

”ETTEN MENETTÄIS NIITÄ MAHDOLLISUUKSIA MITÄ MINULLA VIELÄ ON...”

Seniorinuotan asiakkaiden kokemuksia
yksilö- ja pariterapiasta

Lahtinen Nita
Kekkonen Jonna

Opinnäytetyö
Tammikuu 2010

Sosiaali- ja terveysala
Sosiaalialan koulutusohjelma





| | | |
|---|----------------------------------|---|
| Tekijä(t) LAHTINEN, Nita KEKKONEN, Jonna | Julkaisun laji Opinnäytetyö | Päivämäärä 12.01.2010 |
| | Sivumäärä 89 | Julkaisun kieli Suomi |
| | Luottamuksellisuus () saakka | Verkojulkaisulupa myönnetty (X) |
| Työn nimi "Etten menettäis niitä mahdollisuuksia mitä minulla vielä on". Seniorinuotan asiakkaiden kokemuksia yksilö- ja pariterapiasta. | | |
| Koulutusohjelma Sosiaali-alan koulutusohjelma | | |
| Työn ohjaaja(t) KOKKO, Marja-Liisa | | |
| Toimeksiantaja(t) Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry, Seniorinuotta-hanke | | |
| Tiivistelmä <p>Seniorinuotta on Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry:n hallinnoima ja Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama kehittämishanke. Hankkeen keskeisimpinä tavoitteina on luoda uusi monitoimijainen psykososiaalisen tuen ja terapian palvelukokonaisuus osaksi ennaltaehkäisevää vanhustyötä. Seniorinuotta mahdollistaa toiminnallaan laadukkaan, kokonaisvaltaisen ja turvallisen psykososiaalisen tuen palvelun seniori-ikäisille (yli 65-vuotiaille) jyväskyläläisille. Hanke toimii vuosina 2008–2011.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on hyödyntää Seniorinuotta-hankkeen arviointia ja jatkorahoitushakemusta sekä mahdollisesti olla tukemassa seniori- ja vanhushuolteen kehittämistä jatkossa. Työn tarkoituksena oli selvittää Seniorinuotan asiakkaiden kokemuksia yksilö- ja pariterapiasta, kuinka he kokevat sen vaikutukset elämänlaatuun ja hyvinvointiin, sekä millaisia pulmia asiakkuuksien taustalla oli. Tutkimus tehtiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena haastattelemalla kymmentä Seniorinuotan yksilö- ja pariterapian asiakasta. Haastattelumenetelmänä on käytetty puolistrukturoitua teemahaastattelua. Haastattelut tehtiin kuuden eri teeman mukaisesti, joiden avulla myös tulokset on esitetty.</p> <p>Tutkimus osoitti, että Seniorinuotan yksilö- ja pariterapiapalvelu on hyödyllistä, tarpeellista ja tuloksellista. Haastateltavat olivat kokeneet terapian auttaneen tasapainoisemman elämän löytymisessä tai palauttamisessa. He kokivat tyytyväisyyttä saamastaan palvelusta. Kokemukset elämänlaadun ja hyvinvoinnin muutoksista olivat moniulotteisia, mutta positiivisia. Ne liittyivät muun muassa mielialan kohenemiseen, ihmissuhdepulmien vähenemiseen, itsetuntemuksen lisääntymiseen, voimaantumiseen ja voimavarojen löytymiseen. Terapia on myös lisännyt asiakkaiden toiveikkuutta tulevaisuutta kohtaan. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että keskeisimpinä vaikuttavina tekijöinä terapian onnistumiselle olivat luottamuksellinen suhde ja onnistunut vuorovaikutus ammattitaitoisen terapeutin kanssa.</p> | | |
| Avainsanat (asiasanat) Seniori, sosiokulttuurinen seniori- ja vanhushuolteen näkemys, mielenterveys, psykososiaalinen tuki, voimavarat, elämänlaatu | | |
| Muut tiedot | | |



| | | |
|--|--|--|
| Author(s) LAHTINEN, Nita KEKKONEN, Jonna | Type of publication Bachelor´s Thesis | Date 12.01.2010 |
| | Pages 89 | Language Finnish |
| | Confidential () Until | Permission for web publication (X) |
| Title "Opportunities what I still have". Customers of Seniorinuotta's experience about individual- and couples therapy. | | |
| Degree Programme Degree Programme of Social Services | | |
| Tutor(s) KOKKO, Marja-Liisa | | |
| Assigned by Jyväskylä's Hoivapalveluyhdistys ry, Seniorinuotta-project | | |
| Abstract <p>"Seniorinuotta" is administered by Hoivapalveluyhdistys ry and financed by Ray´s development project. The most essential aim in the project is to create a new multi-actor service of psychosocial support and therapy as a part of preventive work with aged. Seniorinuotta enables comprehensive, high quality and a safe psychosocial support-service for the aged (over 65 years) citizens of Jyväskylä with its action. The project takes place between years 2008-2011.</p> <p>The aim of the study is to exploit the evaluation and lengthening finance application of the Seniorinuotta project, and possibly also support the development of services for the aged in the future. The purpose of the study was to find out customer experiences of individual- and couples therapy and how it effects on the quality of life, wellbeing and what kind of problems the customers have. The study was made using qualitative research by interviewing ten customers of Seniorinuotta individual- and couples therapy. The interviewing method was a half structured theme interview. The interviews were made with six different themes which also help to suggest the results.</p> <p>The study suggested that individual- and couples therapy services of Seniorinuotta are useful, necessary and successful. The interviewees felt that the therapy help them find and turn in to a more balanced life. They were satisfied with the service they got. The experiences of the changes in the quality of life and wellbeing were multidimensional, but positive. They were connected with improvement feelings, decreasing of problems in relationships, increasing of self-knowledge, and empowerment. Therapy has also increased customers hope towards the future. The results of the study show that the most essential effects for the therapy to success are a confidential relationship and a successful interaction with a professional therapist.</p> | | |
| Keywords A senior, a sociocultural view of the aged, mental health, psychosocial support, resources, quality of life | | |
| Miscellaneous | | |

SISÄLTÖ

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | JOHDANTO | 4 |
| 2 | SOSIOKULTTUURINEN NÄKEMYS SENIORI- JA VANHUSTYÖSSÄ | 6 |
| 2.1 | Seniori ja kolmas ikä | 10 |
| 2.2 | Voimavarat ja voimaantuminen | 11 |
| 2.3 | Ikääntyvän hyvä elämä ja arki | 14 |
| 3 | MIELENTERVEYS JA SEN TUKEMINEN IKÄÄNTYESSÄ | 20 |
| 3.1 | Ikääntyneen mielenterveys..... | 20 |
| 3.1.1 | Ikääntyminen elämänvaiheena..... | 22 |
| 3.1.2 | Kriisiytyneet elämäntapahtumat | 25 |
| 3.1.3 | Masennus ja kliininen depressio..... | 27 |
| 3.1.4 | Yksinäisyys ja itsetuhoisuus..... | 29 |
| 3.1.5 | Muut tyypilliset pulmat | 31 |
| 3.2 | Psykososiaalinen tuki | 35 |
| 3.2.1 | Psykoterapia..... | 36 |
| 3.2.2 | Perheterapia..... | 38 |
| 3.2.3 | Psykoterapian ja perheterapian erityispiirteet seniori- ja vanhustyössä | 39 |
| 3.2.4 | Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen terapia..... | 41 |
| 4 | SENIORINUOTTA | 42 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 45 |
| 5.1 | Tutkimuskysymykset | 45 |
| 5.2 | Tutkimusmenetelmä | 45 |
| 5.3 | Teemahaastattelu..... | 46 |
| 5.4 | Haastattelun toteuttaminen | 47 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5.5 | Haastatteluiden käsittely ja analysointi..... | 49 |
| 5.6 | Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys | 49 |
| 6 | TUTKIMUKSEN TULOKSET | 51 |
| 6.1 | Seniorinuotan psykoterapia-asiakkaat..... | 51 |
| 6.2 | Asiakkaiden kokemuksia terapiasta | 53 |
| 6.2.1 | Terapian aloitus..... | 53 |
| 6.2.2 | Odotukset, toiveet ja niiden toteutuminen | 57 |
| 6.2.3 | Vuorovaikutus terapeutin kanssa | 59 |
| 6.2.4 | Terapian tulokset..... | 60 |
| 6.2.5 | Tärkeimmät asiat, joissa terapia on auttanut..... | 64 |
| 6.2.6 | Asiakkaiden kokemuksia yksilö- ja pariterapian vaikuttavista tekijöistä. | 66 |
| 6.3 | Johtopäätökset..... | 68 |
| 7 | POHDINTA | 76 |
| 8 | LÄHTEET | 82 |
| | LIITTEET | 86 |
| | Liite 1. Sopimuspaperi..... | 86 |
| | Liite 2. Haastattelukysymykset | 87 |
| | KUVIOT | |
| | KUVIO 1. Sosiokulttuurisen seniori- ja vanhuskäsityksen ulottuvuudet..... | 9 |
| | KUVIO 2. Asteikkokysymys koetusta hyödystä sekä perustelut..... | 64 |
| | KUVIO 3. Tutkimuksemme tärkeimmät tulokset | 75 |
| | TAULUKOT | |
| | TAULUKKO 1. Ongelmalähtöinen ja voimavaralähtöinen lähestymistapa..... | 12 |
| | TAULUKKO 2. Elämänlaadun ulottuvuudet eri tutkijoiden määritelmien mukaan | 18 |

Elämä on juhla

*"Muhkuraisen sängyn kautta
Lipui lantioiden lautta
Reittiä epätasaista, voi nuoren parin onnea
Lapsi syntyi vihdoinkin tuo täyttymysten helistin
Elämä on juhla*

*Lapsuus nyt se ainoa kuin naarmu polvitaiveessa
Vain puhallus ja pois se on
Saapuu nuoruus levoton
Kuinka joka solulla voi kannatella kipua
Elämä on juhla*

*Valkolakki märkänä kun juoksee kädet ylhäällä
Ja huutaa "Helou vapaus!" Niin tähän suoran leikkaus
Lasket muuttolaatikon ja naapurusto hahmoton
Elämä on juhla*

*Voi luoja kuinka kaunis olet, rakastunut juuri eilen
Ihmeellisen hehkuva te kohtasitte kadulla
Kaksi eroon joutunutta planeettaa niin kauas mutta
Elämä on juhla*

*Opintojen loppusilaus
Häät ja suuren kakun leikkaus
Riisi kirkonportailla ja kuukausien riitoja
Petymysten kihlarengas vyöryy ylämäkeenkin kas
Elämä on juhla*

*Muhkuraisen sängyn kautta
Lipui lantioiden lautta
Reittiä epätasaista, voi itkeä myös onnesta
Pappi katoi esikoisen
Paremmiin nyt laittaa voi en
Elämä on juhla*

*Sitten seuraa otos julma
Keski-ikään tulokulma näyttää liian jyrkältä
Ja sut voi ylipyyhkäistä
On tulokkaiden karsina ja sopimukset katkolla
Elämä on juhla*

*Katse siirtyy kauemmas
Näet lapsenlapses otteissa tuttua päättäväisyyttä
On jouluaatto yhdessä
Avaat kaksi pakettia ja katsot muita aikuisia
Elämä on juhla*

*Nyt vanhuus vierii sillalla kuin kolikko tai tupakka
Ja sanotaan et kuolema on kauppamies ja taitava
Kun sitten poistuu varmistin pois henkäys viimeisin
Elämä on juhla
Elämä on juhla"*

-Samuli Putro -

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme nimi *”Etten menettäis niitä mahdollisuuksia mitä minulla vielä on”*, tulee erään haastateltavan vastauksesta siihen, miksi hän hakeutui Seniorinuotan terapiapalveluihin. Tämä lause kuvastaa yhtä tavoitetta, jota terapialla haetaan. Samalla tämä lause murtaa myytit siitä, ettei vanhuksilla olisi toiveikkuutta tulevaisuudesta.

