sidonnaisuudesta. Terveystieteiden ammattilainen on velvollinen kehittämään tietojansa ja taitojaan sekä tuottamaan uusia tietoja ja taitoja. Hoitotyön tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa hoitotyön pohjaksi. Tutkiessaan sairaanhoitaja noudattaa aina eettisiä periaatteita ja ohjeita. Tutkittavan suostumus on tärkeää ja tutkimuksesta täytyy päästä myös pois tutkittavan niin halutessa. Aineisto tulee käsitellä luottamuksellisesti ja eettisesti oikein niin, ettei tutkittavalle tai hänen lähiomaisilleen tule osallistumisesta ongelmia. Tärkeä eettinen ohje on, että tutkija informoi tutkittavaa riittävästi, jotta tämä ymmärtää mihin on suostunut ja mitä tulee tapahtumaan. Hoitotyön tutkimuksen eettisyyttä tarkastaa aina eettinen lautakunta (Hannikainen 1992.)

Tutkija tarvitsee ammattitaidon lisäksi myös eettisiä periaatteita, sääntöjä, normeja, arvoja ja hyveitä (Pietarinen 2002, 58-59.) Pohdittaessa etiikkaa, ei tule sivuuttaa jokaisessa ihmisessä olevia arvoja. Arvot ovat eettisen toiminnan perusta, jotka ovat hyvin henkilökohtaisia. Arvoina voi kuitenkin pitää niitä suuntaviivoja ja ihanteita, jotka ohjaavat elämäämme ja toimintaamme jokapäiväisessä elämässä. Arvojen avulla saamme vastauksia kysymyksiin kuten mikä on elämisen arvoista tai tärkeää tai mikä on toimintamme päämääränä. Eettisesti ajateltuna ja hyvien arvojen ohjaamana voisi sanoa, että kaikkia ihmisiä tulee kohdella tasa-arvoisesti. Ammatillisella asiantuntemuksen ja eettisyyden syventäminen kulkevat käsi kädessä. Eettisyys vaatii taitoa tehdä asioiden välille oikeat erot ja yleistää asioita oikein (Kuuskoski 1996, 11-13; Pursiainen 1996, 20-21.)

Tutkimuksessa tulee lähtökohtana olla aina ihmisarvon kunnioittaminen. Tämä on osa tutkimuksen eettisyyttä. Ihmisiä ei saa pakottaa osallistumaan tutkimukseen eikä myöskään suostuttelu ole suotavaa sillä on vaikea arvioida missä suostuttelun ja pakottamisen raja kulkee. Tutkimusaineisto tulee käsitellä luottamuksellisesti. Usein tutkimuksissa käytetäänkin suostumuslomakkeita, jotka auttavat tutkimuksen eettisyyden arviointia (Hirsijärvi ym. 2007.)

Haastateltavia ei pakotettu eikä suostuteltu osallistumaan tutkimukseen. Varsinaisia suostumuslomakkeita ei käytetty, mutta diakoniatyöntekijöiden sähköpostit on säilytetty, jotka vastaavat suostumuslomakkeita. Diakoniatyöntekijöille ei kerrottu toisistaan eivätkä diakoniatyöntekijät puhuneet asiakkaistaan nimellä tai muuten tunnistettavasti, joka säilyttää myös asiakkaan nimettömyyden ja kunnioittaa heidän yksityisyyttään.

