

TERVEYTTÄ DIAKONIATYÖSTÄ
Diakonissa ikäihmisen vierellä kulkijana

Kaija Lauri ja Sara Myllylä
Opinnäytetyö, kevät 2014
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK) +
kirkon diakonissan virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Lauri, Kaija & Myllylä, Sara. Terveyttä diakoniatyöstä – diakonissa ikäihmisen vierellä kulkijana. Diakonia-ammattikorkeakoulu, kevät 2014, 36 s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK) + kirkon diakonissan virkakelpoisuus.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla, diakonissan tekemää terveyttä edistävää työtä, ikääntyneiden kanssa. Opinnäytetyö tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää noudattaen. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Haastateltavat olivat Jyväskylän ja Pyhäjoen ikääntyneitä seurakuntalaisia. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää diakoniatyötä ja edistää työn terveyttä edistävien vaikutusten tunnettavuutta.

Tulosten mukaan diakonissat edistävät ikääntyneiden terveyttä monella tavalla. Ikääntyneet pitivät erityisesti hengellisen terveyden edistämistä tärkeänä. Samalla edistettiin psyykkistä ja sosiaalista terveyttä. Fyysistä terveyttä edistettiin vähiten. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, millä tavoin diakonissa edistää hengellistä terveyttä.

Asiasanat: diakonia, terveyden edistäminen, ikääntyneet, toimintakyky, hengellisyys.

ABSTRACT

Lauri, Kaija and Myllylä, Sara. Health from Welfare Work – A Deaconess as a Fellow Human Being of an Elderly Person. Diaconia University of Applied Sciences, Spring 2014, 36 pages, 1 appendix. Language: Finnish. Degree programme in nursing. Option in diaconal nursing. Degree: Registered Nurse + Deaconess.

The purpose of this thesis was to describe the health promoting work that a deaconess does with the elderly. The thesis was done using a qualitative research method. The data was collected by using a themed interview and the answers were analyzed by using content analysis. The interviewees were elderly parishioners of Jyväskylä and Pyhäjoki parishes, Finland. The aim was to develop welfare work and to promote people's awareness of the health promoting effects of the welfare work.

According to the results deaconesses promote the health of the elderly in many ways. The elderly thought that promoting spiritual health was especially important. Mental and social health were also promoted. Physical health was promoted the least. In the future it would be interesting to find out how a deaconess promotes spiritual health.

Key words: welfare work, health promotion, the elderly, ability to function, spirituality.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO.....	5
2 IKÄIHMISTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN DIAKONIATYÖSSÄ.....	6
2.1 Ikääntyneen terveyden edistäminen	6
2.2 Ikääntyneen toimintakyky	8
2.3 Ikääntyneen terveyden edistämisen haasteita	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	14
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	15
4.1 Opinnäytetyön lähtökohtia	15
4.2 Haastateltavat ja aineiston keruu.....	15
4.3 Aineiston analyysi.....	18
5 IKÄÄNTYNEEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN DIAKONIATYÖSSÄ – OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	20
5.1 Hengellisen terveyden edistäminen.....	21
5.2 Psykkisen terveyden edistäminen	22
5.3 Fyysisen terveyden edistäminen	23
5.4 Sosiaalisen terveyden edistäminen.....	24
5.5 Tulosten vertailua aikaisempiin tutkimuksiin.....	24
6 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET.....	27
6.1 Opinnäytetyöstä	27
6.2 Opinnäytetyön eettisyys	28
6.3 Opinnäytetyön luotettavuus	29
LÄHTEET	32
LIITE 1: HAASTATTELUKÄYNNIT	36

1 JOHDANTO

Diakoniatyöllä on monenlaisia terveyttä edistäviä vaikutuksia. Iso osa siitä on terveyden edistämistä, mutta sitä ei osata tunnistaa. Diakoniatyöntekijä antaa terveyttä edistävää ohjausta, hengellistä tukea sekä vahvistaa asiakkaan toivoa ja voimavaroja. Diakoniatyö on rinnalla kulkemista, kohdatuksi tulemista, vertaistuen järjestämistä ja taloudellista auttamista. Nämä kaikki tukevat ihmisen fyysistä ja psyykkistä terveyttä.

Diakoniatyö sisältää myös konkreettista auttamista terveystarkastuksissa: terveydenhuollon piiriin saattamista, neuvontaa sairauden hoitamisessa tai esimerkiksi verenpaineen mittausta. Noin puolet diakonian viranhaltijoista on sairaanhoitaja-diakonisseja. Diakonissat ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

Tässä opinnäytetyössä kuvaillaan, miten ikääntyneiden terveyttä edistetään diakoniatyössä. Tavoitteena oli kehittää diakoniatyötä ja sen terveyttä edistävien vaikutusten tunnettavuutta. Tehtävänä oli saada vastaus kysymykseen: miten diakonissat edistävät ikääntyneiden terveyttä. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla ikääntyneitä diakoniatyön asiakkaita Pyhäjoen ja Jyväskylän seurakunnissa.

2 IKÄIHMISTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN DIAKONIATYÖSSÄ

2.1 Ikääntyneen terveyden edistäminen

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) mukaan terveyden edistäminen on yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa. Sen tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla.

Terveyden edistäminen perustuu aina johonkin käsitykseen terveydestä ja eri tieteet ovat pohtineet laajasti terveyden käsitettä. Aikaisemmin terveys nähtiin sairauksien puutteena, mutta 1960 -luvun alussa Maailman terveysjärjestö WHO määritteli terveyden ”täydelliseksi psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi”. Tätä mallia on arvosteltu esimerkiksi siksi, että se käsittää terveyden staattisena tilana ja jakaa ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osaan. Tänä päivänä terveys usein nähdään toiminnallisuutena, voimavarana toimia optimaalisesti, eikä niinkään elämän päämääränä. (Lyyra 2007, 16.)

Useat sairaudet ja toimintakyvyn puutokset voidaan estää asianmukaisten terveyden edistämisen keinoin. Ikäihmisten terveyttä ja elämänlaatua voidaan parantaa oleellisesti kehittämällä aktiivista hoitoa ja kuntoutusta. Näiden avulla pyritään vähentämään toimintakyvyn heikkenemistä ja madaltamaan ikäihmisten kynnystä itsenäiseen elämään. (Lyyra 2007, 24.)

Sana *diakonia* tulee kreikan kielestä, ja sitä voidaan käyttää sekä Jumalan sanan jakamisesta että aineellisen avun jakamisesta. Näin sanaa on käytetty myös Apostolien tekojen luvussa 6, jossa on kuvaus Jerusalemin alkuseurakunnassa syntyneestä ongelmasta ja sen ratkaisemisesta. Täältä ovat lähtöisin kristillisen diakonian juuret. (Veijola 2002, 13; Ap. t. 6:1–6.)

Diakoniatyö kirkon elämässä on kristilliseen uskoon ja rakkauteen perustuvaa palvelua. Diakonia kuuluu kirkon perustehtäviin ja se lievittää, etsii ja poistaa ihmisen hätää ja kärsimystä. Lisäksi se pyrkii herättämään yhteiskunnallista ja kansainvälistä vastuuta. Kirkollisen diakonian tehtävänä on erityisesti auttaa ja tukea heikoimmassa asemassa olevia, sekä niitä, jotka jäävät muun avun ulottumattomiin tai ovat muuten kestävässä tilanteessa elämässään. (Suhonen 2009, 31; Suomen Evankelisluterilainen kirkko i.a.)

Seurakunnassa diakonian viroissa toimii diakoneja ja diakonissoja. Diakonin koulutuksen pohjana on sosionomi (AMK) ja diakonissan koulutuksen pohjana on sairaanhoitaja (AMK). Diakonissa toimii erityisesti diakonisen hoitotyön ja diakoni diakonisen sosiaalityön asiantuntijana. Piispa toimittaa diakonian virkaan vihkimisen. (Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a.)

Diakonisen hoitotyön toiminta ja auttamiskeinot ovat palvelemista: pyyteetöntä auttamista, tukemista, toivon antamista, ohjausta, rukousta, opettamista, sielunhoitoa ja yhteiskunnallista vaikuttamista. Palveleminen diakonisessa hoitotyössä on teologisen tiedon kautta välittyvää toimintaa, joka on kokonaisvaltaista ja jossa ihminen kohdataan ihmisenä. Se ei edellytä välttämättä konkreettisia hoidollisia toimintoja, mutta ammatillisuutta kylläkin. Toiminta on näkyvää tai näkymätöntä vierellä olemista ja se sisältää myös kaikki ne hoitotyön auttamis- ja vaikuttamiskeinot, jotka sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu. (Myllylä 2004, 67.)