Opinnäytetyömme pohjautuu psykososiaalisen tuen ja terapian palvelukokonaisuuden kehittämishankkeeseen Seniorinuottaan siltä osin, että tutkimme Seniorinuotan yksilö- ja pariterapian vaikuttavuutta senioreiden elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Seniorinuotta – projekti on Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry:n hallinnoima ja projektia rahoittaa Raha-automaattiyhdistys (Ray). Projekti toimii vuosina 2008–2011.

Tulevaisuudessa seniori- ja vanhusikäisiä on yhä enemmän. Palvelutarjontaan heidän kohdallaan kohdistuu uudenlaisia vaatimuksia, jotka liittyvät sekä hoidon laatuun ja määrään, kulttuuriseen kansalaisuuteen, osallisuuteen että voimaantumiseen ja valtaistumiseen palveluprosesseissa. Seniorinuotta - projektin päätavoitteena on luoda uusi, monitoimijainen psykososiaalisen tuen ja terapian palvelukokonaisuus seniori- ja vanhustyöhön osaksi ennaltaehkäisevää työtä.

Olemme valinneet opinnäytetyömme perustaksi sosiokulttuurisen vanhusikäistyksen, joka tarkoittaa sitä, että vanheneminen nähdään kiinteässä yhteydessä historiaan, elämänkulkuun, kulttuuriin ja yhteiskuntaan. Sosiokulttuurisuus korostaa ikääntyneiden voimavaroja ja yksilöllisyyttä. Tällä hetkellä on havaittavissa, että vanhuspalvelujärjestelmämme toimii varsin medikalisoituneen näkemyksen pohjalta. Opinnäytetyöllämme haluamme omalta osaltamme olla

tukemassa nykyaikaisemmän ja voimavarakeskeisemmän vanhuskäsityksen omaksumista, joka tarkoittaa sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen sisäistämistä ruohonjuuritasolta aina palvelujärjestelmiimme saakka.

Opinnäytetyömme tutkimustehtävänä on tuottaa ajantasaista ja uutta tietoa psykososiaalisen tuen ja terapian soveltuvuudesta ja vaikuttavuudesta seniori- ja vanhustyössä. Opinnäytetyömme on siis osa Seniorinuotta – projektin tulosten arviointia. Tutkimme opinnäytetyössämme kymmenen Seniorinuotan yksilö- ja pariterapiaan osallistuneen kokemuksia työskentelystä ja terapian vaikutuksista heidän elämäänsä. Tutkimuksemme on laadullinen eli kvalitatiivinen. Käytimme haastatteluissa menetelmänä puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tutkimusaineistomme koostuu haastateltavien omakohtaisista kokemuksista terapiasta. Etenemme tutkimustulosten esittelyssä teemoittain: terapian aloitus, odotukset ja toiveet sekä niiden toteutuminen, vuorovaikutus terapeutin kanssa, terapian tulokset ja tärkeimmät asiat joissa terapia on auttanut.

2 SOSIOKULTTUURINEN NÄKEMYS SENIORI- JA VANHUSTYÖSSÄ

Seniori- ja vanhustyössä on kaksi erilaista näkemystä, joiden vanhuskäsitykset törmäävät jatkuvasti yhteen ja poikkeavat täysin toisistaan. Kummallakin puolella on omat kannattajansa. Puhutaan **medikaalisesta tai biolääketieteellisestä** vanhuskäsityksestä ja toisaalla laaja-alaisesta **sosiokulttuurisesta vanhuskäsityksestä**. Medikaalisessa vanhuskäsityksessä nähdään oleellisenä tekijänä vanhenemiseen liittyvät sairaudet, menetykset ja raihnaisuudet, ikääntyneet nähdään myös homogeenisenä ryhmänä. Olemme rakentaneet opinnäytetyömme sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen perustalle. Tämä tarkoittaa sitä, että vanheneminen nähdään kiinteässä yhteydessä historiaan, elämäntietoon, kulttuuriin ja yhteiskuntaan. Sosiokulttuurisuus korostaa ikääntyneiden voimavaroja ja yksilöllisyyttä. Tällä hetkellä on havaittavissa, että vanhuspalvelujärjestelmämme toimii varsin medikalisoituneen näkemyksen pohjalta. (Koskinen 2006.)

On tiedossa, että tulevaisuudessa seniori- ja vanhusikäisiä on yhä enemmän. Palveluntarjontaan heidän kohdallaan kohdistuu uusia vaatimuksia, jotka liittyvät sekä hoidon laatuun ja määrään, kulttuuriseen kansalaisuuteen, osallisuuden ja voimaantumiseen sekä valtaistumiseen hoitoprosesseissa. Sosiaali- ja terveysalan työssä tulisi alkaa huomioida tämänkaltaisen lähestymistapa jo nykyisissä hoitoprosesseissa. Asiakasta pyritään tukemaan siten, että sosiaalinen ja kulttuurinen osallistuminen olisi kaikkien ikääntyvien saatavilla. Palvelu- ja hoivakäytäntöihin tulisi saada sellaisia palveluita ja toimintatapoja, joissa näkyy vanhuskeskeinen sosiokulttuurinen ajattelutapa. Painopiste tulisi olla tällöin arjessa ja siinä ilmenevien elämänmerkitysten tukemisessa sen eri toimintaympäristöissä. Ikääntyneitä tulisi tukea arjessa kulttuurin tuottajina, kantajina ja siirtäjinä, ei ainoastaan passiivisina vastaanottajina. Tällä hetkellä ikääntyneitä korkeintaan rohkaistaan taiteen ja kulttuurin passiiviseen kuluttamiseen, eikä tämä työote takaa riittävää osallistamista yhteiskuntaan tai yhteisöön. Yksilöllinen ja yhteisöllinen kehitys taas edellyttäisi omakohtaista osallistamista ja omaa kulttuurista luomista ja luovan prosessin prosessointia. (Niemi & Zotow 2005, 4.)

Mikäli muutoksen tuulet alkavat puhaltamaan vanhustyön nykyisiin toimintaympäristöihin, sosiokulttuurisilla työmenetelmillä pystytään vahvistamaan ikääntyneiden omia voimavaroja sekä identiteettiä yksilö ja ryhmätasolla. Lisäksi on mahdollista luoda väljyyttä totuttuihin ikänormeihin ja oletuksiin (Nieminen & Zotow 2005, 5-6).

Hakosen (2003) mukaan sosiokulttuurinen lähestymistapa tarkoittaa seniori- ja vanhustyössä sitä, että keskitytään ikääntyneen arjessa oleviin voimavaroihin sekä sosiaalisen ja kulttuurisen kompetenssin vahvistamiseen. Tavoitteena on seniori-ikäisen ihmisen voimaantuminen. (Hakonen 2003, 111–112.) Myös Niemisen ja Zotowin (2005) mukaan sosiokulttuurisessa työotteessa korostetaan ikääntyneiden valtaistumista sekä voimaantumista ja tavoitellaan aidon yhteisöllisyyden ja osallisuuden saavuttamista. Osallistaminen pitää sisällään sellaisen tekemisen, joka perustuu syvätasoon eli tietoisuuden heräämiseen ja muutokseen. Kulttuurinen työote tekee elämän merkitykset näkyviksi ja ikäihmiset läsnäolijoiksi ja toimijoiksi äänettömyyden ja poissaolon sijaan. (Nieminen & Zotow 2005, 4-5.)

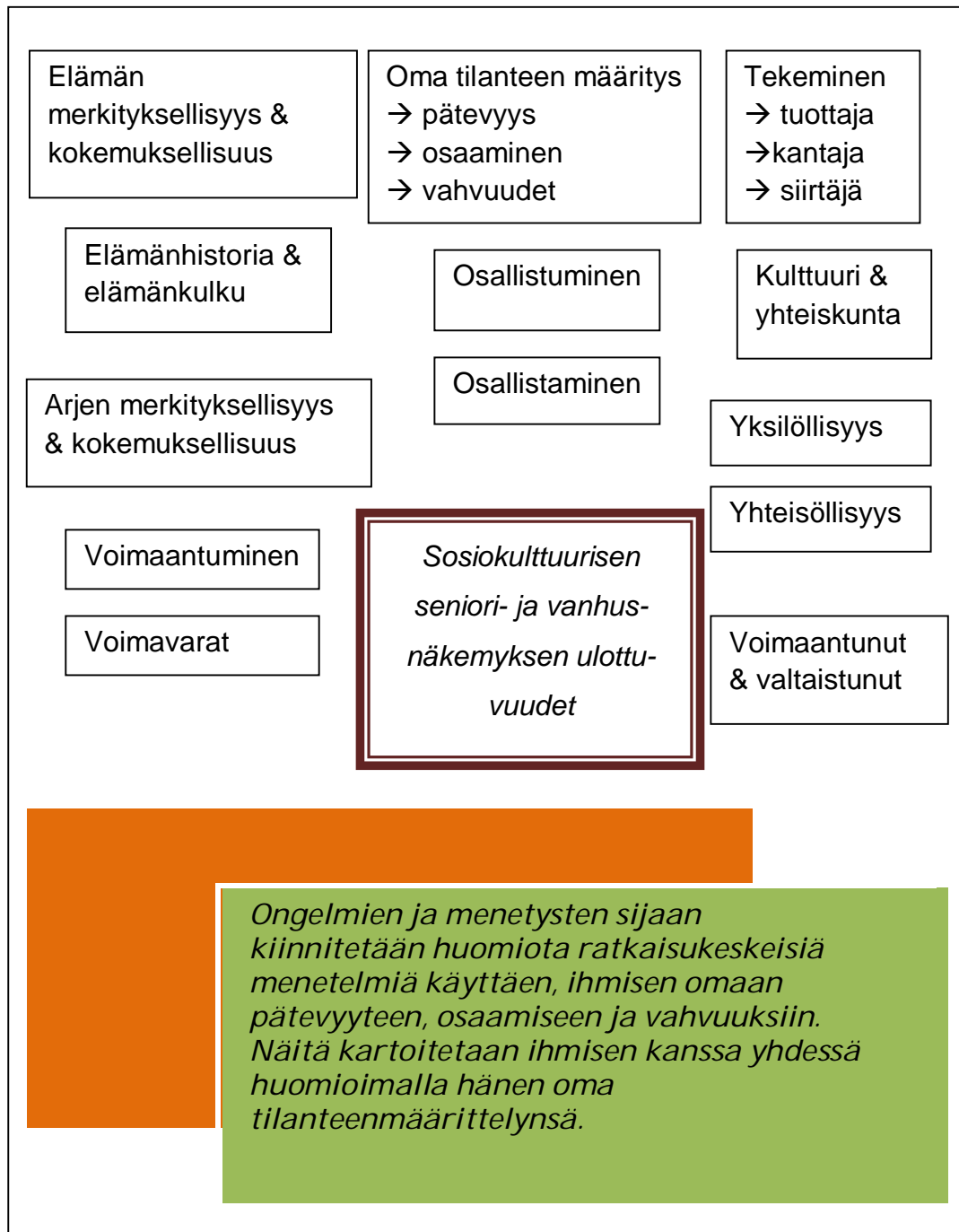
Koskisen (2006) mukaan sosiokulttuurisessa vanhustyössä lähdetään liikkeelle vanhan ihmisen oman tilanteen määrittelyn ja merkitysten pohjalta. Ongelmien ja menetysten sijaan kiinnitetään huomiota ihmisen omaan pätevyYTEEN, osaamiseen ja vahvuuksiin. Työssä katsotaan laaja-alaisesti vanhuksen elämäntilannetta, johon liittyvät elämän kokonaisvaltainen arviointi, palvelutarpeen arviointi, arjen kokonaisuus, elämähistoria, elämäntapa, kokemuksellisuus ja merkityksenannot. Ihminen tulee tällöin nähdyksi täysivaltaisena kulttuurikanalalaisena. Sosiokulttuurisessa seniori- ja vanhustyössä käytetään ratkaisukeskeisiä menetelmiä. (Koskinen 2006.) Ratkaisukeskeisten menetelmien käyttö tulee oleellisena osana esiin opinnäytetyössämme, sillä tutkimme Seniorinuotan terapiapalveluiden vaikuttavuutta senioreiden elämänlaatuun ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

Kurjen (2000) mukaan **sosiokulttuurisen innostamisen** tavoitteena on, että ihmiset kykenisivät hallitsemaan omaa elämäänsä omassa arkipäivässä. Ajatuksena on, että ihmisen on mahdollista rikastua ja kasvaa toimivan vuorovai-

kutussuhteen myötä. Elämänlaatua parantavia tekijöitä ovat ihmisen oma osallistuminen ja aktiivisuus sekä se, että hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan. Innostamisessa oleellista on aito osallistuminen, joka edellyttää herkistymistä ja motivoitumista. Herkistymisellä hän tarkoittaa sitä, että ihminen näkee mitä hänen oman arkielämän ympärillä tapahtuu ja tulee siten tietoisemmaksi oman elämän kannalta arvokkaista ja merkityksellisistä toiminnoista. Innostajan panostaminen ihmisten herkistämiseen ja motivoimiseen on kuitenkin turhaa, elleivät ihmiset itse ole valmiita osallistumaan ja toimimaan. Innostamisessa pyritään siis siihen, että ihminen löytäisi itse äänensä ja olisi valmis ottamaan vastuun omasta toiminnastaan, jolloin innostajan työ tulee vähitellen tarpeettomaksi ammatillisessa mielessä. Onnistuneen innostamisen myötä ihminen lähtee liikkeelle, hänen tietoisuutensa herää ja hänestä kasvaa aktiivinen toimija. (Kurki 2000, 129–137.)