Tieteen etiikalla tarkoitetaan eettisten kysymysten tarkastelua, jotka nousevat esiin tutkimuksen eri vaiheissa. Aristoteles neuvoi aikanaan, että arvioidessa toiminnan hyvyyttä ja oikeellisuutta tulee kysyä ensin mikä on toiminnan varsinainen tehtävä ja tarkoitus. Sitten tulee arvioida, millaisia ominaisuuksia ja kykyjä vaaditaan, että toiminta suoritetaan hyvin. Tutkimuksen ensisijainen tehtävä on tuottaa luotettavaa informaatiota. Luotettavuus taas tarkoittaa sitä, että informaatio on kriittisesti perusteltua. Kriittisyydellä taas tarkoitetaan niitä menetelmiä joita tutkimuksen eri osissa käytetään: kokeelliset testit, havaintomenetelmät, tulosten analysointi, teorioiden muodostaminen, käsitteiden luonti ja sisällön analysointi. Tärkeä hyvän tutkimuksen mittari on myös se, voiko tut-

kimusta käyttää jatkossa, voiko sen tuloksia käyttää uusissa tutkimuksissa tai yhteiskunnassa(Pietarinen 2002, 58-59.)

Kriittisesti haastattelumenetelmää voidaan pohtia niin, että haastattelija saattaa tiedostamattaan vaikuttaa haastatteluun. Sanaton viestintä kuten ilmeet ja eleet voivat vaikuttaa haastattelun kulkuun. Myös henkilökemiat vaikuttavat haastattelijan ja haastateltavan välillä. Jos haastateltava diakoniatyöntekijä kokee haastattelutilanteen tai tutkijan negatiivisena se vaikuttaa vastauksiin kielteisesti. Ehkä kaikkia ei haluta silloin sanoa. Sama toistuu ja haastateltava ei luota tutkijaan. Tässä tutkimuksessa on pyritty haastattelutilanteissa välttämään sanatonta viestintää, eikä tutkija kokenut haastattelutilanteissa negatiivisia henkilökemioita. Kuitenkaan ei voi arvioida millä tavalla diakoniatyöntekijät kokivat tilanteet.

7.4. Opinnäytetyön luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä on käytetty alkuperäislähteitä ja plagiointia on pyritty välttämään. Haastateltujen ihmisten lainaukset ovat suoria, eikä niitä ole vääristelty sopimaan paremmin tutkimuskysymyksiin tai tutkimukseen. Kaikki tutkimustulokset ovat haastatteluissa esiin nousseita asioita. Tutkija ei ole keksinyt vastauksia eikä myöskään muokannut niitä omiin tarkoituksiinsa sopivammaksi.

Epärehellisyyttä tulee välttää tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Huomioon tulee ottaa ainakin seuraavat seikat: Toisten tekstiä ei saa plagioida, tutkijan ei tulisi myöskään plagioida itseään eikä aikaisempia tutkimuksiaan. Tuloksia ei saa yleistää kriittikittävästi, tutkimuksen raportointi ei saisi olla harhaanjohtavaa eikä puutteellista eikä toisien tutkimusten eikä tutkijoiden osuutta saa vähätellä. Opinnäytetekstistä tulee käydä aina ilmi kenen ideoita ja tuloksia käytetään. Nämä asiat osoitetaan tekstissä lähdeviitein. Viimeisimpänä ohjenuorana on, että määrärahoja, joita tutkimukseen on myönnetty ei saa käyttää väärin(Hirsijärvi ym. 2007; Hakala 2004, 138.)

Opinnäytetyössä on käytetty lähdeviitteitä. Myös diakoniatyöntekijöiden lainaukset ovat suoria ja ne ovat esitetty tekstissä lainauksin. Jos tutkimus tehtäisiin uudestaan, päästäisiin samankaltaisiin tuloksiin. Tosin diakoniatyöntekijöillä on saattanut tulla mieleen

myöhemmin asioita, joita haastattelutilanteessa ei tullut esille. Diakoniatyöntekijät olivat ymmärtäneet haastattelukysymykset samalla tavalla joka lisää opinnäytetyön validiutta.