Diakoniatyössä tehdään monenlaista terveyttä edistävää työtä, mutta työn sisältöä ei välttämättä ajatella terveyden tai terveyden edistämisen näkökulmasta. Seurakuntatyössä toimiva diakonissa on hengellisen työn tekijä, mutta myös terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka ammatillinen osaaminen ilmenee terveyden edistämiseen liittyvänä ohjaamisena, tuen antamisena muuttuneessa terveydentilassa, hengellisen tuen antamisena, sekä toivon ja voimavarojen vahvistamisena. (Kotisalo 2005, 5 – 18.) Lisäksi diakonissa tarjoaa sosiaalista tukea ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon ja hänellä on merkittävä rooli myös asiakkaan mielenterveyden tukemisessa tärkeiden elämänmuutosten hetkellä. Elämänmuutokset voivat liittyä esimerkiksi yllättävään kriisiin, sairaalaan joutumiseen tai kuolemaan. Diakonissa on

tavallaan etulinjassa auttamassa ja tukemassa seurakuntalaisten kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Anaebere & DeLilly 2012.)

Terveyteen liittyvä auttaminen on ensisijaisesti henkisen ja sosiaalisen tuen antamista, sairauden kanssa jaksamisen tukemista, huolien ja vaivojen kuuntelemista, asiakkaan oikeuksien puolustamista, terveystaloutehin ohjaamista, vertaistuen järjestämistä, sekä rohkaisemista ja kannustamista. (Kinnunen 2009, 251 – 252.) Tärkeää on myös se, että diakoniatyöntekijät tiedottavat terveydenhuollossa havaitsemistaan epäkohdista ja vievät viestiä eri ihmisryhmien ja yksilöiden terveystalouksien tarpeista paikallisille terveystalouksille. Diakoniatyö antaa monia mahdollisuuksia terveyttä ja hyvinvointia edistävään toimintaan, jos työntekijät vain osaavat käyttää nuo mahdollisuudet hyväkseen. (Rättyä 2012, 101.)

Diakoniatyöntekijöillä tulee heidän itsensä mielestä olla poliittisia, tiedottamis- ja asianajajuus-, tutkimus-, arvovaikuttamis- ja -kasvatus-, auttamis- ja yhteistyövalmiuksia. Lisäksi tarvitaan työssä selviytymis- ja vaikuttamismotivaatiovalmiuksia. Diakoniatyöntekijöiden mielestä koulutus ei kuitenkaan riittävästi anna kyseisiä valmiuksia, vaan täydennyskoulutusta kaivattaisiin. (Rättyä, 2009).

2.2 Ikääntyneen toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisen elämänsä tehtävistä itseään tyydyttävällä tavalla omassa elinympäristössään. Kansainvälinen toimintakykyluokitus (ICF) määrittelee toimintakyvyn elinjärjestelmien toimintoina, niihin perustuvina suorituksina ja näiden toimintojen ja suoritusten mahdollistamana osallistumisena yhteisön elämään. Toimintakyky tarkoittaa siis esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistön tai aistien toimintaa, oppimista tai liikkumista tai itsestä ja kodista huolehtimista. Toimintakyky eri tehtävissä määräytyy terveydentilan, muiden yksilöllisten ominaisuuksien ja ympäristön vuorovaikutuksen tuloksena. (ICF 2004.)

Fyysistä toimintakykyä on tutkittu eniten kaikista toimintakyvyn osa-alueista, koska ikääntymismuutokset ovat selviä juuri sillä alueella. Yleisesti ajatellaan, että vanheneminen on geenien määrittelemä tapahtuma, johon vaikuttavat myös ulkoiset tekijät. Vanhenemisen seurauksena elimistön toimintakyky heikkenee ja kyky vastustaa sairauksia vähenee. Vastustuskyky ulkoisille uhkatekijöille on geneettisistä syistä yksilöllinen, minkä vuoksi yksilölliset erot sairastavuudessa ja elinajassa ovat suuria ja ikääntymismuutokset ilmenevät erilaisina. (Husu, Suni, Valkeinen & Vasankari 2012, 125.)

Esimerkiksi lihasvoima ja -kestävyys alkavat heiketä 50. ikävuoden jälkeen. Suorituskyky heikkenee nopeammin alaraajoissa. Se on naisilla selvempää kuin miehillä. Ikääntyessä myös tasapaino heikkenee, liikkuminen hidastuu ja ketteryys vähenee. (Eloranta & Punkanen 2008, 10 – 12.) Huono fyysinen kunto on kansanterveydellisesti merkittävä haaste, kun pyritään pidentämään suomalaisten työuria ja edistämään iäkkäiden ihmisten itsenäistä selviytymistä kotona. Fyysiseen kuntoon vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi sukupuoli, ikä, perimä, terveydentila ja fyysinen aktiivisuus. (Husu ym. 2012, 125.)

Psyykinen toimintakyky on yhteydessä ihmisen psyykkisiin voimavaroihin, persoonallisuustekijöihin ja psyykkiseen terveyteen toimintakyvyn edellytyksenä. Psyykkistä toimintakykyä ja -hyvinvointia luonnehtii realiteettien taju, elämänhallinnan kokeminen, optimismi, tyytyväisyys elämään, tarkoituksen kokeminen, sosiaalinen taitavuus, itseluottamus ja toiminnallisuus. Persoonallisuutta voidaan sanoa ihmisen psyykkisten tekijöiden kokonaisuudeksi, siihen vaikuttavat monet tekijät, esimerkiksi kognitiiviset tapahtumat kuten havaitseminen, ajattelu, kieli, oppiminen ja muisti. Lisäksi siihen vaikuttavat motivationaaliset tekijät sekä tunteet. Psyykinen itsesäätely vaikuttaa myös ihmisen persoonallisuuteen. Identiteetti ja minäkäsitys liittyvät myös persoonallisuuskulmaan. Olennaista vanhuksen identiteetissä on se, mitä hän kokee saaneensa aikaan elämässään. (Eloranta ym. 2008, 12 – 13.)

Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavat itsetuntemus ja itsearvostus, jotka sisältyvät minäkäsitykseen. Ihmisen minäkuva saattaa heiketä vanhuudessa. Siihen vaikuttavat vanhuutta aliarvioiva kulttuuri ja esimerkiksi leskeytyminen, eläkkeelle jääminen tai

oman raihnaistuvan kehon kohtaaminen. Ihmissuhdekokemukset vaikuttavat minään ja minuuteen. Säilyttääkseen itsetuntonsa yksilön on koettava olevansa merkittävä ja muiden hyväksymä. Elämän varhaisvuosina koetut onnistumiset ja hyväksynnän tunteet vaikuttavat psyykkiseen toimintakykyyn. (Eloranta ym. 2008, 12 – 13.)

Toiminta, tunne-elämä ja ajattelu sisältyvät psyykkiseen toimintakykyyn. Nämä kolme vaikuttavat koko ajan toisiinsa. Esimerkiksi, jos ihminen on maseentunut, hän suhtautuu itseensä ja tulevaisuuteensa pessimistisesti, eikä hänen toimintakykynsä ole myöskään parhaimmillaan. Lisäksi hänen tarkkaavaisuutensa alenee, kyky tehdä päätöksiä heikkenee ja työn tulokset ovat huonoja. Aiemmat merkitykselliset kokemukset ja ratkaisemattomat ristiriidat tulevat vanhuudessa uudelleen esille. Tärkeä edellytys psyykkiselle toimintakyvylle on elämän tarkoituksen ja mielekkyyden löytäminen. (Eloranta ym. 2008, 14 – 16.)

Sosiaalinen toimintakyky on ihmisen valmiutta suoriutua elämässä toisten ihmisten kanssa. Fyysinen ja psyykinen toimintakyky ovat edellytyksiä sosiaaliselle toimintakyvylle. Yksilön ja ympäristön vuorovaikutus on tärkeää. Se ilmenee kykynä suoriutua sosiaalisista tilanteista ja toimia yhteiskunnan jäsenenä sisältäen muodolliset (järjestöt, kirkko, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot) ja epämuodolliset (perhe, sukulaiset, ystävät) suhteet. Läheissuhteiden määrä sekä se, miten useasti on kontaktissa sukulaisten, ystävien ja naapureiden kanssa on tärkeä seikka sosiaalista toimintakykyä tarkasteltaessa. Sosiaalisen tuen merkitys on myös otettava huomioon sosiaalisissa suhteissa. Sosiaalinen tuki tarkoittaa tekijöitä, jotka edistävät terveyttä tai ehkäisevät stressiä. Se on voimavara. Sosiaalisten suhteiden laatua voidaan mitata esimerkiksi puolison olemassaololla, sukulaisten ja ystävien määrällä ja tapaamistiheydellä, sekä järjestöihin ja yhdistyksiin kuulumisella. (Eloranta ym. 2008, 16 – 17.)

Sosiaalinen vanheneminen tarkoittaa muutoksia ikääntyvän henkilön ja hänen ympäristönsä suhteissa ja odotuksissa. Se ilmenee ympäristön asettamina rooli- ja odotuksina ja ikääntymiseen liittyvien tapahtumien aikaansaamina roolien muutoksina. Esimerkkeinä tällaisista tapahtumista ovat eläkkeelle jääminen, isovanhemmuus, omien vanhempien kuolema ja puolison kuolema. (Eloranta ym. 2008,

16 – 17.) Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttaa henkilön fyysinen ja psyykkinen toimintakyky samoin kuin ympäristön ominaisuudet. Iäkkäillä ihmisillä myös itsenäinen selviytyminen arkitoimista on sosiaalista toimintakykyä. (Koskinen, Sainio, Tiikainen & Vaarama 2012, 137.)