Semin (2007) mielestä sosiokulttuurisen innostamisen tärkeimpinä toimintamuotoina pidetään erilaisia kasvatuksellisia, kulttuurisia, luovia ja taiteellisen ilmaisun työtapoja sekä sosiaalista ja vapaa-ajan virkistystoimintaa. Innostamisen teoriaa voidaan soveltaa mitä erilaisimpiin menetelmiin, joissa ihmiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Kulttuurisen innostamisen tapoja ovat muun muassa konsertit, museokäynnit, käsityöt, tanssi, kirjallisuus ja runot. Innostamisen ilmaisullisessa työskentelyssä osallistujan on mahdollisuus tuoda esille muun muassa tarinoitaan, kokemuksiaan, tunteitaan, muistojaan, haaveitaan ja voimavarojaan. Tämänkaltaisella tietoisella ja tavoitteellisella työskentelyllä ilmaisun taso merkitsee syvempää tasoa kuin arkinen kommunikaatio. Tyypillistä sosiokulttuurisen innostamisen toiminnalle on se, että se lähtee liikkeelle aina ihmisten tarpeista. (Semi 2007, 143–146.) Tarinoita, muistojaan ja voimavarojaan läpikäydessään ihminen voi tulla tietoisemmaksi itsestään ja omista kyvyistään.

Seuraavaan kuvioon 1 olemme koonneet sosiokulttuurisen seniori- ja vanhusnäkökemyksen eri ulottuvuuksia.



KUVIO 1. Sosiokulttuurisen seniori- ja vanhusnäkökemyksen ulottuvuudet

2.1 Seniori ja kolmas ikä

Puhuttaessa yli 65-vuotiaista ihmisistä, esiintyy useankaltaisia nimityksiä. Osa nimityksistä, kuten sana vanhus, saatetaan kokea vanhanaikaisena sekä leimaavana joissakin yhteyksissä. (Julkunen 2008, 18–19.) Työssämme puhumme ikääntyneistä ja senioreista, koska nämä käsitteet kuvaavat mielestämme hyvin kolmannen ikäkauden vaiheessa olevia ihmisiä. Ikääntyvä-nimitystä ei pidetä leimaavana, mutta epämääräisenä nimityksenä, koska ihminen on ikääntyvä läpi elämänsä (Helander 2006, 17). Seniori-nimitys puolestaan on mielestämme neutraali ja kuvaava nimike. Tutkimuksemme kohteena olevat Seniorinuotan asiakkaat ovat myös niin sanottuja kolmasikäläisiä, eli senioreita. Kuitenkin käyttämässämme lähdeteoksissa käsitteitä eläkeläinen, vanhus, ikäihminen, ikääntynyt, seniori ja senioriteetti sekä muita vastavia on käytetty vaihtelevasti. Tämän vuoksi tekstissämme esiintyy myös edellä mainittuja termejä.

Useissa teoksissa (ks. esim. Tedre 2003; Koskinen 2008) viitataan Peter Laslettin ikäjaotteluun, johon kuuluvat kolmas ja neljäs ikä. Kolmas ikä viittaa eläkkeelle jäämisen jälkeiseen toiminnalliseen ja aktiiviseen ikäkauteen ja neljäs ikä elämänvaiheeseen, jolloin avun tarve ja riippuvuus toisista ihmisistä lisääntyy, eli arjen sujuminen edellyttää toista ihmistä. Jaottelua voi pitää kelloisena esimerkiksi siksi, että sen avulla voi yrittää tavoittaa elämänvaihetta, jolloin toisilta ihmisiltä saatavan avun tarve lisääntyy. Kyseistä jaottelua on kritisoitu muun muassa siitä syystä, että se vahvistaa käsitystämme avuttomuudesta kielteisenä asiana, viittaa moderneihin yhteiskuntiin, joissa työ- ja eläkekaika ovat selkeästi erotettavissa toisistaan sekä siksi, että me olemme kaikki tavalla tai toisella riippuvaisia muista ihmisistä. Jaottelua on kuvattu myös jyrkäksi, koska sama ihminen voi olla yhtä aikaa sekä avun tarvitsija että sen antaja. (Tedre 2003, 66.)

Helander (2006) käy raportissaan ”Seniorikansalainen voimavarana” läpi ikääntymiseen liittyvien nimikkeiden kirjavuutta, horjuvuutta ja epävarmuutta.

Hänen mukaansa ihmisen kokemaan arvostukseen ja itsetuntoon vaikuttaa merkittävästi se, millä nimityksellä tai tittelillä häntä puhutellaan tai kuvataan. 1990-luvulla seniorikansalainen-termin hyväksyntä lisääntyi nopeasti. Helander kuvaa raportissaan 60–65-vuotta täyttäneitä tällä kyseisellä nimityksellä, toisin sanoen kolmasikäisiä, joilla on vielä työelämän ja vanhemmuuden velvoitteiden vähenemisen jälkeen mahdollisuus elää suhteellisen tervettä, aktiivista ja hyväkuntoista elämää. Seniorikansalainen-nimitys vaihtuu vanhusnimitykseksi, kun henkilö saavuttaa 80-vuoden iän. (Helander 2006, 16–20.)

Myös Saarenheimo (2003) viittaa teoksessaan kolmanteen ja neljanteen ikää, eli varhais- ja myöhäisvanhuuteen. Kolmannelle iälle tyypillistä on suhteellisen hyvä fyysinen kunto sekä sosiaalinen ja henkinen aktiivisuus. Saarenheimon mukaan neljättä ikää kuvaavat perinteiset vanhuuden stereotyyppit, eli psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat sekä somaattiset sairaudet. (Saarenheimo 2003, 12.)

Seniори, senioriteetti ja seniorikansalainen nimityksiä on käytetty jo pidempään sosiaaligerontologiassa (mm. Marin & Hakonen 2003). Hakonen (2008a) käsittelee ikäkäsityksiä ja iän määritysten monitasoisuutta. Määritykset vaikuttavat seniorikansalaisen oman ikäidentiteettiin sekä ikäpuheisiin, joita käydään yhteiskunnallisella tasolla. Ikäkäsitykset ovat historiallisia, aika- ja paikkasidonnaisia, mutta myös kulttuurisia että subjektiivisia yhtä aikaa. Hän puolustaa vallitsevien ikänormien rikkomista ja perustelee tämän siten, että senioriteetin merkityks maailman rikkaus saisi lisää tilaa. (Hakonen 2008a, 39–45.)

2.2 Voimavarat ja voimaantuminen

Suomen (2008) mukaan ikääntyvien ihmisten kohtaamisessa on oleellista keskittyä seniorin elämän kokonaisuuteen, nähdä hänen voimavaransa sekä tuen tarpeet. Elämän kokonaisuuden voimavaroihin keskittyvä lähestymistapa

näkee palvelunkäyttäjän itsemääräävänä toimijana, kun taas ongelmalähtöistä lähestymistapaa voidaan luokitella organisaatio- ja asiantuntijalähtöiseksi. Voimavaralähtöisyys ei kuitenkaan tarkoita sitä, että elämän ongelmia ohitetaan, vaan niiden näkemistä jo olemassa olevien voimavarojen lomassa. (Suomi 2008, 117–118.)

TAULUKKO 1. Ongelmalähtöinen ja voimavaralähtöinen lähestymistapa (Suomi 2008, 118).

| | Ongelmalähtöinen | Voimavaralähtöinen |
|--|---|---|
| Palvelunkäyttäjän sosiaalinen ja kulttuurinen rooli | Passiivinen, objekti, kohde | Aktiivinen toimija, subjekti |
| Arvolähtökohtia | Palvelunkäyttäjä raihmainen ja häneltä puuttuu tietoa Diagnoosi ja asiantuntija ratkaisevat | Ihminen on pätevä Ihmisellä on mahdollisuus kasvaa, oppia ja eheytyä |
| Painopiste | Asiantuntijaorientoitunut palvelutarpeen arviointi ja palvelujen tuottaminen Valmiita kvantitatiivisia mittareita ja testejä | Ensisijaisesti palvelunkäyttäjä määrittelee omat ja lähiyhteisönsä voimavarat Mittaristossa myös kvalitatiivisia mittareita Omaisten osuus tärkeä |
| Arki ja elämäntapa | Muutospuhe menetyksenä, elämäntapojen katkoksellisuus | Elämäntapojen jatkuvuus Arjen kulttuurisuus |
| Työote | Tehtävä- ja suorituskeskeinen, keskitytään ongelmien poistamiseen Kiirepuhe ja -teot | Kokonaisvaltainen, suunnitelmallinen, myös onnistuneisiin hetkiin keskittyminen puheessa ja teoissa |

Suomen (2008) mukaan voimavaroista lähtevässä työotteessa lähtökohtana on, että asiakkuuden ja asiakkaan identiteetti rakentuvat uudelleen organisaatioiden käyttämissä toimintatavoissa, sekä konkreettisesti asiakkaan ja työntekijän kohtaamistilanteissa ja keskusteluissa. Se, miten asiakkaan elämäntilanne ja ongelmat määritellään sekä diagnosoidaan vaikuttaa siihen millaisen identiteetin asiakas saa. Suomi toteaa, että *”on eri asia puhua esimerkiksi ennaltaehkäisevän kotikäynnin aikana siitä, että asiakas sairastaa aikuisiän diabetesta, kuin siitä, että hän on diabeetikko”*. Ensimmäinen määritelmä jättää asiakkaan identiteetille ja arjen voimavaroille tilaa. Jälkimmäinen määritelmä puolestaan koskee koko identiteettiä, jolloin ikääntyneen arki saattaa rakentua liikaa fyysisen ja biolääketieteellisen hoidon- ja huolenpidon ympärille. Olennaista on se, että asiakas kokee elämänmielekkyyttä ja oman elämänsä tarkoitukselliseksi, sekä löytää sairaudelleen sopivan paikan elämässään eikä päinvastoin, jolloin saattaa käydä niin, että sairaus määrittelee ikääntyneen identiteetin ja arjen kulkua. Voimaantumisen ja voimavaraistaminen on elämänhallintaa, kotona selviytymistä, merkitysten rakentamista arjessa ja omasta terveydestä huolehtimista. (Suomi 2008, 119.)

Työote, jossa keskitytään asiakkaan voimavaroihin, yhdistetään perinteisemmin työtapoihin, joissa sovelletaan lyhytterapioita kuten ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyttä. Voimavaroihin keskittyvän työotteen yhtenä näkökulmana on ajatus identiteetin ja todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta. Voimavaroihin keskittyneet työtavat ovat saaneet vaikutteita voimaantumista ja valtautumista koskevista sosiaalityön tutkimuksista sekä luovista menetelmistä. Voimaantuminen (empowerment) ymmärretään sekä yksilöllisenä voimaantumisenä että yhteiskunnallisena osallisuutena. (Suomi 2008, 119.)