Tutkimuksessa vältetään virheitä, mutta tulosten luotettavuus ja pätevyys voivat kuitenkin vaihdella. Puhutaan tutkimuksen reliabeliteetista ja validiteetista. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli sitä, että tutkimus ei anna vain sattumanvaraisia tuloksia. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että jos tutkittavaa samaa henkilöä haastatellaan tai tutkitaan kahteen eri otteeseen ja saadaan sama tulos tuloksia voidaan pitää reliabelina. Validius tarkoittaa pätevyyttä joka puolestaan kertoo siitä, että tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata. Ei-validina voidaan pitää vaikkapa tilannetta missä tutkija analysoidessaan vastauslomakkeita huomaa, että joku vastaaja onkin käsittänyt jonkin kysymyksen eri tavalla kuin tutkija mutta tutkija edelleen kuitenkin muuntaa vastauksen oman ajattelumallinsa mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa huomattavasti se, että tutkija kertoo kaikki tutkimiseen ja analysoimiseen liittyvät tekijät. Näitä ovat muun muassa haastattelun olosuhteet ja paikat, haastatteluihin käytetty aika, häiriötekijät, virhetulkinnat haastattelussa ja myös tutkijan itsearviointi tilanteesta. Laadullisen aineiston analyysissä tärkeää on luokittelujen tekeminen. Lukijalle tulisi kertoa myös luokittelujen syntymisen vaiheesta ja perusteista. Tärkeää on kertoa myös millä tavalla tulkintoja esitetään ja mihin päätelmät perustetaan. Tässä voi käyttää vaikkapa suoria lainauksia haastattelutilanteesta (Hirsijärvi ym. 2007.)

Tutkimuksissa tulisi käyttää alkuperäislähteitä jotka sisältävät uutta tietoa tai ennestään tuttua tietoa uudella tavalla esittäen. Tavallisia alkuperäislähteitä ovat kirjat, raportit, kokoomateokset, tieteelliset artikkelit, arkistot ja lakitekstit. Sekundaarilähteenä voidaan pitää esimerkiksi kirjaston tietokantoja, tietosanakirjoja ja tutkimuksia, joissa tutkija on referoinut jonkun muun tutkimusta. Sekundaarilähteet ohjaavat tutkijan primaarilähteen luokse. Tutkimuksen eettisyydelle on tärkeää myös se, että tutkija on aidosti kiinnostunut ammatistaan ja tutkittavasta asiasta. Kiinnostunut tutkija luo luotettavaa tietoa ja on valmis tutkimaan asiaa paneutumalla siihen kunnolla (Mäkinen 2005, 186-187; Mäkinen 2005, 188-189.)

Aloitteleva tutkija voi tehdä ensimmäisessä tutkimuksessaan monenlaisia virheitä, jotka huomaa myöhemmin. Kuitenkin hyvä ohjenuora tutkimuksen teossa on varmaankin

seurata omaa eettistä omaatuntoaan. Aineiston luotettava käsittely ja tutkimuskohteiden anonymiteetti ja inhimillinen kohtelu ovat tärkeitä asioita, joita tulee tutkimuksessa noudattaa. Plagiointi on myös eräs tärkeä asia joka tulee ottaa huomioon, vaikka onkin välillä vaikeaa sanoa asiat toisin, jos joku toinen on sanonut ne paremmin.

Haastattelun vaikeutena on aina se, että haastateltavaa ei lähdetä johdattelemaan ja että kysymykset esitettäisiin aina samalla tavalla, jotta ei syntyisi väärinkäsityksiä ja toisaalta harhaanjohtavia tuloksia. Pyrin jokaisessa haastattelussa esittämään asiat ja kysymykset samalla tavalla, jotta tulokset olisivat yhtenäisiä. Käytin tähän apuna kyselylomaketta (liite 1.) josta luin kysymykset siinä muodossa missä ne siinä ovat. Lisäksi pyrin olemaan haastattelu tilanteessa neutraali. Vastaukset ovat yhtenäisiä ja samankaltaisia, joten tulokset ovat luotettavia ja kysymykset on ymmärretty samalla tavalla.