Hengellisyys on osa kokonaisvaltaista hyvinvointia. Se tarkoittaa uskonnollisen elämäntavan teoriaa ja käytäntöä. Tärkeää on yhteys itseä suurempaan elämää kannattelevaan voimaan. Se voi olla Jumala, mutta myös tietty elämänfilosofia, yhteys luontoon tai luomakuntaan. Monet ihmiset saavat vastoinkäymisten kohdatessa turvan jostakin ihmistä suuremmasta. (Nissinen 2009, 182.) Hengellinen toimintakyky on moraalisten ja uskonnollisten periaatteiden tunnistamista, sekä sitä että kokee elämän merkitykselliseksi ja mielekkääksi. Vanhuksen hengelliset tarpeet tulee ottaa huomioon, jotta hänen elämänsä olisi tasapainossa. Hengellinen toimintakyky sisältää uskonnollisuuden, elämäkatsomuksen, arvot, aatteet ja elämänfilosofian. Lisäksi se pitää sisällään henkilön suhtautumisen elämään ja kuolemaan. Se on tärkeä toimintakyvyn osa-alue ja sen merkitys korostuu vanhuudessa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009; 210, 86.)

2.3 Ikääntyneen terveyden edistämisen haasteita

Ikääntyminen tuo mukanaan erilaisia haasteita. Fyysisen kunnon heikkeneminen näkyy selkeimmin ja vaikuttaa myös muihin toimintakyvyn osa-alueisiin. Ikääntynyt joutuu turvautumaan toisten apuun eikä välttämättä kykene liikkumaan yksin kotinsa ulkopuolella. Myös aliravitsemus voi aiheuttaa ongelmia, jos ikääntynyt ei pysty tai jaksa laittaa ruokaa. Merkittävin haaste on riittämättömät sosiaaliset verkostot ja yksinäisyys.

Ikääntyneistä kolmasosalle yksinäisyys on jossain määrin ongelma, mutta yhdelle kymmenestä ikäihmisestä se merkitsee vakavaa uhkaa terveydelle ja hyvinvoinnille. Tunne yksinäisyydestä vaihtelee ja siitä voi toipua. Se voi olla pitkäkestoista, mutta sitä saattaa myös esiintyä kausiluontoisesti, esimerkiksi terveyden ja toimintakyvyn muuttuessa ja ihmissuhteiden menetysten yhteydessä. (Tiikkainen 2007, 146.)

Ikääntyneiden yksinäisyys ja eristyneisyys on merkittävä ongelma vanhusväestölle. Ei ole kuitenkaan tarkkaa tutkimustietoa siitä, mitä ikääntyvän ihmisen yksinäisyys on. Sosiaalinen eristäytyminen ja kokemus yksinäisyydestä ovat eri asioita, vaikkakin ne voivat ilmetä samanaikaisesti. Ihminen voi olla yksinäinen myös toisten seurassa ollessaan. Toisaalta on myös olemassa yksin asuvia ja vähemmän ihmisten kanssa tekemisissä olevia, jotka eivät kuitenkaan tunne itseään yksinäisiksi. (Saaristo 2011, 131.)

Vanhuuteen liittyy elämäntapahtumia, jotka ovat vaikeita ja aiheuttavat yksinäisyyttä. Eräs niistä on puolison menetys, varsinkin jos yhteiselo on kestänyt pitkään. Pitkässä parisuhteessa puoliset ovat hioutuneet pitkälle toistensa kaltaisiksi ja heidän työnjakonsa on muotoutunut toista täydentäväksi. Puolison kuoleman myötä myös oma kuolema tulee todemmaksi. (Saaristo 2011, 135.) Vaikka leskeytyminen kuuluu vanhuuteen, on se silti aina psyykinen kriisi. Naiset kohtaavat useammin leskeytymisen haasteen, koska naisten elinikä on keskimääräisesti korkeampi ja mies on yleensä aviopuolisoaan vanhempi. (Pajunen 2004, 196 – 197.)

Leskeytymiseen liittyy monenlaisia muutoksia. Täytyy omaksua uusia valmiuksia ja taitoja tai voi myös joutua muuttamaan uuteen asuinympäristöön. Lisäksi sosiaalisessa verkostossa voi ilmetä muutoksia esimerkiksi jos edesmennyt puoliso on ollut pariskunnan sosiaalisesti aktiivinen ja ulospäinsuuntautunut osapuoli. Mikäli parisuhteeseen on kuulunut voimakas tukeutuminen puolisoon, voi yksin jäänyt kokea epävarmuutta arjessa selviytymisessä. Useimmiten leskeytymiseen kuitenkin mukaudutaan kuten muihinkin ikääntymisen myötä tuleviin elämänmuutoksiin. Sekin tavallaan kuuluu elämänkulkuun. Läheisiltä saatu tuki auttaa sopeutumisessa ja muistoissa voi palata elettyihin yhteisiin vuosiin, joista voi ammentaa tyytyväisyyttä ja kiitollisuutta. (Pajunen 2004, 196 – 197.)

Toinen yksinäisyyttä aiheuttava elämäntapahtuma on myöhemmällä iällä tapahtunut avioero, jonka yhteydessä voidaan kokea suurta syyllisyyttä ja häpeää. Suruprosessi voi eron yhteydessä olla jopa monimutkaisempi ja raskaampi kuin kuoleman yhteydessä. Muut vanhuuteen liittyvät luopumiset voivat myös aiheuttaa yksinäisyyttä, esimerkiksi

eläkkeelle siirtyminen. Tämä on periaatteessa myönteinen ja toivottu tapahtuma, mutta saattaa silti aiheuttaa vaikean psyykkisen reaktion. Omat sairaudet voivat myös aiheuttaa yksinäisyyttä, ja kokonaisvaltaista hyvinvointia pidetäänkin tärkeänä tekijänä onnelliselle vanhuudelle. (Saaristo 2011, 135 – 136.) Yksinäisyyttä aiheuttaa myös vähäiseksi koettu sosiaalinen ja emotionaalinen yhteys muihin ihmisiin, depressiivisyys, huono taloudellinen tilanne ja yksinasuminen (Heikkinen, Kauppinen & Tiikkainen 2004, 257).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, miten ikääntyneen terveyttä edistetään diakoniatyössä. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada vastaus kysymykseen: Miten diakonissat edistävät asiakkaidensa terveyttä? Tavoitteena oli kehittää diakoniatyötä ja edistää sen terveyttä edistävien vaikutusten tunnettavuutta.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Opinnäytetyön lähtökohtia

Terveyden edistämisestä puhutaan eri tiedotusvälineissä, mutta ihmisillä ei välttämättä ole selvyyttä siitä, mitä se käytännössä tarkoittaa. Myös Diakonia-ammattikorkeakoulussa korostetaan terveyden edistämisen tärkeyttä. Etenkin diakoniatyössä terveyden edistämisen keinot ovat välillä hankalia hahmottaa.

Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän, koska halusimme kuvailla, millä tavalla diakoniatyöntekijät edistävät asiakkaidensa terveyttä ja hyvinvointia. Laadullisessa tutkimuksessa on useita eri aineistonkeruumenetelmiä, kuten haastattelu tai videointi. Laadullisessa tutkimuksessa haastatellaan yleensä valittuja yksilöitä. Haastattelun perusmuotona on avoin kysymys tai teema. Laadullisessa tutkimuksessa objektiivisuus lähtee siitä, että tutkija ei sekoita omia uskomuksiaan, asenteitaan ja arvostuksiaan tutkimuskohteeseen, vaan nimenomaan yrittää ymmärtää haastateltavan henkilön näkökulmia ja ilmaisuja. (Juvakka & Kylmä 2007, 16 – 17; Tilastokeskus i.a.)

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elinympäristönsä ja siihen liittyvät merkitykset. Tutkimuksen kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Arvolähtökohdista ei voi sanoutua irti, sillä arvot muovaavat pyrkimyksiämme ymmärtää tutkimiamme ilmiöitä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita enemmän kuin todentamaan jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157; Juvakka & Kylmä 2007, 16 – 17.)

4.2 Haastateltavat ja aineiston keruu

Suoritimme opinnäytetyöhön liittyvät haastattelut Pyhäjoella ja Jyväskylässä. Pyhäjoki sijaitsee Perämeren rannalla, noin 100 kilometriä Oulusta etelään päin. Kunnan

asukasluku vuodenvaihteessa 2012 - 2013 oli 3 313 (Pyhäjoen kunta i.a.). Jyväskylä sijaitsee Keski-Suomessa, noin 340 km Oulusta etelään. Kaupungin asukasluku oli 133 482 vuonna 2012. Yli 85 -vuotiaita vanhuksia väestöstä oli 2 437 (Jyväskylän kaupunki 2013). Pyhäjoen seurakunnassa työskentelee yksi diakonian viranhaltija. Tämän takia työnkuva on monipuolinen ja laaja. Työhön kuuluu asiakasvastaanottojen lisäksi kotikäyntityö, yhteistyö kunnan vanhustyön, sosiaalityön ja eri järjestöjen kanssa, yhteisvastuukeräyksen organisointi ja toteutus, diakonian kirkkopyhät, laitoksissa ja pienkodeilla vierailut, hartaudet, koulujen aamunavaukset, avustustoiminta äkillisen avuntarpeen yllättäessä, vapaaehtoistoiminta, leirit, retket ja ryhmätoiminta. (Pyhäjoen seurakunta i.a.)