Helander (2006) käyttää teoksessaan termejä valtaistaminen (empowerment) ja valtaistuminen. Hänen mukaansa valtaistamisen käsite pitää sisällään joukon elämänhallintaa koskevia piirteitä, joita ovat kontrolli omasta elämästä, luottamus omiin kykyihin toimia itselleen tärkeissä asioissa, kyky tunnistaa ja kehittää toimintavoimaansa, tietoisuus ja mahdollisuus valintoihin sekä riip-

pumattomuus muista ihmisistä päätöksenteossa ja toiminnassa. (Helander 2006, 22.)

Kurki (2007) sanoo teoksessaan ”Innostava vanhuus”, että englanninkielisessä sanassa empowerment (valtaistaminen, valtaistuminen, voimaantuminen) on omat ongelmansa ja sen vuoksi hän ei puhu mielellään empowerment-ajattelusta. Sillä ”empowermentissä” tulee ongelma siinä kohtaa, kuka valtaistumista määrittää. (Kurki 2007, 57, 59.)

Usein vanhat ihmiset nähdään kohteina, joille ”me” annamme valtaa sillä tavoin, kuin se meille sopii. Työntekijä, eli se jolla valtaa on, jakaa sitä niiden- tässä tapauksessa vanhojen ihmisten kanssa, joilla sitä ei ole.” (Kurki 2007, 57.)

2.3 Ikääntyvän hyvä elämä ja arki

Ikääntyvän hyvää elämää voidaan määritellä erilaisin käsittein, muun muassa elämänlaatuna ja hyvinvointina sekä elämänhallintana. Kokemus hyvästä elämästä on yksilöllinen ja siihen ovat vaikuttamassa muun muassa arki ja siihen liittyvät tarpeet. Huuskon ja Pitkälän (2006) mukaan elämänlaadun käsitykset ovat muuttuneet vuosien kuluessa ja ne ovat olleet kulttuurisidonnaisia. Yleisesti ottaen hyvän elämän merkkeinä on pidetty onnellisuuden kokemuksia, terveyttä, ystäviä, läheisiä sekä turvattua toimeentuloa. Laadukkaaseen elämään liittyviä ehtoja, alueita tai ulottuvuuksia on vaikeaa määritellä täsmällisesti, koska jokainen kokee elämänlaadun omalla tavallaan. Elämänlaatua on tutkittu kauan, ensimmäiset tutkimukset tehtiin 1900-luvun alkupuolella. Vaikka eri tulkinnoissa käytetään paljon samoja termejä, on yksiselitteisen määrittelyn tekeminen haastavaa. Yleisimmin elämänlaadun käsitteellä ymmärretään ”hyvää elämää”, johon vaikuttavat onnellisuus, hyvä itsetunto, sekä ihmisen ulkopuolelta määräytyvät elämän aineelliset edellytykset että ihmisen

subjektiivinen tyytyväisyys elämään ja omaan itseensä. (Huusko & Pitkälä 2006, 9-10.)

Määriteltäessä elämänlaadun kokemusta ja hyvinvointia, pyritään samalla määrittelemään myös se, mikä on hyväksi ihmiselle. Ihminen voi itse kokea voivansa pahoin, vaikka toiset arvioisivatkin hänen elämänsä hyväksi, jopa korkeatasoiseksi. Toisaalta, ihminen voi kokea elävänsä hyvää elämää, vaikka ulkopuolisesta tilanne saattaa näyttää heikolta. Huusko ja Pitkälä viittaavat artikkelissaan Cumminsiin (1997), jonka mukaan nykyään suurin osa elämänlaadun tutkijoista on sitä mieltä, että elämänlaatu koostuu laajasti ajateltuna sekä objektiivisesti että subjektiivisesti mitattavista elämän ulottuvuuksista. Hänen mukaansa objektiivisiin ulottuvuuksiin luokitellaan kaikki, mitä toinen ihminen voi arvioida. Subjektiivisilla tarkoitetaan sitä, mitä ihminen itse määrittelee omien kokemustensa perusteella. Ainoastaan pieni osa tutkijoista on sitä mieltä, että ihminen itse on ainoastaan kykeneväinen määrittelemään mitä elämänlaatunsa kokonaisuudessaan on. (Huusko & Pitkälä 2006, 11.)

Sarvimäen (2000) tutkimuksessa ”Elämänlaatu palvelutaloasukkaiden kokemana” elämänlaatuun vaikuttavat keskeisimpinä hyvän olon tunne, elämän mielekkyyden kokemus ja oman arvon tunne. Tutkimusta varten haastateltiin kahdeksaa palvelutaloasukasta. Sarvimäki viittaa teoreettiseen malliin ja empiiriseen tutkimukseen, joiden mukaan elämänlaadun yhteydessä tärkeimpiä tekijöitä ovat sisäiset edellytykset, kuten terveys, toimintakyky, hallintastrategiat ja persoonallisuus, sekä ulkoiset tekijät, jotka koostuvat biofysisistä ja sosiokulttuurisesta ympäristöstä. Hänen tutkimuksensa mukaan iäkkään hyvän elämän piirteitä ovat muun muassa hyvä lapsuus, koulutus ja antoisa työ, hyvä avioliitto ja onnellinen perhe, terveys sekä onnellisuus ja tyytyväisyys. Vastaavasti elämässä vähemmän hyvinä piirteinä tutkimuksessa kävi ilmi sotakokemukset, pettymykset koulutuksen ja uran suhteen sekä yleinen tylsyys. (Sarvimäki 2000, 19–22.)

Hakonen (2008b) kertoo teoksessaan ”Kuluerästä voimavaraksi”, kuinka toimintakyvyn ja voimavarojen käsittäminen pelkkänä fyysisenä ulottuvuutena on puutteellinen ja usein käytetty terveys ja toimintakyky – käsitepari voi estää näkemästä ikääntyneiden hyvinvoinnin kokonaisuutta ja peittää koko psykososiaalisen ulottuvuuden. Näiden sijaan Hakonen tarkastelee voimavarakäsitettä sosiokulttuurisesta näkökulmasta laaja-alaisena yksilöiden toimintakykyjen alueena. (Hakonen 2008b, 122.)

Hakonen (2008b) kuvaa teoksessaan brittiläisen Growing Older - tutkimusohjelman tuloksia, joiden mukaan elämänlaadun ulottuvuuksiksi saatiin *oleminen (being)*, *kuuluminen johonkin (belonging)* ja *tuleminen joksikin (becoming)*. Olemisella tarkoitetaan elämänlaadun fyysisen, psykologisen ja henkisen jatkuvuuden ulottuvuuksia. Kuuluminen johonkin tarkoittaa yksilön ihmissuhteita ja niihin liittyvät fyysiset, sosiaaliset ja yhteisölliset ympäristöt. Tuleminen joksikin taas ymmärretään henkilökohtaisten elämäntavoitteiden saavuttamisena, vapaa-ajan pyrkimyksinä, sekä henkilökohtaisena kasvuna yksilönä. Sosio-kulttuuriseen seniorikäsitukseen ja voimavarojen ymmärtämiseen elämänlaadun ulottuvuudet kiinnittyvät psyykkisinä, fyysisinä, sosiaalisina ja ympäristöllisinä. (Hakonen 2008b, 122.)

Saarenheimo (2009) on kuvannut ikääntyneiden arjen tarpeita psykogerontologisesta näkökulmasta. Hänen mukaansa ikääntyneiden arjessa on kuusi eri ulottuvuutta: toiminnallinen, ajallinen, kulttuurinen, sosiaalinen, psykologinen sekä paikkaulottuvuus. Ihmiset jäsentävät arkeaan tarpeiden lisäksi omien halujen, mieltymysten, intressien, arvostuksen, moraalien ja toiminnan perusteella. Näillä on sekä yksilöllinen että yhteen kietoutunut merkitys arjen tarpeisiin nähden. Näiden lisäksi ihmiset tarvitsevat arkeensa syvyyttä, kauneutta ja järjestystä, hengellisiä sekä esteettisiä kokemuksia, kokemuksia elämän merkityksellisyydestä ja kulttuurista osallisuutta. (Saarenheimo 2009.)

Toiminnallisiin ulottuvuuksiin kuuluvat toistot, rutiinit ja omien asioiden hoitaminen. Ajalliseen ulottuvuuteen kuuluvat puolestaan erilaiset syklit ja jatkuvuus arjessa. Muutos ei ole jatkuvuuden vastakohta tai este jatkuvuudelle, syvällisimmillään jatkuvuus vaikuttaa ihmisen identiteettiin ja minuuteen. Kult-

tuuriseen arjen ulottuvuuteen sisältyvät muun muassa arjen toimintakäytännöt, moraalit, arvostukset sekä ajattelutavat. Sosiaaliseen arjen ulottuvuuteen kuuluvat erilaiset ihmissuhteet. Ihmiset tarvitsevat sekä läheisiä ihmissuhteita, jotka perustuvat kiintymyssuhteisiin että laajempaa sosiaalista verkostoa. Arjen kannalta merkittäviä seikkoja ovat osallisuuden ja tarpeellisuuden kokemukset, se että ihminen kokee kuuluvansa johonkin. Osallisuudella ja osattomuudella on valtava merkitys ihmisen identiteetin kannalta. Psykologiseen ulottuvuuteen kuuluu elämänhallinta. Ihmiset tarvitsevat kokemuksen siitä, että heillä on mahdollisuuksia ja valmiuksia vaikuttaa oman elämänsä kulkuun, että he hallitsevat arjen tilanteita. Tähän liittyvät myös kokemukset elämän tarkoituksellisuuden ja mielekkyyden. Elämänhallintaa voidaan tukea muun muassa terapeuttisilla työmuodoilla, tukemalla ihmisen omia voimavaroja ja ongelmanratkaisua. Paikkaulottuvuus käsittää toiminnan ja elämisen tilan ja siihen liittyvät muutokset vanhuudessa. Kodilla on suuri merkitys, se toimii arjen näyttämönä ja on tunne-elämän keskus, joka luo mahdollisuuden ihmisyydelle, identiteetille sekä jatkuvuudelle. Koti on ihmisen arkielämän keskus, mutta myös asujiensa minuuden jatke psykologisessa mielessä. (Saarenheimo 2009.)

TAULUKKO 2. Elämänlaadun ulottuvuudet eri tutkijoiden määritelmien mukaan

| | Fyysinen | Psyykkinen | Sosiaalinen | Ympäristöllinen |
|------------------------------------|---|---|--|---|
| Huusko & Pitkälä (2006) | Terveys | Onnellisuuden kokemukset Hyvä itsetunto Tyytyväisyys elämään | Ystävät Läheiset | Turvattu toimeentulo Elämän aineelliset edellytykset |
| Hakonen (2008) | Oleminen (elämänlaadun kokonaisvaltainen jatkuvuus) | Tuleminen joksikin (henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttaminen ja kasvu yksilönä) | Kuuluminen johonkin (ihmissuhteet) Tuleminen joksikin (vapaa-ajan pyrkimykset) | Kuuluminen johonkin (ympäristöt) |
| Sarvimäki (2000) | Hyvän olon tunne Terveys Toimintakyky Biofyysinen ympäristö | Hyvän olon tunne Elämän mielekkyyden kokemus Oman arvon tunne Persoonallisuus Hallintastrategiat | Sosiokulttuurinen ympäristö | |
| Saarenheimo (2009) | Toistot Rutiinit Omien asioiden hoitaminen Arjen toimintakäytännöt | Elämänhallinta Mahdollisuuksia ja valmiuksia vaikuttaa oman elämän kulkuun, elämän tarkoituksellisuus ja mielekkyys Moraali Arvostus Ajattelutapa | Läheiset ihmissuhteet Laaja sosiaalinen verkosto Osallisuuden ja tarpeellisuuden kokemukset Syklit ja jatkuvuus | Koti Toiminnan ja elämisen tila |

Koskinen (2006) tarkastelee hyvää elämää toimintakyvyn näkökulmasta. Ikääntyvien toimintakykyä on mitattu jo pitkään vanhenemisen tutkimuksissa ja käytännön työssä. Ongelmana tunnistetaan, se että on keskitytty liian paljon fyysisen toimintakyvyn mittamiseen. On kartoitettu vain fyysisen toimintakyvyn vajeita ja näin ollen mielletty, että vajeet ovat yksipuolisesti ikääntyvien yksilöllisiä ominaisuuksia. Koskinen kuitenkin korostaa, että viimeaikoina on alettu olla kiinnostuneita, myös ikääntyvien psyykkisestä toimintakyvystä (elämänhalu, koettu yksinäisyys, elämäntarkoituksellisuuden kokeminen) ja sosiaalisesta toimintakyvystä (sosiaaliset verkostot, elämänmuutokset). Koskinen mainitsee myös Powell Lawton`in (1983) ajatukset ikääntyvän ihmisen ja hänen ympäristön välisestä suhteesta. Näiden ajatusten jälkeen on opittu ymmärtämään, että ikääntyneen toimintakykyä voidaan määritellä vain yksilön ja ympäristön ominaisuuksien välisenä suhteena. Lawtonille hyvä vanheneminen merkitsi neljää seikkaa: psyykinen hyvinvointi, fyysinen toimintakyky, koettu elämänlaatu ja objektiivinen ympäristö. Lawton korosti sitä, että ikääntyvien ympäristön ja yksilön ominaisuuksien tulee olla tasapainossa. (Koskinen 2006.)