7.5. Jatkotutkimushaasteet

Diakoniatyötä ja mielenterveystyötä on vielä tutkittu varsin niukasti, mutta lisää tutkimusta tehdään jatkuvasti. Tämän opinnäytetyön perusteella ehdottaisin, että diakoniatyöntekijöiden tekemää mielenterveystyötä kannattaa tutkia jatkossakin. Olisi esimerkiksi tärkeää tietää mitä mieltä itse mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat ovat heille tarjottavista palveluista ja millä tavalla he haluaisivat kehittää diakoniatyötä, jotta se vastaisi paremmin heidän tarpeisiinsa.

Toisaalta myös yhteistyön lisäämistä voisi tutkia. Voisiko esimerkiksi diakoniamattikorkeakoulu alkaa kouluttamaan diakoniatyöntekijöitä mielenterveystyöhön? Tai kenties jokin muu taho? Selvää on se, että mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaan eivät tule diakonian piiristä loppumaan. Päinvastoin heidän osuutensa kasvaa entisestään, koska kaupunki suuntaa varojaan avohoidon kehittämiseen. Olisiko diakonian piiriin nimettävä jatkossa oma mielenterveystyöntekijä, koska vammaisille on omansa, päihteiden käyttäjille on omansa, myös kriminaaleille on oma nimetty työntekijä, mutta nimettyä mielenterveystyöntekijää ei ole muuten kuin seurakunnan työntekijän vastuualueena muunkin työn ohessa. Onko seurakunnilla jatkossa resursseja tähän ja toisaalta, mitkä ovat työntekijöiden resurssit? Olisiko ketään, joka jaksaisi ottaa tämän haasteellisen ryhmän hellään hoiviinsa, ilman, että hukkuisi sen alle?

Diakoniatyön on armollista. Diakoniatyöntekijä on asiakkaansa rinnalla auttamassa ja ohjaamassa. Diakonia on palvelua, Jeesuksen esimerkin seuraamista ja toteuttamista maallisin keinoin. Diakonia on ymmärrystä ja sitä että suvaitsee ihmisen sellaisena kuin hän on. Diakoniassa ihminen kohtaa ihmisen tasavertaisesti ja tuomitsematta.

LÄHTEET

- Aalto, Kirsti & Gothóni, Raili(toim.)2009. Ihmisen Lähellä. Hengellisyys hoitotyössä. Lahti: Esa print Oy.
- Autti-Rämö, ilona; Seppänen, Johanna; Raitasalo, Raimo; Martikainen, Jaana & Sou rander, Andre 2009. Nuorten ja nuorten aikuisten psyykenlääkkeiden käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla. Suomen Lääkärilehti 6/2000. 477-482.
- Cotton, Sian; Kudel, Ian; Roberts, Yvonne Humenay; Pallerla, Harini; Tsevat, Joel; Succop, Paul & Yi, Michael 2009. Spiritual well-being and mental health outcomes in adolescents with or without inflammatory bowel disease. Journal of adolescent health. Maaliskuu 2009, 44(5).
- Eeva,Raija 2006. Missä olet diakoninen yksinelävientyö? Diakonia-lehti. 4/2006.
- Ehman, John; Short Barbara; Ciampa, Thomas& Hansen-Flaschen, John 1999. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Archives of international medicine. 159(15).
- Ervasti, Heikki 2003. Köyhyys elämäntilanteena. Teoksessa Kangas, Olli(toim.) Laman varjo ja nousun huuma. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 72. Helsinki.131-132, 145.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Gothóni, Raili 2007. Sielunhoito-kohtaaminen Jumalan kasvojen edessä. Teoksessa Latvus, Kari & Elenius, Antti (toim.) 2007. Auttamisen teologia. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Hakala, Juha 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudeamus Kirja Oy, 138.
- Hakala, Pirjo 2007. Sielunhoidon suuntaukset ja diakonia. Teoksessa Latvus, Kari & Elenius, Antti(toim.)2007. Auttamisen teologia. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 231.
- Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani. (toim.) 2002. Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja Oy

- Hirsijärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirsijärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsijärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: yliopistopaino.
- Hoitotyön tutkimuksen eettiset suuntaviivat pohjoismaissa i.a. Hyväksytty Pohjoismaisten sairaanhoitajien Yhteistyö-järjestössä. Teoksessa Hannikainen, Lauri(toim.) 1992. Eettiset säännöt. Åbo Akademin ihmisoikeusinstituutti. Turku. 64-67.
- Iija, Aulikki. Almqvist, Sikikka & Kiviharju-Rissanen, Upu: 1999. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Iivari, Juhani & Karjalainen, Jouko 1999. Diakonian köyhät- epävirallinen apu perusturvan paikkaajana. Stakes. Raportteja 235. Helsinki
- Kainulainen, Sakari 2002. Suomalainen yhteiskunta murroksessa. Teoksessa Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani(toim.) Diakonian käsikirja. Jyväskylä: Kirjapaja, 185.
- Kansaneläkelaitos 2009. Nuorilla opiskelu- ja työkyky paranevat ja masennuslääkitys vähenee psykoterapiakuntoutuksen jälkeen. Viitattu 3.3.2010. www.kela.fi/internet/suomi.nsf/NET/04039121438HJ?OpenDocument.
- Karjalainen, Sirkka; Kukkonen, Pirjo 2005. Psykologista käyttötietoa. Helsinki: Edita Prima Oy
- Kiiski, Jouko 2009. Sielunhoito. Helsinki: Edita Prima.
- Kirkkojärjestys 1991/1055/1993 8.11.1991. Viitattu 25.08.2009. <http://evl.fi/avain/Kirkkojarjestys-2003-01.pdf>.
- Kiviniemi, Liisa. Läksy, Marja- Liisa. Matinlauri, Timo. Nevalainen, Kaija. Ruotsalainen, Kari. Seppänen, Ulla-Maija & Vuokila- Oikkonen, Päivi. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kokko, Sari 2004 Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvotoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Pro-gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.
- Korhonen, Maija; Kylmä, Jari; Juvakka, Taru & Pietilä, Anna-Maija 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät - metasynteesi. Hoitotiede 2007 19(2)Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Kotisalo, Helena 2002. Diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön toteutuminen Kuopion

- hiippakunnan diakonisojen arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-työ.
- Kuuskoski, Eeva 1996; Pursiainen, Terho 1996. Teoksessa Salo, Sirpa & Tähtinen, Heikki 1996. Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. Helsinki, 11-13, 20-21.
- Lappalainen, Minna. Pelkonen, Marjaana. Kylmä, Jari 2004. Mielenterveyskuntoutuji- en kuvaus itsetunnon tukemisesta hoitotyössä. Hoitotiede. Vol. 16, no 2/- 04. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy
- Malkavaara, Mikko 2002. Sodasta laman kynnykselle - köyhyys ja diako- nia hyvinvointivaltiota rakennettaessa. Teoksessa Mäkinen, Virpi(toim.) Lasaruksesta leipäjonoihin - köyhyys kirkon kysymyksenä. Pieksämäki: Atena kustannus Oy.
- Myllylä, Marjatta 2000. Näkökulmia diakoniasta ja hoitotyöstä- kohti diakoninen hoito työ käsitettä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Li- sensiaattitutkimus.
- Myllylä, Marjatta. 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Mäkinen, Olli 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 186-189, .
- Ojanen, Markku 1998. Terapia ja sielunhoito. Hämeenlinna: Karisto Oy
- Olli, Sirkka-Liisa& Halonen, Merja 2008. Selvitys Oulun kaupungin mielenterveys- palveluiden kehittämisen suuntaviivoista vuosina 2008-2011. Viitattu 28.5.2009. www.lattula.com/lataa/mielenterveyspalveluiden_kehittaminen_2008-2011.pdf. Tuloste tekijän hallussa.
- Oulun kaupunki i.a.. Oulun seudun sosiaali- ja terveyspalveluiden TITUS-hanke 2006- 2008. Väliraportti. Viitattu 28.5.2009. www.ouka.fi/seutu/titus/pdf/ Terveydenhuollon_valiraportti.pdf. Tuloste tekijän hallussa.
- Oulun kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi 2004. Mielenteko. Oulun kaupungin mielenterveystyön kokonaissuunnitelma.
- Oulun seurakunnat. Diakonia Oulun seudulla ia. Viitattu 20.3.2010. www.oulunseurakunnat.fi. Tuloste tekijän hallussa.
- Pietarinen, Juhani 2002. Teoksessa Karjalainen, Sakari; Launis, Veikko; Pelkonen, Risto; Pietarinen, Juhani(toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tam- mer-paino, 58-59.