Jyväskylän seurakunta koostuu yhdeksästä alue seurakunnasta. Alue seurakunnista haastattelimme keskustan alueen vanhusasiakkaita. Keskustan alueella työskentelee viisi diakonian viranhaltijaa. Heidän työtehtäviään on jossain määrin jaettu, esimerkiksi yksi työntekijä on keskittynyt laitoksissa käynteihin. Diakoniatyön sisältö on samankaltaista kuin Pyhäjoella. (Jyväskylän seurakunta 2013.) Pyhäjoella vaikuttaa lestadiolaisuuden eri suuntaukset ja myös herännäisyys jossain määrin. Uudemmat liikkeet eivät ole juuri vallanneet alaa. Pyhäjokiset ovat luonteeltaan sopuisia ja suvaitsevaisia eri hengellisten suuntausten suhteen. (Pyhäjoen seurakunta i.a.)

Haastateltaviksi valikoituivat suunnitelman mukaan ikääntyneet seurakunnan jäsenet. Haastattelut toteutettiin kotikäyntien yhteydessä. Haastateltavat valittiin yhdessä diakonissan kanssa sen perusteella, kuka pystyy muistinsa puolesta vastaamaan kysymyksiin. Diakonissa oli jo useamman kerran käynyt valitsimimme haastateltavien luona kotikäynneillä. Oli järkevää valita haastateltavia, joilla on kokemusta seurakunnan diakoniatyöstä pidemmältä ajalta.

Haastateltavat olivat iäkkäitä, keski-ikä oli noin 86 vuotta. Yhtä lukuun ottamatta kaikki vanhuksat asuivat yksin. Haastateltavia oli kuusi, yksi mies ja loput olivat naisia. Seurakunta oli ollut heille kaikille merkittävässä roolissa läpi elämän. Monet olivat esimerkiksi käyneet jumalanpalveluksissa säännöllisesti. Muutama haastateltava oli aikaisemmin toiminut seurakunnan kerhoissa vetäjänä ja ohjannut jumppia, sekä pitänyt

hartaushetkiä ja muita esityksiä. Heille oli ollut tärkeää olla yhdessä muiden seurakuntalaisten kanssa.

Suoritimme haastattelut teemahaastatteluna, jossa käytetään avoimia kysymyksiä ja jossa haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tutkija antaa haastateltavan puhua vapaasti, mutta pitää kuitenkin haastattelun aiheesta ja koossa. (Tuomi ym. 2009, 75 – 76; Hirsjärvi & Hurme 2010, 48.) Teemahaastattelussa valitaan muutamia avainkysymyksiä, joiden ympärille haastattelu rakentuu. Teemoja ei kuitenkaan kannata olla liikaa, muuten teemahaastattelu muuttuu strukturoiduksi haastatteluksi. Strukturoidussa haastattelussahan käytetään lomaketta, jossa on tarkat kysymykset ja vastausvaihtoehdot. (Juvakka ym. 2007, 78.)

Teemat eivät varsinaisesti nousseet mistään teoriasta, vaan loimme teemat sillä ajatuksella, että halusimme ottaa haastateltavat huomioon kokonaisvaltaisesti. Mielestämme oli tärkeää tietää jotain haastateltavien tämänhetkisestä tilanteesta, koska se auttaa meitä ymmärtämään heitä paremmin. Seurakunnan roolista haastateltavien elämästä kysyimme siksi, koska halusimme tietää vaikuttaako myönteinen suhtautuminen seurakuntaan myös suotuisasti diakoniatyön piiriin hakeutumiseen.

Nämä kaksi ensimmäistä teemaa toimivat johdatuksena kolmanteen teemaan, joka oli tärkein ja jonka ympärille koko opinnäytetyö rakentui. Ensimmäiset teemat antoivat meille tarvittavaa taustatietoa haastateltavista ja siitä mikä ikääntyneiden elämässä sillä hetkellä mietitytti ja puhututti.

Valitsimme muutaman teeman (liite 1), joista keskustelisimme. Halusimme tietää hiukan haastateltavien taustoista ja tämänhetkisestä elämäntilanteesta. Mietimme myös selkeämpiä tapoja kysyä diakoniatyön terveyttä edistävästä vaikutuksista, sillä monikaan ei ymmärrä, jos kysytään suoraan, että miten diakonissa on edistänyt tämän terveyttä. Haastattelut etenivät melko vapaamuotoisesti haastateltavien ehdoilla. Haastattelut toteutettiin haastateltavien kotona, joten heidän oli helpompi puhua, koska ympäristö oli tuttu ja turvallinen. Välillä keskustelu rönsyili sivuraiteille, jolloin se jouduttiin palauttamaan takaisin aiheeseen. Monet haastateltavat innostuivat kertomaan paljonkin elämästään ja huomasi, että heillä oli tarve puhua.

4.3 Aineiston analyysi

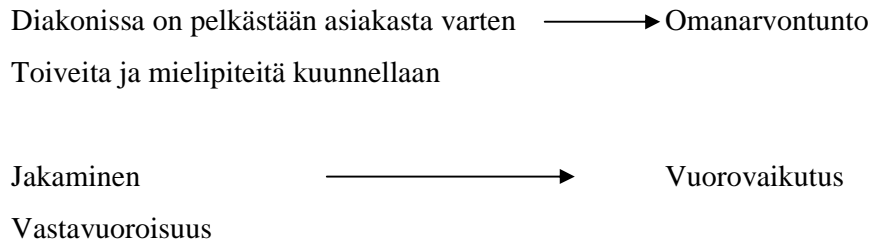
Opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Sen avulla luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja teoreettisen merkityksen perusteella. Analyysi perustuu aineistolähtöiseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys ohjaavat. Analyysissa haetaan siis vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymykseen. Aineisto puretaan osiin ja osat jotka ovat sisällöllisesti samankaltaisia, yhdistetään. Sen jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymykseen. Aineiston tiivistyminen ja abstrahoituminen on oleellista, sillä analyysin avulla kuvataan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Juvakka ym. 2007, 112 – 113.)

Aloitimme sisällön analyysin lukemalla haastattelumuistiinpanot. Meillä ei ollut mahdollisuutta nauhoittaa haastatteluja, koska emme saaneet nauhuria käyttöömmme. Pyrimme kuitenkin haastattelutilanteessa tekemään mahdollisimman tarkat muistiinpanot. Seuraavaksi kirjoitimme puhtaaksi haastattelumuistiinpanot ja etsimme sieltä sellaisia asioita, jotka parhaiten vastasivat tutkimuskysymykseen. Tätä vaihetta kutsutaan pelkistämiseksi. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistolta esimerkiksi kysytään tutkimuskysymyksen mukaisia kysymyksiä. Tekstin marginaaliin kerätään pelkistettyjä ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Aineistosta koodataan tutkimuskysymykseen liittyviä pelkistettyjä ilmaisuja. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 – 7.)

Seuraavaksi ryhmittelimme pelkistetyt ilmaisut ryhmiin. Otsikoimme ryhmät sisällön mukaan, mikä aloitti abstrahointi- eli käsitteellistämisen prosessin. Abstrahointi tarkoittaa sitä, että tutkimusaineisto järjestetään sellaiseen muotoon, että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voidaan irrottaa yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista ja lausumista ja siirtää yleiselle teoreettiselle ja käsitteelliselle tasolle (Metsämuuronen 2008, 48). Kokosimme ilmaisuista alakategorioita, jotka kuvaavat kaiken sen sisällön, jonka yläkategoria tiivistetyksi ilmaisee (Kuvio 2, 20).

Esimerkiksi psyykkisen terveyden edistämisen alaluokat muodostuivat niin, että valitsimme muutamien haastateltavien käyttämän ilmaisun ja tiivistimme ne alaluokiksi.

Alaluokka omanarvontunto muodostui yhdistämällä kaksi haastateltavien käyttämää pelkistettyä ilmaisua ja muodostamalla niistä ilmaisuja yhdistävä alaluokka. Samalla tavalla syntyi myös alaluokka vuorovaikutus.