Koskinen (2006) mainitsee vielä Jyrki Jyrkämän korostaneen sitä, että pitäisi vähentää ikääntyvien yksilöllisten ominaisuuksien mittaamista ja lisätä sosiaalisten tilanteiden ymmärtämistä ja tutkimista joissa ikääntyvät toimivat. On siis tärkeää tarkastella ikääntyneiden toimintakykyä monesta eri näkökulmasta: kehollisesta, yhteiskunnan, kulttuurin ja mielekkään yksilöllisen toiminnan näkökulmasta. Yleistynyt käsite arkielämän kompetenssi laajentaa nimenomaan toimintakyvyn käsitettä kokonaisvaltaisesti yksilön ja ympäristön välille. (Koskinen 2006.)

Koskinen (2006) toteaa toimintakyvyn ja voimavarojen tukemisen rinnalla puhuttavan nykyään myös enemmän ikääntyneiden hyvinvoinnin edistämisestä sekä elämänlaadun parantamisesta. Nämä ovat hyvin paljon samankaltaisia ja päällekkäisiä käsitteitä. Hyvinvoinnin ja elämänlaadun käsitteitä on suotavaa käyttää vanhustyössä siksi, että ne ottavat vanhan ihmisen elämän kokonaisvaltaisemmin huomioon, kuin pelkkä toimintakykykäsite. (Koskinen 2006.)

3 MIELENTERVEYS JA SEN TUKEMINEN IKÄÄNTYESSÄ

3.1 Ikääntyneen mielenterveys

Saarelaisen, Stengårdin ja Vuori-Kemilän (2001) mielestä mielenterveyden määritelmiä on olemassa useita erilaisia, sillä abstraktisten ja tajunnallisten ilmiöiden käsitteellinen kuvaaminen vain yhdestä oikeasta näkökulmasta on problemaattista. Mielenterveyden määritelmät siis vaihtelevat ajan, kulttuurin ja määrittelijän mukaan. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2001, 12–13.)

Heikkinen-Peltosen, Innamaan ja Virran (2008) mukaan mielenterveys on perusta ihmisen hyvinvoinnille mahdollistaen yksilöllisen ja mielekkään elämän. Vaikka mielenterveyden perusta luodaan lapsuuden perheessä, on se koko elämän mittainen kehitysprosessi. Se ei ole pysyvä olotila, vaan aikaan ja tilanteeseen sidoksissa oleva yksilöllinen voimavara. Mielenterveyteen sisältyvät sekä positiivinen mielenterveys että erilaiset mielenterveyden häiriöt ja sairaudet. Positiivinen mielenterveys koostuu hyvästä itsetunnosta, hyvinvoinnin kokemisesta ja kyvystä vaikuttaa omaan elämään, sekä toimintakykyisyydestä, ihmissuhteiden ylläpitämisestä ja henkisestä kestäkyvystä vaikeuksia kohdatessa. Myös asuinympäristö, ympäröivä kulttuuri ja yleiset arvot voivat olla vaikuttamassa mielenterveyteen. Mielenterveyteen sisältyy neljä seuraavaa ulottuvuutta: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 8-10.) Saarenheimo (2003) käyttää termiä mielen hyvinvointi, joka ymmärtääksemme tarkoittaa positiivista mielenterveyttä.

Ihmisen mielenterveyttä ei siis tarkastella irrallaan elämänhistoriasta, nykyhetken elinympäristöstä tai senhetkisestä elämäntilanteesta. Sillä olennainen merkitys ihmisen kehitykselle, mielenterveydelle ja mielenterveysongelmien synnylle on ihmisen senhetkisellä elämäntilanteella ja elämänhistorialla johon

kuuluvat perheen vuorovaikutus-suhteet, kasvuolot ja kehitykseen kuuluvat elämänkriisit ja traumaattiset kriisit. (Saarelainen ym. 2001, 13.)

Tulevaisuudessa ja tälläkin hetkellä yhä useammat iäkkäät asuvat kotona hyvinkin ”huonokuntoisina”. Tällöin mielenterveydelliset ongelmat saattavat tulla näkyvimmiksi ja vaativat erityistä huomioon ottamista, jotta kotona asuminen olisi mahdollista mahdollisimman pitkään ja elämälaatu pysyisi hyvänä. Usein ainoa saatavilla oleva hoito on lääkitys ja mahdollisesti ajoittaiset sairaalajakso silloin, kun tilanne on sietämätön. Ammatillista mielenterveysapua ei juuri ole saatavilla. Siispä usein vanhukset ja heidän omaisensa, sekä kotihoidon henkilökunta käsittelevät mielenterveydenongelmia oman arkikokemuksensa ja satunnaisen, joskus jopa sisäisesti ristiriidassa olevan ammatillisen tuen ja tiedon varassa. (Saarenheimo 2003, 11–13.)

Viimeaikaisessa vanhenemiskeskustelussa on rakennettu vanhojen myyttien rinnalle monipuolisempaa ja aktiivisempaa vanhuskuvaa, johon ei automaattisesti kuulu vaivat ja ongelmat. Huolimatta tästä, vanhuuden yleensä samaistetaan olevan psyykkisen, sosiaalisen kuin fyysisenkin toimintakyvyn alenemista ja menettämistä. ”Myytit” eivät kuitenkaan ole kadonneet, vaan ne ovat siirtyneet koskemaan vielä iäkkäämpiä ja fyysisesti huonokuntoisempia vanhuksia, eli niin sanottuja ”vanhoja vanhoja”. Tämänkaltaisten stereotyyppien luominen on vaarallista ja saattaa jättää todelliset avun tarvitsijat mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle. Usein ikääntyvien mielenterveysongelmat hukkuvat huonokuntoisuuden alle ja tällöin ne jäävät hoitamatta. (Saarenheimo 2003, 11–13.)

Vanhustenhuollon palvelujärjestelmä on muuttunut avopalvelukeskeisemmäksi. Tämä muutos on asettanut ja asettaa mielenterveyspalvelut ikäihmisten kohdalla uuteen valoon. Perinteisesti laitoksissa on vanhuuden mielenterveydenongelmat ja niistä seuraavat seuraamukset katsottu olevan yleistä vanhusten huonokuntoisuutta. Kotona asuminen on taas puolestaan ollut tae siitä, että ihmisillä on toimintakykyä sekä fyysisesti ja psyykkisesti selviytyä itseksseen tai osa-aikaisen avun turvin arjesta. (Saarenheimo 2003, 11.)

Mielenterveydelliset häiriöt eivät jakaudu siististi ja objektiivisesti luokkiin kuten kasvit, kivet tai autot, siksi häiriöille on vaikea löytää luotettavia ja pysyviä tuntomerkkejä. Jokainen ihminen on yksilöllinen ja kokee asiat omalla tavallaan, tekee asioista omia päätelmiään ja kärsii omalla persoonallisella tavallaan. Jokaisen ihmisen tarina on yksilöllisempi, rikkaampi ja kokonaisempi kuin hänen saamansa diagnoosit. (Furman & Valtonen 2000, 13.)

Vanhuudessa kohdattavien mielenterveydellisten haasteiden ja ongelmien voidaan todeta olevan jopa moniulotteisempia kuin nuoremmassa ikäryhmässä. Mielenterveyden häiriöiden oireistojen moninaisuus ja päällekkäisyys korostuvat vanhuudessa. Tällöin tarkkarajaiseen ja yksiselitteiseen mielenterveydellisten häiriöiden luokitteluun on vaikea päästä, mikä luo oman haasteensa niitä tarkasteltaessa. (Raitanen, Hänninen, Pajunen & Suutama 2004, 193.) Koposen ja Leinosen (2002) mukaan vanhuksilla esiintyy samoja mielenterveyden häiriöitä kuin keski-ikäisilläkin ihmisillä. Erityispiirteenä vanhusten mielenterveyshäiriöille on, että vanhuksilla esiintyy näiden lisäksi usein psyykkisiä oireita, jotka liittyvät somaattisiin sairauksiin. Asianmukaisessa hoidossa vanhusten mielenterveyshäiriöiden ennuste on yhtä hyvä kuin nuorempienkin henkilöiden kohdalla. (Koponen & Leinonen 2002, 187.)

Mielenterveydenhäiriöiden tarkastelussa on syytä pitää mielessä oireilun yhteys vanhuksen kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseen ja niissä vaikuttaviin ja vallitseviin tekijöihin (Raitanen ym. 2004, 193). Elämässä tapahtuvat muutokset, menetykset ja luopumiset ovat ikäihmisille todellisia ja vaikuttavat heidän jokapäiväiseen elämään (Siltala 2006, 234).

3.1.1 Ikääntyminen elämänvaiheena

Kun elämänkaaren näkökulmasta tarkastellaan ihmisen kehitystä, se näyttyy valikoivana ja ikään kytkeytyvänä mukautumiskyvyn muuttumisena (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila 2006, 169). Ihmisen elämäkaari on varsin laaja ja monimutkainen ilmiö ja työssämme käsittelemme sitä psykososiaalisesta näkökulmasta. Psykososiaalisen elämäkaaritutkimuksen suurin nimi on Erik H. Erikson, jonka luomaa teoriaa kahdeksanvaiheisesta

kehityksestä hyödynnämme työssämme. Psykososiaalisessa elämänkaarinäkökulmassa on keskeisenä ajatuksena, että ihminen kehittyy ulkoisten ja sisäisten tekijöiden vuorovaikutuksessa koko elämänmittaisen ajan. Seurataan ihmisen biologista kasvua ja kehitystä, huomioidaan yhteiskunnalliset vaikutukset suhteessa yksilöihin, lisäksi tutkitaan erityisesti psyykkisten tekijöiden (ajatusten, tahdon ja tunteiden) kehitystä eri ikävaiheissa. (Dunderfelt 1997, 234–235.)

Eriksonin teoria kattaa ihmisen elämänkaaren syntymästä kuolemaan saakka. Erikson erottaa kahdeksan toisistaan eroavaa vaihetta, joista jokaiseen liittyy oma kehitystehtävänsä tai haasteensa. Kehitystehtävät ovat koko ihmisen elämänkaaren läpäiseviä teemoja, joita ihminen käy lävitse jokaisessa kehitysvaiheessa erilaisina muunnelmina ja kokonaisuuksina. Hyvässä tapauksessa jokainen uusi vaihe rakentuu edellisen varaan siten, että ihminen on tasapainossa ympäröivän todellisuuden ja itsensä kanssa. Huonossa tapauksessa uuteen kehitysvaiheeseen siirrytään puutteellisin voimavaroin. Kehitystehtävät, joihin ihminen ei ole otollisessa vaiheessa kyennyt vastaamaan, ilmaantuvat erityisen vaativina käsiteltäviksi myöhemmissä elämänvaiheissa ja tehtävissä. Tämä saattaa osaltaan aiheuttaa psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, mutta kuitenkin se merkitsee samalla uutta mahdollisuutta kohdata käsittelemättä jääneet kehitystehtävät. (Saarenheimo 2003, 22.)