- Pätsi, Maaria 2001. Kenen lähimmäinen olen? Teoksessa Lahtinen, Mikko & Toikkanen, Tuulikki. Anno domini. Diakoniatieteen vuosikirja. Tampere: Tammer-paino Oy, 100.
- Rask, Katja; Kainulainen, Sakari & Pasanen, Stina 2003. Diakoniatyön ja kirkon työn arki vuonna 2002. A-tutkimuksia 3. Helsinki.
- Riisio, Hilka 2004. Missä hätä on suurin? Diakoniatyöntekijöiden näkemyksiä diakoniasta ja sen kohteesta Diakonia-lehdessä 1990-1995. Pro-gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto, 26.
- Rintatalo, Paula 2000. Elämän vaikeuksien syveneminen askarruttaa diakoniatyössä. Teoksessa Heikkilä, Matti. Karjalainen, Jouko & Malkavaara, Mikko(toim.) 2000. Kirkonkirjat köyhyydestä. Pieksämäki: Kirjapaino Raamattutalo Oy
- Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa(toim.). Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Ryökäs, Esko 1990. Diakonianäkemyksemme. Kirkon tutkimuskeskus, sarja B nro 62, 45.
- Rättyä, Lea 2004. Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen lisensiaattitutkimus.
- Rättyä, Lea 1998. Diakoniatöiden asiakkaiden kokemukset avun ja tuen saamisesta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen pro-gradu tutkielma
- Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a..Diakonia suomessa. Viitattu 01.05.2009. www.evl.fi.
- Sloan, Richard & Bagiella, Emilia 1999. Religion, spirituality, and medicine. The Lancet, 353.
- Suomen evankelisluterilainen kirkko. Viitattu 14.03.2009 www.evl.fi. Diakonia Suomessa. Diakonia Oulussa.
- The Royal College of Psychiatrists i.a. Healing from within: Spirituality and mental health. Viitattu 06.04.2009. www.theroyalcollegeofpsychiatrists.com. Tuoste tekijän hallussa.
- The Royal college of psychiatrists i.a. Timms, Philip 2006. Spirituality and mental

health. Spirituality and psychiatry special interest group. Viitattu 27.5.2009. www.theroyalcollegeofpsychiatrists.com. Tuloste tekijän hallussa.

Väänänen, Johanna 2007. Alkoholinkulutus ja masennusoireet masennuksen takia hoitoon hakeutuvilla asiakkaila. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu-työ.

Wensley, Michelle 2006. spirituality in nursing. Viitattu 28.5.2009. www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1995.ao4.html. Tuloste tekijän hallussa.

Wikström, Owe 2000. Salattu ihminen. Elämän syvät kysymykset ja parantava keskustelu. Helsinki: Kirjapaja Oy

Åstrand, Kaisa 1995. Käytännöllistä ja hengellistä työtä. Tutkimus diakoniatyön vaativuudesta. Diakoniatyöntekijöiden liitto.

LIITE 1

HAASTATTELUKYSYMYKSET:

- 1) Mielenterveysasiakkaan auttaminen diakoniassa ja mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaalle tarjottava apu ja toiminta diakoniatyössä diakoniatyöntekijän arvioimana.
 - a) miten mielenterveysasiakkaan auttaminen näkyy työssänne?
 - b) minkälaista toimintaa ja apua tarjoatte mielenterveysongelmista kärsivälle asiakkaalle?