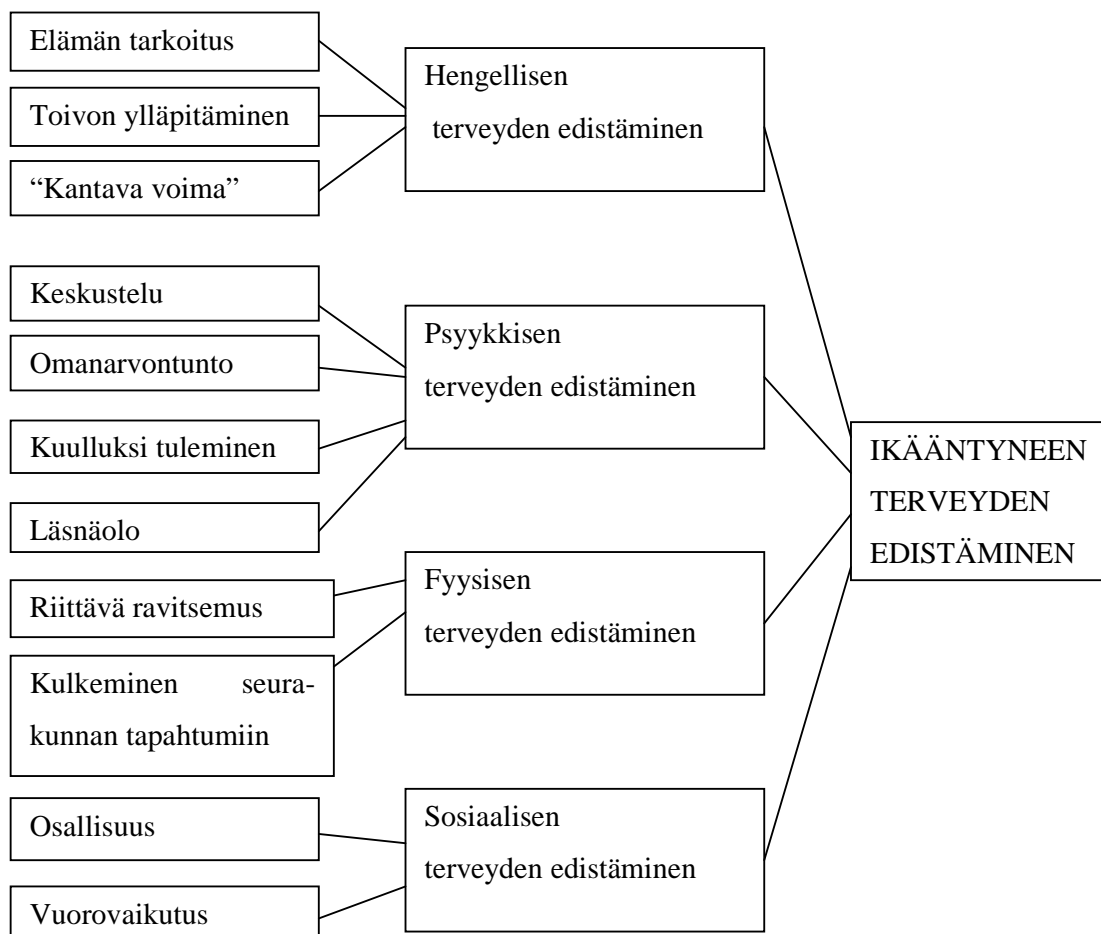
KUVIO 1. Alaluokkien muodostaminen haastateltavien käyttämistä ilmaisuista

Ryhmittelyvaiheessa pelkistetyistä ilmaisuista etsitään eroja ja yhteneväisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja nimetään kategoria sen sisältöä kuvaavaksi. Samansisältöiset kategoriat yhdistetään toisiinsa ja niistä muodostuu yläkategorioita, jotka nimetään sen sisältöä kuvaavaksi. Viimeinen vaihe on abstrahointi, jossa kategorioita yhdistetään ja aineistoa tiivistetään mahdollisimman pitkälle. Tämä vaihe limittyy osaksi ryhmittelyvaihetta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 – 7.)

5 IKÄÄNTYNEEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN DIAKONIATYÖSSÄ – OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tulosten mukaan diakonissa edistää ikääntyneen terveyttä monella tavalla. Diakonissa oli ikääntyneen arjessa mukana niin hyvinä kuin huonoina päivinä. Ikääntyneet pitivät tärkeänä etenkin hengellistä terveyden edistämistä, joka ilmeni esimerkiksi kotikäynneillä virsien laulamisenä. Psykkistä ja sosiaalista terveyttä edistettiin myös. Fyysisen terveyden edistäminen jäi vähemmälle.

Ikääntyneen terveyden edistäminen pääluokka muodostui neljästä yläluokasta hengellisen, psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen terveyden edistämisestä. Yläluokat muodostuivat 11 pääluokasta, joita olivat elämän tarkoitus, toivon ylläpitäminen, ”kantava voima”, keskustelu, omanarvontunto, kuulluksi tuleminen, läsnäolo, riittävä ravitsemus, kulkeminen seurakunnan tapahtumiin, osallisuus ja vuorovaikutus.



KUVIO 2. Diakonissat ikääntyneen terveyden edistäjänä

5.1 Hengellisen terveyden edistäminen

Yläluokka hengellisen terveyden edistäminen korostui haastatteluissa. Tämä on luonnollistakin, sillä seurakunnasta tullaan usein hakemaan apua hengellisiin tarpeisiin. Hengellisen terveyden edistäminen tarkoitti ikääntyneille laulamista, rukoilemista tai hengellistä keskustelua diakonissan kanssa. Haastateltavien oli helppo tunnistaa diakonissan tekemä hengellinen terveydenedistämistyö. Eräs tärkeä piirre diakonissan käynneissä oli uskon ja hengellisen elämän vahvistaminen ja ylläpitäminen. Erään haastateltavan mielestä diakonissan käynnit pitivät hänet kirkon toiminnassa mukana. Myös muiden vastaajien mielestä diakonissan käynnit auttoivat hoitamaan hengellistä puolta heissä itsessään. Hengellisen terveyden edistäminen yläluokka muodostui alaluokista elämän tarkoitus, toivon ylläpitäminen ja kantava voima.

Elämän tarkoitus, alaluokka kuvaa sitä merkitystä, minkä oman hengellisyyden hoitaminen ikääntyneelle antaa. Diakonissa oli asiakkaan tukena myös vaikeissa elämäntilanteissa, kuten sairastumisen tai kriisin aikana. Diakonissa oli esimerkiksi käynyt sairaalassa katsomassa vanhusta, soittanut ja tehnyt tiheämmin kotikäyntejä kriisin aikana. Monet vastaajista sanoivat, että diakonissa on tukenut ja kuunnellut heitä kuin hyvä ystävä. Seurakunta ja seurakunnan tilaisuudet olivat olleet haastateltaville tärkeitä. Usko antoi elämälle tarkoitusta.

Toivon ylläpitäminen, alaluokka kuvaa sitä, miten diakonissa pystyy tukemaan ikääntyneen hengellisiä voimavaroja ja antamaan hänelle toivoa vaikeina hetkinä. Monet haastateltavat kertoivat, että vaikeuksien ja kriisien aikana he ovat saaneet diakonissalta tukea ja rohkaisua. Diakonissan käynnit olivat antaneet toivoa paremmasta ja uskoa siihen, että Jumala pitää heistä huolen, toivottomimmassakin tilanteessa.

”Kantava voima”, alaluokka kuvaa uskon merkitystä ikääntyneelle. Haastateltavat totesivat, että diakonissan käynnit ja niiden sisältämät sielunhoidolliset elementit, kuten laulaminen, rukoileminen ja sielunhoidollinen keskustelu, antoivat sisältöä elämään ja vahvistivat heidän henkilökohtaista uskoaan. Kategorian nimi on suora lainaus erään haastateltavan käyttämästä ilmaisusta, jossa hän kertoi uskon olevan kantava voima elämässään.

5.2 Psyykkisen terveyden edistäminen

Yläluokka psyykkisen terveyden edistäminen tarkoittaa keskustelua, läsnäoloa ja välittämistä. Diakonissan käynteihin liittyvä psyykkisen terveyden edistäminen oli vaikea hahmottaa, ainoastaan yksi haastateltavista mainitsi sen suoraan haastattelutilanteessa. Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että psyykkisen terveyden edistäminen oli olennainen osa kotikäyntejä. Psyykkisen terveyden edistäminen yläluokka muodostui alaluokista keskustelu, omanarvontunto, kuulluksi tuleminen ja läsnäolo.

Keskustelu, alaluokka kuvaa rupattelua niin arkisista kuin vakavammistakin aiheista. Monet vastanneista pitivät keskustelua tärkeänä osana diakonissan vierailua. Laulaminen, rukoileminen ja kahvin juonti nousivat haastatteluissa myös olennaisiksi asioiksi. Etenkin lapsuudessa ja nuoruudessa tutuksi tulleet laulut ja virret olivat monille merkittäviä. Joillakin vanhuksista ei enää ollut lauluääntä, mutta tuttujen laulujen kuuleminen diakonissan laulamana toi iloa ja toivoa. Rukoileminen ja laulaminen olivat siinäkin mielessä tärkeitä, että jotkut vastanneista eivät enää pystyneet käymään jumalanpalveluksissa. Rukoileminen ja laulaminen toivat kotiin jumalanpalveluksen tuntua. Kaikki haastateltavat kaipasivat keskusteluseuraa. Diakonissan kotikäynneillä keskusteltiin paljon ja niin jokapäiväisiä kuin syvällisempiäkin asioita. Haastateltavat uskoivat diakonissalle monenlaisia asioita, myös vaikeista aiheista keskusteltiin luottamuksellisesti. Eräs haastateltava kertoi puhuvansa diakonissalle asioista, joita edes hänen omat lapsensa eivät tiedä.