Lapsuuden kehitystehtäviä Eriksonin mukaan on luottamuksen, kyvykkyyden ja autonomian saavuttaminen. Nuoruuden kehitystehtävänä on oman identiteetin löytäminen ja varhaisaikuisuudessa toisen ihmisen läheisyyden kokeminen ilman itsensä kadottamisen pelkoa. Aikuisuuden keskeinen kehitystehtävä on luoda uutta sekä hoivata ja ottaa vastuuta nuoremmista sukupolvista. (Saarenheimo 2003, 23.)

Vanhuuden kehitystehtävänä on minän eheys ja tästä syntyvä voima on viisaus. Vastakohtana eheydelle on elämän halveksunta ja vastenmielisyys elämää kohtaan, siitä seuraa katkeruus ja epätoivo. Vanhuuden aikaa pide-

tään eletyn elämän arvioinnin aikana, pystyykö henkilö hyväksymään sekä huonot että hyvät ajat omaan elämään kuuluvina tapahtumina. Toisaalta se on myös samalla eteenpäin katsomista, mitä kiinnostavaa vielä voisi tehdä. Mitä kuoleman jälkeen tapahtuu? Vanhuuden viisaus on Eriksonin mukaan juuri tätä avoimuutta ja kiinnostusta vielä elämää kohtaan, uhkaavankin kuoleman edessä. Jotta tämän voi saavuttaa, tarvitaan jonkinlaisen ”minän eheyden” kokemusta kaikilla tasoilla, niin psyykkisellä, fyysisellä ja kuin sosiaalisellakin. (Dunderfelt 1997, 244.)

Elämän halveksunta, kuten ei viisauskaan kehity vanhuudessa nopeasti, vaan sillä on pitempi ja monimutkaisempi menneisyys. Tavoittelemattomilla, kuten epätoivon ja katkeruuden kaltaisilla tiloilla on juurensa jo esimerkiksi aikuisiän tai nuoruuden psyykkisten voimien tai biologisten toimintojen lamaantumisesta tai selkiytymättömästä identiteetikriisistä, jotka ovat vaikuttaneet läpi elämän. Vanhuuden vaiheissa on hyväksi itsetarkkailu ja tutkiskelu yhdessä ympäristön tuen kanssa. *”Viisaus tuo mukanaan ”tosi ihmisyyden” jota yhteiskunnassamme opitaan tulevaisuudessa uudestaan kunnioittamaan”.* (Dunderfelt 1997, 245.)

Integroitunut ja viisas yksilö voi hyväksyä elämänsä sellaisenaan kaikkine hyvine ja huonoine puolineen. Ihminen kehittää yhteensuuluvuuden tunteen muiden kanssa ja kokee elävänsä inhimillistä elämää. Kun yksilö pystyy hyväksymään eletyn elämänsä, niin kuolemakin näyttäytyy luonnollisena päätöksenä elämälle. (Saarenheimo 2003, 23.)

Eriksonin elämänsäkaariajattelun mukaan ihmiset jollain tavalla ennakoivat koko elämänsä ajan vanhuuden lopullisuutta ja kokee ”ei – olemisen” pelkoa. Samalla ihmiset jatkuvasti rakentavat minuuttaan sovittamalla yhteen toimintaa sekä rajoituksia, tasapainottamalla heikkouksiaan ja vahvuuksiaan. Vanhuudessa elämänhalun ja kuolemanpelon välinen jännite on olemassa, kun elämästä suurin osa on jo eletty. Eriksonin lisäksi monet muut kehitysteoreetikot pitävät vanhuuden haasteena kokonaisnäkömyksen saavuttamista elämästä

ja oman elämänkaaren suhteuttamista laajempaan kokonaisuuteen. (Saarenheimo 2003, 23–24.)

Kehitysvaiheajattelun keskeisimpänä kysymyksenä on se, miten ikääntyvä ihminen kykenee useista väistämättömistä ja sattumanvaraisista elämäntapahtumista ja muutoksista huolimatta säilyttämään elämän jatkuvuuden ja merkityksellisyyden tunteen. Vanhan ihmisen elämänvarrella sattuneiden menetysten ja rajoitusten onnistuneen käsittelyn eli surutyön on ajateltu vähentävän myös edessä olevaan kuolemaan liittyvää ahdistusta ja pelkoa. (Saarenheimo 2003, 24.)

3.1.2 Kriisiytyneet elämäntapahtumat

Eletty ja koettu elämä yhdessä kehityksellisten tekijöiden kanssa ovat muokanneet ihmisen persoonallisia keinoja tulla toimeen erilaisten kuormittavien asioiden kanssa. Elämä ei kuitenkaan kohtele kaikkia tasapuolisesti, etenkin mielenterveydellisten häiriöiden osalta kyse on kuormittavien tekijöiden tai altistavien tekijöiden kasautuvasta vaikutuksesta. Vanhuuden voidaankin sanoa olevan eletyn ja koetun elämän näköinen. Siinä ovat vaikuttamassa ajankohtaisten tapahtumien ohella myös aiempien koettujen kokemusten merkitys ja persoonallisuuden muotoutuminen kokemusten ja perinnöllisten tekijöiden pohjalta. Aiemmin toimineet ratkaisut tai käytetyt menetelmät suojautumiskeinoina eivät välttämättä enää toimi ja psyykinen hyvinvointi alkaa horjua. (Raitanen, ym. 2004, 193.)

Traumaattisen (psyykkisen) kriisin aiheuttaa äkillinen, ennakoimaton järkyttävä tapahtuma. Esimerkkejä traumaattisen kriisin aiheuttajista ovat liikenneonnettomuus, läheisen ihmisen äkillinen kuolema, väkivallan kohtaaminen, tulipalo, vakava sairastuminen, tai muu vastaava kohtalokas tapahtuma. Traumaattinen kriisi etenee seuraavasti: sokkivaihe, reaktiovaihe, työskentelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 34–38.)

Elämä kokonaisuudessaan pitää sisällään monenlaisia tapahtumia, jotka eivät aina ole sisällöltään kovinkaan miellyttäviä, mutta se kuuluu yhtenä osana elämään. Erilaiset elämäntapahtumat, jotka vaikuttavat horjuttavasti ihmisten hyvinvointiin ja elämälaatuun ovat sairastuminen, oma tai läheisen vammautuminen, läheisen kuolema tai kuoleman pelko, avioero, leskeytyminen, eläköityminen, yksinäisyys, väkivalta, taloudelliset ongelmat, eli kaikki se mikä rikkoo elämäksi kutoutuvan kokonaisuuden. (Heikkinen 1998, 18; Stuart-Hamilton 2003, 141–143.)

Ikääntyneiden ihmisten pitkä elämänhistoria jo itsessään tuo mahdollisesti mukanaan ikääntyneille monenlaisia elämäntapahtumia, iloisia ja surullisia. Pitkän elämänhistorian vuoksi ikääntyneille on sattunut nuorempiin verrattaessa enemmän erilaisia ja useampia menetyksiä, joita voivat olla muun muassa: useiden läheisen menettäminen, leskeytyminen, avioero, sairastuminen.

Kuvattujen elämäntapahtumien yhteydestä depression syntyyn on keskusteltu paljon. Teoksessaan ”Iäkkäiden depressiomaisema” Riitta-Liisa Heikkisen (1998) käsitys on, että:

Jokaiselle voi käydä niin, että kestäkyvyn rajat syystä tai toisesta ylittyvät. Tapahtumien määrä ei ratkaise. Yksikin ankara tapahtuma voi ”pudottaa” meidät. Kasautuessaan ja pitkään jatkuessaan pienemmätkin taakat voivat käydä mieleemme tasapainolle ylivoimaisiksi. (Heikkinen 1998, 18.)

Hänen mielipiteeseensä on helppo yhtyä, kun ajattelee elämää yleensä ja kun kuuntelee ihmisten elämäntarinoita.

3.1.3 Masennus ja kliininen depressio

Tutkiessamme kirjallisuutta ja etsiessämme tietoa masennuksesta, ymmärsimme sen olevan yleisin mielenterveydellinen pulma ikäihmisten keskuudessa. Se on myös usein vaikea diagnosoida ja löytää siihen oikea hoitomuoto. Edellisessä kappaleessa mainitut elämän erilaiset kriisitilanteet altistavat mahdollisen masennuksen syntymiselle.

On erilaisia käsityksiä siitä, pitäisikö masennusta ja kliinistä depressiota pitää saman ilmentymän eriasteisina ilmentyminä vai kokonaan katsoa eri kuvakulmasta. Saarenheimon (2003) mukaan tämä kysymys iäkkäiden ihmisten kohdalla saattaa olla erityisen tärkeä, selvitettäessä kummasta on kysymys. Tutkimusten mukaan vakavaa depressiota ei vanhoilla ihmisillä ole muusta väestöstä poiketen enempää, mutta lieviä masennusoireita on muuhun väestöön verrattaessa enemmän. Vanhusten depression havaitseminen ja lievän masennustilan tunnistaminen on vaikeaa, etenkin jos heillä on samanaikaisesti muita toimintakykyä alentavia ja heikentäviä sairauksia. Masennus voi oireistonsa runsauden vuoksi ilmentyä pelkästään ruumiillisina tai kognitiivisina oireina, esimerkiksi muistin tai ajattelun ongelmina. Mahdollisen masennuksen tunnistamista vaikeuttaa myös se, että ihminen ei välttämättä edes itse tunnista masennusta pahan olonsa aiheuttajaksi. Ihminen saattaa esimerkiksi valittaa, että tuntee itsensä oudon väsyneeksi tai ettei saa mitään aikaiseksi. (Saarenheimo 2003, 59–60.)

Saarenheimo (2003) kertoo masennusta voivan kuvata sateenvarjokäsitteenä, jossa eri näkökulmasta korostuvat eri puolet ja erilaiset oirekuvat. Psykiatriassa diagnostiikassa keskeisinä oireina pidetään masentunutta mielialaa, mielihyvän ja mielenkiinnon tunteen menettämistä sekä aloitekyvyttömyyttä. Äärimmillään vakava depressio voi olla täydellistä pysähtyneisyyttä, jolloin ihmisellä ei ole halua tai voimia etsiä itselleen apua. Toisaalta masennus ja masentunut mieliala voi olla normaali ja ohimenevä reaktio menetyksiin, pet-

tymyksiin ja muihin elämän tuomiin vaikeuksiin. Tässä mielessä erityisesti yksinäisiä ja somaattisesti sairaita vanhuksia pidetään riskiryhmänä masennuksen suhteen. (Saarenheimo 2003, 60.)

Kliinisestä näkökulmasta vakava masennus nähdään sairautena, jossa tarvitaan lääkehoitoa. Lääketieteellinen näkökulma ei tällöin kiinnitä huomiota masennuksen sisältöön ja yksilöllisiin merkityksiin, joita mielialan vaihteluihin liittyy tai joiden avulla niitä tulkitaan, ja subjektiiviset oireet jäävät tällöin taka-alalle. Masennuksesta kärsivän ja hänen läheistensä sekä arjen auttajien kannalta kuitenkin subjektiiviset ja kognitiiviset kokemukset ja oireet ovat keskeisessä asemassa. Sairauden kanssa ei voi keskustella, mutta masentuneen ihmisen kanssa voi. (Saarenheimo 2003, 60–61.)

Masennusta pidetään siis vanhuusiän yleisimpänä psyykkisenä ongelmana. Vanhusten kohdalla puhutaan jopa yli- sekä alidiagnosoinnista. Alidiagnosoinnista on kyse silloin, kun lieviä tai epäselviä masennustiloja jää havaitsematta tai ne tulkitaan vanhuuteen liittyväksi tai kuuluvaksi yleiseksi alakuloisuudeksi. Silloin, kun masennusta ei oteta vakavasti, se jää hoitamatta. Ylidiagnosoinnista puhutaan silloin, kun jokaista surumielisyyttä ja mielialan laskua aletaan hoitaa mielialalääkkeillä. Ongelmia syntyy silloin, kun vaihtoehtoina on lääkitys tai hoitamatta jättäminen. Kumpaakaan tilannetta ei voi pitää tavoiteltavana, oleellisinta onkin kysyä millaisia vaihtoehtoja on olemassa lääketieteelliselle depressiokäsitykselle ja voidaanko vanhusten masennustiloja ottaa vakavasti ja kohdata ne ilman medikalisoitua? (Saarenheimo 2003, 61.)