- 2) Mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan tuomat haasteet diakoniatyölle diakoniatyöntekijän arvioimana.
 - a) Minkälaisia haasteita mielenterveysongelmista kärsivä asiakas tuo työllenne ja vuorovaikutustilanteeseen?
 - b) Onko mielestänne joitakin tiettyjä ikä- tai yhteiskuntaryhmiä, jotka koette erityisen haasteelliseksi diakoniatyössä mielenterveystyön näkökulmasta.

- 3) Haasteista selviytyminen diakoniatyöntekijän arvioimana, sekä koulutuksen ja kehityksen merkittävyys osana haasteista selviytymistä.
 - a) Millä tavoin pyritte selviämään mahdollisista haasteista, jotka mielenterveysongelmista kärsivä asiakas tuo?

b) Minkälaista lisäkoulutusta mielestänne tarvitaan jotta mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan tuomiin haasteisiin voitaisiin vastata entistä paremmin ja millä tavalla mielenterveystyötä tulisi mielestänne tulevaisuudessa kehittää diakoniatyön näkökulmasta?

LIITE 2
AINEISTON ANALYYSI JA LUOKITTELU

Yhdistävä luokka

Mielenterveysasiakkaalle tarjottu
toiminta ja tuki diakoniatyössä ja
yhteistyössä muiden mielenterveys-
toimijoiden kanssa

Yläluokka

Henkilökohtaiset tapaamiset

Diakonian ryhmät

Seurakunnan leirit

Yhteistyö mielenterveys-
tahojen kanssa

Alaluokka

Keskusteluapu

Rahallinen auttaminen

Kotikäynnit

Mielenterveysryhmät

Päihderyhmät

Muut vertaisryhmät

Mielenterveysleirit

Työttömien leirit

Mielenterveystoimisto ja mielenvireyden talo

Seurakunnan mielenterveystyöntekijät

Verkostoitumisen tärkeys

Yhdistävä luokka

Mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan
auttamisen haasteet

Yläluokka

Haasteet diakoniatyölle

Mielenterveysongelmiin liittyvät
tekijät

Haasteelliset yhteiskunta-
ja ikäryhmät

Haasteista selviytyminen

Alaluokka

Rajojen asettaminen asiakkaalle
Sosiaalinen kanssakäyminen asiakkaan kanssa
Työntekijän varottava puheitaan
Mielenterveystyön laaja-alaisuus
Mielenterveystyön kuormittavuus
Työntekijän pelko aggressiivisesta asiakkaasta
Asiakkaan päihteiden ja alkoholin käyttö

Asiakkaan sitoutumattomuus
Asiakkaan kyvyttömyys raha-asioissa
Asiakkaan kyvyttömyys ilmaista itseään
Asiakkaan aggressiivisuus
Asiakkaan hengellisen elämän ongelmat

Nuoret
Työttömät työikäiset
Vanhukset
Syrjäytymisvaarassa olevat

Lisäkoulutukset ja kirjallisuuteen perehtyminen
Työnohjaus ja haasteista puhuminen
Toivon antaminen asiakkaalle

Yhdistävä luokka

Yläluokka

Alaluokka

Mielenterveystyön kehittämisideat
diakoniatyössä

Diakoniatyöntekijän
omat kehittymismahdollisuudet

Diakoniatyöntekijöillä hyvä pohjakoulutus alalle
Alan kirjallisuuden lukeminen
Lisäkoulutus diakoniatyöntekijän oman mielen-
kiinnon mukaan

Lisäkoulutus ja mielenterveys-
työn kehittäminen

Ryhmätyön lisääminen
Lisäkoulutus
Mahdollinen yhteistyö Diakonia-ammattikorkea-
koulun kanssa
Ennakkoluulottomuuden lisääminen