Omanarvontunto, alaluokka tarkoittaa sitä, että ikääntyneellä on kokemus siitä, että hän ja hänen elämänsä ovat merkittäviä. Diakonissan kotikäynnit antoivat haastateltaville tunteen siitä, että he ovat tärkeitä ja arvokkaita. Ihmiskontaktien ollessa vähäisiä, kotikäyntien merkitys oli suuri ja ne loivat välittämisen ilmapiirin.

Kuulluksi tuleminen, alaluokka tarkoittaa sitä, että myös ikääntyneellä on tarve tulla kuulluksi. Diakonissan käynneillä asiakkaan oli mahdollista jakaa kokemuksiaan ja ajatuksiaan toisen ihmisen kanssa. Tällainen jakaminen ja kuulluksi tuleminen oli

tärkeää myös haastateltaville. Eräs haastateltava mainitsi, että ihmisestä huomaa sen, milloin hän oikeasti kuuntelee, eikä vain kuule.

Läsnäolo, alaluokka kuvaa sitä, että ikääntyneet tulevat aidosti kohdatuiksi. Diakonissan läsnäolo mainittiin haastatteluissa tärkeänä asiana. Läsnäoloon ei välttämättä tarvita sanoja, vaan riittää kun on toisen vierellä ja kiinni hetkessä. Siihen sisältyy aito välittäminen ja toisen henkilön täydellinen hyväksyminen.

5.3 Fyysisen terveyden edistäminen

Yläluokka fyysisen terveyden edistäminen tarkoittaa ikääntyneille sitä, että he jaksavat kulkea paikasta toiseen. Fyysisen terveyden edistäminen ei juuri tullut haastatteluissa ilmi. Monilla haastateltavilla oli heikentynyt fyysinen toimintakyky, joten heidän liikkumisensa oli rajoittunutta. Fyysisen terveyden edistäminen yläluokka muodostui alaluokista riittävä ravitsemus ja kulkeminen seurakunnan tapahtumiin.

Riittävä ravitsemus, alaluokka tarkoittaa sitä, että ikääntyneen on tärkeää syödä hyvin ja monipuolisesti. Usein he eivät kuitenkaan jaksaa tai pysty tekemään itse ravitsevaa ruokaa, kun heistä voi tuntua, ettei yhdelle hengelle kannata ruveta tekemään ruokaa tai sitten fyysinen kunto on vain niin huono. Diakonissa pyrki kotikäynneillään kannustamaan ikääntyntä laittamaan ruokaa tai esimerkiksi ohjaamaan tätä ateriapalvelun piiriin.

Kulkeminen seurakunnan tapahtumiin, alaluokka tarkoittaa sitä, että heikentyneestä fyysisestä toimintakyvystä huolimatta muutamat haastateltavat kykenivät käymään seurakunnan järjestämissä tilaisuuksissa. Joissakin tapauksissa diakonissa kannusti haastateltavia lähtemään esimerkiksi jumalanpalvelukseen ja toisessa seurakunnassa oli käytössä kirkkokyytipalvelu, jolloin kulkeminen kirkolle taksilla oli vain muutaman euron yhteen suuntaan. Ikääntyneet eivät pitäneet fyysistä toimintakykyä itsestään selvyytensä, vaan he osasivat arvostaa sitä, kun he kykenivät menemään seurakunnan tapahtumiin.

5.4 Sosiaalisen terveyden edistäminen

Yläluokka sosiaalisen terveyden edistäminen tarkoittaa sitä, että ikääntynyt saa muilta ihmisiltä tarvitsemansa huomion. Haastattelussa tuli selkeästi esille sosiaalisen terveyden edistäminen. Kaikki haastateltavat kokivat yksinäisyyttä, ainakin jossakin määrin. Diakonissan käynnit olivat tervetullutta vaihtelua heidän arkeensa. Yksinäisyyden tunteeseen vaikutti puolison ja ikätovereiden kuolemat, huonontunut fyysinen toimintakyky ja uudelle paikkakunnalle muutto eläkeiässä. Erityisen yksinäiseksi itsensä tunsivat vanhus, joka toimi dementoituneen puolisonsa omaishoitajana. Pariskunnan luona kävi Suomen Punaisen Ristin ystäväpalvelu kaksi kertaa kuukaudessa, mutta tämä ei ollut riittävä määrä lievittämään yksinäisyyttä. Monet toivoivat, että myös diakonissan kotikäyntejä olisi useammin.

Meille voi tulla vaikka joka päivä.

Sosiaalisen terveyden edistäminen yläluokka muodostui alaluokista osallisuus ja vuorovaikutus.

Osallisuus, alaluokka kuvaa sitä, että ikääntyneille on tärkeää olla osa yhteisöä. Kirkko on strategiansa mukaan osallisuuden yhteisö. Tässä yhteydessä osallisuus tarkoittaa sitä, että myös ikääntyneet seurakunnan jäsenet kokevat olevansa osa seurakuntayhteisöä. Jotkut vastaajista kertoivat diakonissan tavallaan tuovan kirkon heidän kotiinsa.

Vuorovaikutus, alaluokka kuvaa sitä, miten tärkeää ikääntyneelle on kanssakäyminen toisen ihmisen kanssa. Jokainen ihminen kaipaa vuorovaikutusta ja sen mukana tulevaa vastavuoroisuutta. Eräälle haastateltavalle diakonissa oli järjestänyt seurakunnan vapaaehtoisen käymään kahdesti kuukaudessa luonaan.

5.5 Tulosten vertailua aikaisempiin tutkimuksiin

Rättyän (2009) tekemässä tutkimuksessa mainitaan monta tapaa, joilla diakoniatyöntekijät edestävät asiakkaidensa terveyttä. Monet niistä tulivat esille myös

tässä opinnäytetyössä, kuten se että jokainen ihminen tulee kohdata ainutlaatuisena ja arvokkaana. Myös läsnäolon tärkeys korostui Rättyän tutkimuksessa. Diakonista hoitotyötä on tutkinut myös Kotisalo (2005) ja hänen työstään löysimme myös yhtymäkohtia omaamme. Kotisaloon tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijän työ sisältää esimerkiksi toivon mahdollistamista, sielunhoidollista keskustelua ja yksinäisyyden kohtaamista sekä raamatun lukemista, rukoilemista ja virsien laulamista. Tutkimuksessa korostui myös terveyteen liittyvä ohjaus ja neuvonta, joka jossain määrin tuli esille myös tässä opinnäytetyössä, lähinnä ravitsemukseen liittyvissä asioissa.

Diakonia-ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämishanke ”Terve sielu terveessä ruumiissa –diakonissat terveyden edistämisen toimijoina” käsitteli samaa aihetta kuin tämä opinnäytetyö. Hanke päättyi helmikuussa 2014. Hanke edisti diakonian asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia sekä vahvisti diakonisojen toimijuutta terveyden edistäjinä. Tavoitteena oli diakonisen hoitotyöhön liittyvän kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen kehittäminen niin laitoksissa, kuin seurakunnissa yhteistyössä paikallisten toimijoiden ja yhteistyöverkoston kanssa. Hankkeen rahoitti Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) terveyden edistämisen kansallisista määrärahoista. Hankkeeseen kuului useita seurakuntia ympäri Suomen. (Terve sielu terveessä ruumiissa –diakonissat terveyden edistämisen toimijoina i.a.)

Hankkeen yleisten tulosten mukaan diakonian asiakkaiden kokonaisvaltaisen terveyden edistäminen edellyttää sitä, että diakonisoilla on yksilö- ja yhteisötason terveyden edistämisen osaamista ja yhteistyötä paikallisten toimijoiden kanssa. Tuloksista käy myös ilmi, että diakonissa käyttää työssään terveyttä suojelevia, terveyttä edistäviä, sairauksia ehkäiseviä ja kuntouttavia menetelmiä. He käyttävät niin yksilöllistä kuin yhteisöllistä toimintaa edistääkseen lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia. Yksilöllinen terveyden edistäminen tarkoittaa terveyttä suojaavien ja kuormittavien tekijöiden tunnistamista, terveysvalinnoissa ohjaamista, voimavarojen ja selviytymisen tukemista sekä osallisuuden vahvistamista. Hengellisyys kuuluu sekä yksilölliseen että yhteisölliseen terveyden edistämiseen. (Kotisalo & Rättyä 2014, 3 – 4.) Opinnäytetyömme tulokset sivuavat edellä mainittuja asioita ja hengellisen terveyden edistäminen korostui etenkin yksilötasolla.

Hankkeessa tehtiin 13 opinnäytetyötä. Lisäksi tuotettiin muun muassa artikkeleita, koulutusmateriaalia ja terveyden edistämisen materiaalia. Hankkeessa myös kehitettiin kaksi ammatillista työvälinettä: terveystarkastuslomake ja diakonissan salkku, molemmat löytyvät kirkon internetsivuilta (www.sakasti.fi). (Kotisalo & Rättyä 2014; 157, 159.)