Tutkimusten mukaan kliinisesti merkittäviä masennusoireita esiintyy 10–25 %:lla iäkkäistä. Kansanterveyslaitoksen Suomen eläkeikäistä väestöä koskevassa selvityksessä todetaan, että tarkasteluvuoden 2005 aikana 65–84 -vuotiaista miehistä 5,7 % ja naisista 9,2 % oli saanut hoitoa masennukseen. Kuitenkin 10,7 % tämän ikäisistä miehistä ja 17,7 % naisista kertoi pelkäävänsä henkisen tasapainonsa järkkymistä. Lisäksi 19,4 % yli 65-vuotiaista miehis-

tä ja 17,7 % naisista kertoi kokevansa tulevaisuutensa toivottomaksi tai melko toivottomaksi. (Mielen muutos 2009.)

Vanhustyön keskusliiton Internet-sivuilla kerrotaan, että vanhuuden masennuksen seulonta perustuu samoihin kriteereihin kuin muun väestön diagnostiikka, mutta oireisto saattaa poiketa yleisimmistä tyyppioireista. Usein erilaiset somaattiset oireet, kuten säryt, kivut ja väsymys voivat olla etualalla, eikä iäkäs ihminen välttämättä edes mainitse alavireistä mielialaa tai tunne itse olevansa masentunut. Vanhusten masennuksella on monenlaisia muita seurauksia, kuten ravitsemushäiriöitä, puutteita muiden sairauksien hoidossa, päihteiden liikakäyttöä, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia, itsemurhariskin lisääntymistä, sairastumisalttiutta ja terveyspalveluiden runsasta käyttöä. Depressio voi olla myös dementian yksi riskitekijä. (Mielen muutos 2009.)

3.1.4 Yksinäisyys ja itsetuhoisuus

Tutkimusten mukaan 4-5 % suomalaisista ikääntyneistä kokee jatkuvaa yksinäisyyttä, ja noin kolmasosa ajoittaista yksinäisyyttä. Yksinäisyyden prosentuaalinen osuus näyttäisi olevan lievässä kasvussa. (Vanhusten yksinäisyys 2009.) Routasalon ja Pitkälän (2005) mukaan yksinäisyys on käsitteenä epämääräinen ja moniulotteinen. Tutkimuksissa yksinäisyydellä tarkoitetaan yleensä ihmisen omaa sisäistä kokemusta. Tutkijat määrittelevät yksinäisyyden subjektiiviseksi kokemukseksi siitä, ettei ole riittävästi tyydyttäviä ihmisuhteita. Yksinäisyyden kokemus ja tunne syntyy siitä, että ihminen odottaa enemmän kanssaihmisiltään ja ympäristöltään kuin kokee heiltä saavansa. Ihminen voi myös kokea itsensä yksinäiseksi vaikka hänellä olisi muita ihmisiä ympärillään. Toisaalta taas yksinäisyydessä tai eristyksissä asuvat eivät välttämättä koe yksinäisyyttä. (Routasalo & Pitkälä 2005, 19–20.)

Yksinäisyys aiheuttaa ikääntyneille monia ongelmia. Yksinäisyys, sosiaalinen eristäytyneisyys ja masentuneisuus kietoutuvat usein yhteen. Ne johtavat vähitellen toimintakyvyn heikkenemiseen, avun tarpeen lisääntymiseen, laitoshoittoon ja jopa enneaikaiseen kuolemaan. Yksinäisyys ja eristäytyneisyys ennakoivat myös dementoitumista. (Routasalo & Pitkälä 2005, 19.) Uuden tutkimuksen mukaan myös vanhuksista 9 % kokee turvattomuutta. Äärimmäisissä tapauksissa edellä mainitut asiat yhdessä muiden kasautuneiden ongelmien kanssa voi johtaa toivottomuuteen ja jopa kuolematoiveisiin. (Vanhus-ten yksinäisyys 2009.) Itsetuhoisuuteen ja kuolematoiveisiin vanhus ajautuu usein eri tekijöiden vaikutuksista ja ongelmien kasautuneesta vaikutuksesta elämäänsä. Itsetuhokäyttäytymiselle ja itsemurhalle altistaa tuskainen masen-nustila, yksinäisyys, eristäytyminen ja elämän kapea-alaisuus. Alkoholien ja lääkkeiden käyttö yhdessä masentuneen mielialan kanssa lisäävät myös itse-tuhokäyttäytymistä. Menneisyydessä olleet aikaisemmat itsetuhoajatukset ja itsemurhayritykset lisäävät uuden itsemurhayrityksen vaaraa. Vanhus voi pää-tyä myös passiiviseen itsemurhaan, lopettamalla ja vähentämällä syömisiään ja juomisiaan. Vanhusten kanssa toimiessa on erotettava itsemurhakäyttäyty-minen ja luonnollinen kuolemaan valmistautuminen sekä siitä puhuminen. (Hil-tunen 2009.)

Suomessa vanhuksat tekevät itsemurhia lähes joka toinen päivä, Helsingissä joka toinen viikko. Vuonna 2005 yli 65-vuotiaat tekivät 176 itsemurhaa. Näiden tilastoitujen itsemurhien lisäksi on varmasti suuri joukko oman käden kautta kuolevia vanhuksia, joiden kuolinsyystä ei saada varmuutta. Tehtyjen itsemur-hien lisäksi, moni vanhus hautoo yksin synkkiä ajatuksia, ilman ketään jolle puhua vaikeista asioista. (Tappava yksinäisyys 2003.)

3.1.5 Muut tyypilliset pulmat

Muita tyypillisiä pulmia, jotka voivat olla vaikuttamassa ikääntyneiden mielen-terveyden horjumiseen ovat muun muassa omaishoitajuuteen liittyvä proble-matiikka, parisuhdepulmat ja eroaminen sekä leskeytyminen.

Omaishoitajuus

Kulttuurillemme on ollut vuosikausia tyypillistä se, että omaisten ja läheisten hoidon ja hoivan varassa on suuri osa maamme hoivaa tarvitsevista (Ruohonen 2008, 4). Hoitaja-hoidettava-suhteet ovat moninaisia ja tässä osuudessa käsittelemme nimenomaan sellaisten suhteiden pulmia, joissa ikääntynyt hoi-taa puolisoaan. Lappalaisen ja Turpeisen (1999) mukaan hoitosuhteen alka-minen voi tapahtua pikkuhiljaa, riippuen hoidettavan sairauden tai vamman laadusta. Sopeutuminen uuteen tilanteeseen vaatii aikaa, se voi olla sekä hoi-dettavalle että hoitajalle kriisi, jota on kuvattu usein vaikeaksi ja raskaaksi. Muutokseen sopeutuminen voidaan kokea masentavana, ahdistavana ja neu-vottomuutena. Yleensä hoidettava käy läpi omaa pelkoaan ja ahdistustaan, joka voi purkautua esimerkiksi syyttelynä, epäluulona ja vaatimuksena omaisia kohtaan. Uuteen tilanteeseen voi liittyä myös ongelmien peittelyä, joka voi olla voimia vievää, johtaa eristyneisyyteen sekä hankaloittaa tuen hakemista. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 9-10.)

Omaishoitajuudelle ovat tyypillisiä piirteitä työn raskaus ja sitovuus. Useat omaishoitajat ovat yksin tai lähes yksin vastuussa hoidettavasta ja perheenjä-senen sairastaminen voi joko etäännyttää tai vastaavasti lujittaa perheen si-säisiä välejä. Työn sitovuudesta johtuen hoitaja voi joutua luopumaan omista harrastuksistaan ja tyypillistä on myös se, että elinpiiri kaventuu ja yhteydenpi-to ystäviin ja tuttaviiin vähenee merkittävästi. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 14–15.) Ongelmana on, etteivät ystävyys-suhteet tahdo säilyä, ellei ole aikaa ja mahdollisuutta pitää niitä yllä (Lahtinen 2008, 83). Tämän seurauksena hoitaja voi kokea olonsa todella yksinäiseksi. Hoitaja voi kaivata keskustelukumppa-

nia, etenkin jos hoidettava on niin sairas, ettei hän kykene osallistumaan keskusteluihin. Kaikki eivät välttämättä koe oloaan yksinäiseksi tai eivät pidä sitä ongelmana, mutta toisilla se voi johtaa jopa masennukseen. Pahimmillaan yksinäisyydestä johtuva ahdistus voi olla jatkuvaa ja mieleen voi hiipiä itsetuhoisia ajatuksia. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 14–15.)

Hoitajan sekä hoidettavan kunto vaikuttavat paljolti siihen, kuinka raskaaksi hoitaja hoitotyön kokee. Esimerkiksi ympärivuorokautinen kuulolla olo tulee pidemmän päälle raskaaksi. Oman väsymisen tunnistaminen tai myöntäminen voi olla vaikeaa. Uupumukseen voi liittyä myös pelkoa, ettei selviä enää yksin, tai se voi lisätä syyllisyyden ja huonommuuden tunteita. Hoitamattoman uupumisen tyypillisin seuraus on masennus. Tutkimusten mukaan hoitajan uupuminen alentaa hänen terveydentilaansa ja vaikuttaa myös hoidettavan jaksamiseen ja hyvinvointiin. Uupumisen seurauksena hoitajan toimintakyky voi heikentyä, ilon ja elämänhallinnan tunteet voivat kadota elämästä ja itsetunto voi alentua tai romahtaa. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 15–18.) Lahtisen (2008) mukaan omaishoitajan sisäiset voimavarat ja henkinen hyvinvointi vaikuttavat paljolti siihen, kuinka hän jaksaa hoitaa omaistaan. Tärkeimpänä keinona jaksamisen tukemiselle hän pitää keskusteluapua. Omaishoitajille on myös erilaisia ryhmiä, mutta harva pystyy osallistumaan niihin siitä syystä, että kotoa lähteminen voi olla vaikeaa. (Lahtinen 2008, 82–83.)

Parisuhdepulmat ja eroaminen

Määtän (2002) mukaan on mahdoton määritellä, mikä tekee parisuhteesta onnellisen, sekä millaiset kehitysvaiheet puolisoiden on kohdattava. Suhde ja sen kehitys kahden ihmisen välillä on moninainen, monimutkainen ja hyvin henkilökohtainen asia. Jotkut ihmiset ovat onnellisia ja tyytyväisiä kaikenlaisissa olosuhteissa, toiset taas valittavat vaikka aiheita tyytymättömyyteen ei ainakaan ulkopuolisen silmissä näyttäisi olevan. Toiset tuntuvat kestävän paljon ongelmia, kun taas toiset lannistuvat mitättömistäkin asioista. Parisuhteessa on olennaista se kuinka puoliset tulevat toimeen ristiriitojensa kanssa ja miten hyvin niitä ratkaistaan, vaikeudet joko yhdistävät tai erottavat pariskun-

nan sen mukaan miten ongelmat ja ristiriidat selvitetään. Niiden myötä voimavarat joko ehtyvät tai voimistuvat. (Määttä 2002, 87.)