Mäkitalo ja Virtanen (2012) tutkivat hankkeeseen liittyvässä opinnäytetyössään terveyden edistämistä seurakunnan diakoniatyön ikäihmisten kerhossa. He suunnittelivat ja toteuttivat kolme kerhokertaa seurakunnan ikäihmisten kerhossa. Kerhossa annettiin tietoa ja ohjausta terveellisistä elämäntavoista, omista voimavaroista ja hengellisyuden merkityksestä terveydelle. Kerhossa saadun tiedon ansiosta osa ikäihmistä oli muuttanut elämäntapojaan terveellisemmäksi ja löytäneet uusia voimavaroja. Kerhon avulla siis pystyy edistämään ikäihmisten terveyttä. Opinnäytetyömme tulosten mukaan diakonissa antaa kotikäynneillä ohjausta terveellisistä elämäntavoista. Se ei noussut työssämme kovin merkittävästi esille.

Leskelä ja Luoma (2013) tekivät myös hankkeeseen kuuluvan opinnäytetyön, jossa he käsittelivät diakonisoja mielenterveyden edistäjinä. Heidän työssään nousi esille sellaisia asioita, joita myös meidän työssämme tuli ilmi. Tällaisia asioita olivat sosiaalisen osallisuuden mahdollistaminen ja hengellisten voimavarojen vahvistaminen. Leskelän ja Luoman työssä korostui itsenäisen selviytymisen tukeminen mielenterveyttä suojaavana tekijänä. Tämä ei meidän työssämme tullut niin selvästi ilmi.

6 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

6.1 Opinnäytetyöstä

Diakonissa on mukana ja läsnä ikäihmisten monenlaisissa elämäntilanteissa niin kriiseissä kuin onnenhetkissäkin. Diakonissan läsnäololla on suuri merkitys ikäihmisten hyvinvoinnille ja hän pystyy myös edistämään heidän terveyttään monin eri keinoin. Jo pelkästään olemalla läsnä ja kuuntelemalla diakonissa tekee, ehkä tietämättäänkin, terveydenedistämistyötä. Keskusteleminen ja kuunteleminen oli olennainen osa tapaamisia, mikä nousi esille joka haastateltavan kohdalla. Tämä saattaa johtua siitä, että kaikki haastateltavat kokivat jossain määrin yksinäisyyttä. Yhtä lukuunottamatta kaikki asuivat yksin, joten saattoi mennä useampikin päivä ilman ihmiskontakteja. Kahvin juonnin merkitys osoittautui myös suureksi. Tämä on ehkä luonnollistakin, kun ottaa huomioon suomalaisten runsaan kahvinjuonnin. Kahvi kuuluu myös olennaisena osana suomalaiseen kulttuuriin, etenkin vanhemmalle ikäpolvelle.

Käyntien yhteydessä myös laulettiin usein, minkä voi nähdä osana hengellisen elämän ylläpitämistä. Se vahvisti uskoa ja ylläpiti ikäihmisten toivoa. Monet laulut olivat useimmiten virsiä ja monilla niistä oli jokin erityinen merkitys haastatelluille. Virret saattoivat olla lapsuudesta tuttuja tai niitä oli laulettu jossain erityisessä tilanteessa. Myös rukoileminen liittyi hengellisen elämän, uskon ja toivon ylläpitämiseen. Jotkut kokivat että laulaminen ja rukoileminen korvasivat jumalanpalveluksen, kun fyysinen kunto oli niin heikko, ettei päässyt itse kirkossa käymään. Voidaan sanoa, että diakonissat edistävät hyvin monella tavalla asiakkaidensa terveyttä.

Opinnäytetyö on ajankohtainen, koska diakonissat ja heidän asiakkaansa eivät useinkaan tunnista terveyden edistämisen keinoja. Nämä keinot tulevat opinnäytetyön kautta näkyvämmiksi. Ihmisten ongelmat myös moninaistuvat, ja diakonissan on hyvä osata puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa esimerkiksi kotikäynneillä havaitsemiinsa ongelmiin. Tämä varhainen puuttuminen voi parhaimmillaan ehkäistä pitkiä sairaalajaksoja. Opinnäytetyötä voi myös soveltaa eri työympäristöihin, esimerkiksi sairaalan vuodeosastoille. Sairaanhoidaja voi edistää potilaan terveyttä

kokonaisvaltaisesti, esimerkiksi keskustelun ja henkisen tukemisen keinoin. Opinnäytetyöstä saa myös vinkkejä hengellisen terveyden edistämiseen sairaalassa, sillä usein sairaanhoitajat välttelevät hengellisistä asioista keskustelemista potilaan kanssa ja kutsuvat mieluummin sairaalapastorin paikalle.

Jatkossa olisi mielenkiintoista keskittyä tutkimaan yhtä toimintakyvyn osa-aluetta, esimerkiksi hengellistä toimintakykyä, ja sitä, miten diakonissa pystyy juuri sitä tukemaan. Hengellisestä toimintakyvystä ja terveydestä on muutenkin varsin vähän tietoa, etenkin siihen liittyviä tutkimuksia oli hankalaa löytää. Toinen, ehkä hiukan huvittavakin, tutkimushaaste olisi ottaa selvää siitä, millä tavalla yhteinen kahvihetki vaikuttaa diakonissan ja asiakkaan suhteeseen ja siihen, miten onnistunutta terveyden edistämistä kohtaamisessa tapahtuu. Kahvin juonti on kuitenkin olennainen osa diakonissan kotikäyntejä, ja kahvista kieltäytyminen saattaa aiheuttaa mielipahaa asiakkaalle ja tunnelman latistumista. Tällaisesta asetelmasta voi olla haastavampaa ruveta rakentamaan luottamuksellista ja avointa ilmapiiriä keskustelulle.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” tulevat esille. Tutkimus ja etiikka ovat yhteydessä kahdella tavalla; toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin, kun taas toisaalta eettiset kannat vaikuttavat tieteellisessä työssä tutkijan tekemiin ratkaisuihin. Jälkimmäinen etiikan ja tutkimuksen yhteys on nimeltään tieteen etiikka. Myös tutkimuksen laadun täytyy olla eettistä. Se, että tutkimus on laadullista, ei tarkoita, että se olisi laadukasta. Tutkijan täytyy huolehtia muun muassa tutkimussuunnitelman laadukkuudesta, tutkimusasetelman sopivuudesta ja siitä, että raportointi on hyvin tehty. (Tuomi ym. 2009; 125, 127.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut tutkimuseettisen ohjeistuksen Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen, joka on tieteellisen tutkimuksen kannalta keskeinen eettinen normisto. Normisto voidaan jakaa sisällöllisesti kolmeen osaan, joista ensimmäinen käsittelee hyvää tieteellistä käytäntöä, toinen määrittää hyvän

käytännön loukkaukset ja kolmas sisältää säännökset tutkijan oikeusturvasta. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyöhön liittyvissä asioissa, eettisesti kestävät menetelmät, avoimuus ja muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen ja niiden asianmukainen huomioiminen. Hyvän käytännön loukkaukset on jaettu kahteen ryhmään. Ensimmäinen on piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja toinen on vilppi tieteellisessä toiminnassa. Tutkijan oikeusturva sisältää ohjeet, jotka säätelevät loukkauksia koskevien epäilyjen käsittelyä. (Hirvonen 2006, 31 – 32.)

Diakonia-ammattikorkeakoulussa eettisyyttä painotetaan koulun arvojen ja koulutusohjelmien luonteen vuoksi. Eettisyys näkyy etenkin siinä, miten opinnäytetyön tekijä suhtautuu työhönsä, ongelmiin ja yhteistyökumppaneihin. Lisäksi eettisyys näkyy aihevalinnassa, tiedonhankinnassa sekä siinä, miten työn prosessista keskustellaan ja kuinka tuloksia sovelletaan. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11 – 12.)

Kaikki haastateltavat olivat tutkimuksessamme mukana omasta tahdostaan. Kerroimme heille myös siitä, että meillä on vaitiolovelvollisuus ja siitä, että heidän henkilöllisyytensä ei tule opinnäytetyöstä ilmi. Emme pystyneet äänittämään haastatteluja, mutta teimme muistiinpanoja. Muistiinpanoja emme näyttäneet kenellekään muulle ja ne hävitettiin, kun niitä ei enää tarvittu. Opinnäytetyön aihe ei ole arkaluontoinen, joten siitä puhuminen ei luultavasti aiheuta haastateltaville mielipahaa. Eettisyys tulee myös ilmi siinä, että olemme pyrkineet olemaan aiheuttamatta haastateltaville haittaa ja kunnioittamaan ihmisoikeuksia. Olemme siis olleet oikeudenmukaisia, rehellisiä ja suhtautuneet kaikkiin yhteistyökumppaniin luottamuksellisesti ja kunnioituksella.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön tarkoituksena, samoin kuin tieteellisen tutkimuksen yleensäkin, on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta asiasta. Luotettavuutta arvioidaan selvittämällä, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen

yleisillä luotettavuuskriteereillä tai eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä. Näitä kriteereitä ovat esimerkiksi uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Juvakka ym. 2007, 127.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa ei ole olemassa mitään yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin korostuu sen sisäinen johdonmukaisuus. Luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan muun muassa tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, aineiston keruuta, tutkija-tiedonantaja-suhdetta, aineiston analyysia, tutkimuksen luotettavuutta ja tutkimuksen raportointia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140 – 141.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimustulosten on siis vastattava tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Uskottavuutta lisää se, että tutkimuksen tuloksista keskustellaan tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden tai toisten samaa aihetta tutkivien kanssa. Myös se, että tutkija on tarpeeksi pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, vahvistaa uskottavuutta. (Juvakka ym. 2007, 128 – 129.)

Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua pääpiirteissään. Tämä edellyttää prosessin kirjaamista, esimerkiksi tutkimuspäiväkirjaan. Vahvistettavuus voi osoittautua ongelmalliseksi sen vuoksi, että toinen tutkija ei välttämättä pääse samaan tulkintaan, vaikka aineisto onkin sama. Erilaiset tulkinnat kuitenkin lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Jotta refleksiivisyyden kriteeri toteutuisi, on tutkimuksen tekijän oltava tietoinen lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoon ja koko tutkimusprosessiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, pystytäänkö tutkimuksen tulokset siirtämään muihin vastaaviin tilanteisiin. Jotta lukija voisi arvioida tulosten siirrettävyyttä, on tutkimuksen tekijän esimerkiksi kuvailtava riittävästi tutkimuksen osallistujia ja ympäristöä. (Juvakka ym. 2007, 128 – 129.)

Teimme haastattelut haastateltavien kotona, tutussa ja rauhallisessa ympäristössä. Ennen varsinaisen haastattelun alkua juttelimme haastateltavien kanssa muista asioista

ja tutustuimme toisiimme. Tämä loi luottamuksen ilmapiiriä, joka omalta osaltaan auttaa haastateltavaa antamaan totuudenmukaisia vastauksia. Opinnäytetyön tulokset myös sivuavat melko pitkälti aiempien tutkimusten tuloksia, mikä puhuu sen puolesta, että tuotettu tieto on totuudenmukaista.

Perehdyimme aiheeseemme ja aikaisempiin tutkimuksiin ennen haastattelujen tekoa, mikä vahvistaa uskottavuutta. Lisäksi olimme kymmenen viikkoa harjoittelussa seurakunnassa, mikä myös antoi meille käytännön kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Uskottavuus näkyy opinnäytetyössämme myös niin, että olemme merkinneet kaikki lähteet huolellisesti, joten lukija voi tarvittaessa tarkistaa lähteen. Pyrimme olemaan avoimia ja kriittisiä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Pidimme tavoitteen ja tutkimuskysymyksen koko ajan mielessämme.

Olemme opinnäytetyössämme pyrkineet kuvailemaan tutkimusprosessia ja sen eri vaiheita mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Olemme myös kertoneet työssämme haastateltavista sekä tutkimusympäristöstä riittävästi. Prosessin kulusta olemme jossain määrin tehneet itsellemme muistiinpanoja. Nämä seikat vahvistavat opinnäytetyön vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä.

Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta ongelmallista on se, että haastateltavien määrä oli pieni ja tutkimustulokset jäivät varsin suppeiksi. Tuloksista ei kannata vetää kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä eikä niistä myöskään voi tehdä yleistyksiä.

LÄHTEET

- Anaebere, Ann Kiki & DeLilly, Carol Rose 2012. Faith Community Nursing: Supporting Mental Health during Life Transitions. *Issues in Mental Health Nursing* 33 (5), 337-339.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Eloranta, Tuija & Punkanen, Tiina 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Tammi.
- Heikkinen, Riitta-Liisa; Kauppinen, Markku & Tiikkainen, Pirjo 2004. Jyväskyläläisten 80- ja 85-vuotiaiden kokema yksinäisyys yksinäisyyteen yhteydessä olevat ja yksinäisyyttä ennustavat tekijät 5-vuotisseuruun aikana. *Gerontologia* 18 (4), 257 – 265.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otava.
- Hirvonen, Ari 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali (toim.) 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomen kirjallisuuden seura, 31 – 49.
- Husu, Pauliina; Suni, Jaana; Valkeinen, Heli & Vasankari, Tommi 2012. Mitattu fyysinen kunto. Teoksessa Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist & Noora Ristiluoma (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 125 – 127.
- ICF 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Tampere: Stakes.
- Juvakka, Taru & Kylmä, Jari 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki; Edita.
- Jyväskylän kaupunki 2013. Viitattu 29.11.2013. <http://www.jyvaskyla.fi/info/pahkinankuoressa>.
- Jyväskylän seurakunta 2013. Viitattu 29.11.2013. <http://www.jyvaskylanseurakunta.fi/>.
- Kinnunen, Kaisa 2009. Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut.kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus.

- Koskinen, Seppo; Sainio, Päivi; Tiikkainen, Pirjo & Vaarama, Marja 2012. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist & Noora Ristiluoma (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 137 – 140.
- Kotisalo, Helena 2005. Diakonisen hoitotyön toteutuminen. Verkkojulkaisussa diakonian tutkimus 1/2005. Viitattu 21.10.2013. http://dts.fi/dokumentit/DT_1_2005.pdf, 5 – 18.
- Kotisalo, Helena & Rättyä, Lea 2014. Diakonissat terveyden edistäjinä. Raportti tutkimus- ja kehittämishankkeesta (1.3.2011 – 28.2.2014) Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.3.2014. <http://www.diak.fi/tyoelama/Julkaisut/B-sarjan%20julkaisut/Sivut/default.aspx>.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3 – 13.
- Leskelä, Leena & Luoma, Heli 2013. Diakonissa mielenterveyden edistäjänä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Oulun toimipaikka. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma, mielenterveystyö. Opinnäytetyö (YAMK). Viitattu 20.3.2014. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56878/Leskela%20Leena_Luoma%20Heli_2013.pdf?sequence=1.
- Lyyra, Tiina-Mari 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 15 – 28.
- Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2009. Vanhuksen parhaaksi, hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.
- Metsämuuronen, Jari 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. Jyväskylä: International Methelp Ky.
- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 10.12.2013. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514273567/isbn9514273567.pdf>.
- Mäkitalo, Ulla & Virtanen, Helena 2012. Ikäihmisten terveyden edistäminen. Terveystieteiden edistäminen Espoonlahden seurakunnan diakoniatyön ikäihmisten kerhossa. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin

- toimipaikka. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 20.3.2014.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45602/Makitalo_Ulla.pdf?sequence=1.
- Nissinen, Leena 2009. Hoitajan työhyvinvointi. Teoksessa Kirsti Aalto & Raili Gothóni (toim.) 2009. Ihmisen lähellä, hengellisyys hoitotyössä. Lahti: Kirjapaja, 169 – 184.
- Pajunen, Hannu 2004. Vanhusten mielenterveydelliset ongelmat. Teoksessa Tarjaliisa Raitanen, Tuomo Hänninen, Hannu Pajunen & Timo Suutama (toim.) 2004. Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY, 193 – 241.
- Pyhäjoen kunta i.a. Viitattu 29.11.2013. <http://www.pyhajoki.fi/info>.
- Pyhäjoen seurakunta i.a. Viitattu 29.11.2013. <http://www.pyhajoenseurakunta.fi/>
- Raamattu. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkolliskokouksen vuonna 1992 käyttöön ottama suomennos. Helsinki: Kirjapaja.
- Rättyä, Lea 2009. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 17.1.2014.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1309-7/urn_isbn_978-951-27-1309-7.pdf.
- Rättyä, Lea 2012. Diakoniatyö yksilöiden ja perheiden parissa. Teoksessa Raili Gothóni, Riitta Helosvuori, Kalle Kuusimäki & Karoliina Puuska (toim.) 2012. Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö. Hämeenlinna: Kirjapaja.
- Saaristo, Liisa 2011. Vanhusten yksinäisyys. Teoksessa Tarja Heiskanen & Liisa Saaristo (toim.) 2011. Kaiken keskellä yksin. Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. Juva: PS-kustannus, 131 – 139.
- Suhonen, Katri 2009. Mitä hiljainen tieto on hengellisessä työssä? Kokemuksellinen näkökulma hiljaisen tiedon ilmenemiseen, siirrettävyyteen ja siirrettävyyden merkitykseen ikääntyneiden diakoniatyöntekijöiden ja pappien työssä. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja. Viitattu 3.12.2013.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/20302/9789513935993.pdf?sequence=1>.

Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a. Diakonia. Viitattu 3.12.2013.
<http://www.evl2.fi/sanasto/index.php/Diakonia>.

Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a. Diakoniatyöntekijä. Viitattu 11.12.2013.
<http://evl.fi/EVLfi.nsf/Documents/E1F70715AE59766FC225710E00263088?OpenDocument&lang=FI>.

Terve sielu terveessä ruumiissa –diakonissat terveyden edistämisen toimijoina i.a. Diakonia-ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämishanke 2011 – 2013 –site.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Tiikkainen, Pirjo 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 145 – 168.

Tilastokeskus i.a. Viitattu 21.9.2012. <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Veijola, Timo 2002. Diakonian juuret Raamatussa. Teoksessa Riita Helosvuori, Esko Koskenvesa, Pauli Niemelä & Juhani Veikkola, (toim.) 2002. Diakonian käsikirja. Jyväskylä: Kirjapaja, 13 – 34.

LIITE 1: HAASTATTELUKÄYNNIT

1. Tämänhetkinen elämäntilanne
2. Seurakunnan rooli haastateltavan elämässä
3. Diakoniatyön tarjoaman avun/tuen merkitys