Määttä (2005) teoksessa ”Seniorirakkaus” on vertailtu senioreiden (tässä tapauksessa 50–91-vuotiaiden) kertomuksia rakkaudesta ja siihen liittyvistä kokemuksista. Teoksen aineistona on käytetty senioreiden kirjoittamia kirjeitä, joita oli ollut kaiken kaikkiaan 117 kappaletta, joista seitsemän oli ollut parisuntien allekirjoittamia. Vaikka kirjeet pohjautuvat kokemuksiin rakkaudesta, ei niissä käydä läpi pelkää avioliiton ihanuutta ja kepeyttä, vaan kaikissa tarinoissa on tullut esiin pettymyksiä tai harmistumista puolisoon tai parisuhteeseen. Useiden rakkaustarinat olivat alkaneet 1940-luvulla eli sota-aikaan. Kyseinen aika toi elämään sellaisia vivahteita, joita ulkopuolisen on vaikea ymmärtää: erossa olo, pelko ja epävarmuus tulevasta, jatkuva kuolemanpelko, nälkä, kylmyys, väsymys, köyhyys ja niin edelleen. Tuolloin seurustelu-aika oli jäänyt useiden kohdalla olemattomaksi ja varauksellisuutta alkavan avioliittoon toivat kokemattomuus, seksuaalinen tietämättömyys ja sitoutumisen pelko. Sota-ajan ja muiden koettelemusten jälkeen hyvä elämä on ollut helppo nähdä konkreettisesti. Pitkä yhteinen menneisyys on saanut toiset pohtimaan parisuhdettaan ja onko tehnyt oikeita valintoja elämässään. Senioreiden kokemuksista korostuvat ilo, pettymys, aprikointi sekä kiitollisuus, ja useat painottavat sitä, kuinka kypsällä iällä rakkaudessa korostuvat turvallisuus ja läheisyys. Hyvään yhteiseen elämään on senioreiden mukaan kuuluneet muun muassa rauha, turvallisuus, toimeentulon vakaus, terveys ja kyky nauttia levollisesta yhdessäolosta. Suhteita ovat koetelleet muun muassa lasten menetykset, sairaudet, taloudellinen tiukkuus. Näistä koettelemuksista selviytymistä voi pitää osoituksena rakkauden voimasta ja puolisoitten yhteenkuuluvuudesta. Sota-ajan ja muiden suurten elämän vaikeuksien läpikäyminen voi olla vaikuttamassa siihen, että vastaan tulevat koettelemukset osataan suhteuttaa sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Halu keskustella ja selvittää vastaan tulevat ristiriitatilanteet ja koettelemukset ovat merkittäviä suhteen säilymisen ja lujittamisen kannalta. (Määttä 2005, 39, 45–48, 63, 73–85.)

Avioero on useiden menetysten sarja. Avioeroprosessissa joudutaan luopumaan puolisoista ja hänen myötänsä seksikumppanista, ystävästä ja auttajasta, yhteisestä elämäntavasta, sukulaisverkostosta ja ystävyysuhteista, sekä mahdollisesti omasta identiteetistä ja itsearvostuksesta. Avioeron jälkeisen ensimmäisen vuoden olevan yleensä tuskaisin ja sitä hallitsevat erinäiset voimakkaat tunteet. On kohdattava eronneena vuoden eri etapit, esimerkiksi juhlapyhät sekä niihin liittyvät muistot ja kokemukset ilman puolisoa. Eronnut työstää kahdensuuntaisesti itseään, irti menneestä ja kohti uutta. Vain surutyö auttaa kulkemaan eteenpäin, sillä se pienentää vihan inhimilliseen kokoon. (Määttä 2002, 131, 136–137.)

Määttä (2002) kertoo avioeron herättävän eronneissa monenlaisia tunteita: syyllisyyttä, vihaa, katkeruutta ja surun tunteita. Monesti ihmiset kavahtavat näitä tuntemuksiaan ja yrittävät helpottaa oloaan vaikkapa lääkkeisiin turvautumalla. Vaikka lääkkeetkin voivat olla hyvä apu, niin tunteita ei tarvitse kavahtaa tai turruttaa. Tunteiden tarkoitus on selkeä, niiden avulla ihminen reagoi kokemuksen ulos itsestään ja läpi käy ero-prosessia. Tunteiden voimakkuus ja määrä vaihtelevat. Koko tunteiden ja ajatusten kirjo kuuluvat ero-prosessin kuvaan, eikä niitä voi laittaa mihinkään tärkeysjärjestykseen. Avioeropro-sessi on jokaiselle yksilöllinen kokemus. (Määttä 2002, 127, 132–133.)

Leskeytyminen

Tutkiessamme erilaisia ikääntymiseen ja ikävaiheiden erityiskysymyksiin liittyviä teoksia, olemme huomanneet, kuinka vähän ikääntyvien leskeyty-misestä on kirjoitettua ja tutkittua tietoa. Luopumista käsitellään useissakin teoksissa, joihin liitetään läheisten ja ikätovereiden kuolema, työelämästä pois jääminen sekä elinpiirin kaventuminen ja harrastuksista luopuminen toimintakyvyn muutosten myötä (ks. esim. Turunen 2005, 259–264). Määttä (2005) on koonnut teokseensa ”Seniorirakkaus” muutamia senioreiden kokemuksia leskeyty-misestä. Teokseen koottuja kokemuksia leskeyty-misestä yhdistää suunnaton suru ja synkkyys elämässä yksin jää-misen myötä. Eräs leskeytynyt seniori kuvasi ensimmäistä vuotta yksin jää-misen jälkeen kaikista vaikeimmaksi ajaksi

ja kuinka samalla tavalla kokenut voi ainoastaan tietää miltä tuntuu menettää elämäntoveri vuosikymmeniä kestäneen suhteen jälkeen. Leskeytymisen myötä joidenkin tutkimukseen osallistuneiden senioreiden elämä on asettunut uomiinsa, jolloin ystäville ja omaisille on enemmän tilaa, mutta tilaa uudelle rakkaudelle ei ole ollut. Muistot menneestä ovat riittäneet. Joidenkin leskeytyneiden mukaan rakkaudelle voisi olla omasta mielestä elämässä tilaa, mutta epäily oikeudesta onneen ja uuteen parisuhteeseen voivat painaa mieltä. Uuden suhteen rakentamiseen voi liittyä pelkoa, epävarmuutta ja neuvottomuutta. Pitkäaikaisen puolison kuoleman myötä surun rinnalle saattaa tulla tunne siitä, ettei halua päästää ihmisiä lähelleen, eikä siten ottaa tunneriskejä rakastumisen suhteen. (Määttä 2005, 173–179.)

3.2 Psykososiaalinen tuki

Ikääntyvien elämänkriisejä ja kehityskriisejä käsitellään liian kapeasti nykyisessä palvelujärjestelmässä. Kappaleessa 3.1 viittaamme Saarenheimon näkemykseen siitä, kuinka palvelujärjestelmän muutosten myötä ikääntyvien mielenterveysongelmien hoito on muutostilassa. Hakonen puolestaan nostaa esille kapea-alaisen näkemyksen, jonka mukaan toimintakykyä ja voimavaroja ei pitäisi nähdä pelkkänä fyysisenä ulottuvuutena (ks. kappale 2.3). Kansaneläkelaitos (Kela) puolestaan tukee psykososiaalista kuntoutumista, mutta ensisijaisesti työkäisten osalta (Harkinnanvarainen kuntoutus 2009). Käytännössä hyvin harvalla yli 65-vuotiaalla on mahdollisuus saada Kelan tukea kuntoutukselleen. 65 vuotta täytettyään henkilö siirtyy kunnallisen terveydenhuollon kuntoutuspalvelujen piiriin. (Vanhusväestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntoutus 2006, 3.) Vuonna 2008 noin 3550 yli 65-vuotiasta sai Kelan kuntoutusta, joka on 4 % kaikista kuntoutujista (Huusko 2009, 28).

Psykososiaaliselle tukemiselle keskeistä on asiakaslähtöisyys, johon liittyy muun muassa tuen tarpeen yksilöllinen arviointi. Psykososiaalisen työn periaatteisiin kuuluu, että asiakkaan kykyihin uskotaan ja korostetaan hänen oikeuttaan sekä velvollisuuttaan itsemääräämisessä. Kaikilla ihmisillä on alikäy-

tössä olevia kapasiteetteja ja tämä uskomus vahvistaa sitä voimavara- ja koulutusmyönteistä näkemystä, että kaikki voivat oppia uusia asioita ja tapoja toimia. Työn periaatteissa mainitaan myös normaalisuus sekä keskeisinä työ- ja ammatillinen kuntoutus. Merkittävää ovat myös sosiaalisten taitojen tukeminen, kuten vuorovaikutuksen ja sosiaalisen verkoston korostaminen. (Tapaninen 2007.)

Kettunen, Kähärä-Wiik, Vuori-Kemilä ja Ihalainen (2009) käsittelevät psykososiaalista tukea toimintakyvyn näkökulmasta. Heidän mukaansa psykososiaalisella työllä tuetaan asiakkaita erityisesti akuuteissa kriiseissä tai pitkittyneissä elämänkriisitilanteissa. Tavoitteena on psyykkisten voimavarojen ja toimintamahdollisuuksien tukeminen, huomioiden yksilö sekä hänen elinpiirinsä. Psykososiaalisen tukemisen onnistumisen edellytyksenä ovat asiakkaan ja työntekijän välinen suhde ja vuorovaikutus. Asiakkaan kokiessaan luottamusta, avoimuutta ja arvostusta suhteessa, on vuorovaikutus onnistunut ja näin ollen on asiakkaan mahdollista kokea tulevansa hyväksytyksi ja ymmärretyksi. Kun ihmisen elämää hallitsee ongelmatilanne, on hänen vaikea nähdä omia voimavarojaan, jolloin huomion vievät ongelmat ja neuvottomuus. (Kettunen, Kähärä-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 68.)

3.2.1 Psykoterapia

Tikkanen (2001) vertaa psykoterapiaa viulunsoiton opetteluun. Oppilas saa opettajaltaan vinkkejä, kuinka soittoa harjoitellaan, kertoo missä menee vikaan ja antaa kiitosta edistymisestä, mutta opettaja ei voi soittaa viulua oppilaansa puolesta. Opettaja ei voi myöskään taata sitä, että oppilas oppii, tai että hänestä kehittyisi huipputaitava soittaja, sillä seuraukset ovat pitkälti kiinni soiton opiskelijasta, kuinka hän jaksaa tehdä töitä edistyäkseen. Samoin on myös psykoterapiassa, asiakas joutuu itse tekemään työn, jossa psykoterapeutti on hänen tukenaan. (Tikkanen 2001, 13–14.)

Sana psyyke on kreikkalaisperäinen sana ja se merkitsee ”sielua” ja ”mieltä” ja sillä viitataan ihmisen sisäiseen kokemusmaailmaan: aistimuksiin, tunteisiin, mielikuviin sekä ajatuksiin. Sananmukaisesti psykoterapialla hoidetaan psyykettä, antamalla tilaa, osoittamalla myötätuntoa, kuuntelemalla ja kannustamalla. Kaikki psykoterapia perustuu vuorovaikutukselle ja jokainen psykoterapeutti tekee työtään oman persoonansa kautta ja sen mukaan millainen käsitys heillä on hoitamisesta, mikä näkyy myös työskentelytavoissa. (Tikkanen 2001, 14 & 51.)

Psykoterapiassa pyritään löytämään uusia ajattelun, toimimisen ja tuntemisen tapoja, mahdollisia vaihtoehtoja etsimällä, löytämällä ja vahvistamalla. Ihmisillä on tapana tarrautua vanhoihin ajattelun ja tuntemisen tapoihin, joista ulospääsy edellyttää uusien, parempien vaihtoehtojen löytämistä. Kysymysten avulla terapeutti auttaa asiakastaan tutkimaan itseään ja löytämään itsestään jotain uutta. Terapian tavoitteena on lievittää yksilön kärsimystä ja auttaa häntä toteuttamaan täyttä ja tyydyttävää elämää. Yksi psykoterapian tavoite on myös se, että asiakkaalle lisääntyisi tietoisuus siitä, kuinka hän voi tarttua ongelmiinsa entistä tarkoituksenmukaisemmin. Kaikelle psykoterapialle yhteistä on tavoite lisätä asiakkaan itsenäisyyttä eli autonomiaa. Autonomialla tarkoitetaan sitä, että henkilö pystyy irrottautumaan omista häiritsevistä oireistaan, ajatuksistaan tai kykenee vapauttamaan tunteensa, sekä pystyy kokemaan valinnan vapauden toiminnoistaan ja oman olemassaolon moninaisesta toteuttamisesta. Onnistuneen psykoterapian myötä asiakas alkaa vähitellen kantaa vastuuta itsestään ja omasta elämästään, lisäksi hänellä on lisääntyvät todellisuudentaju ja kokemukset perusturvallisuudesta. (Tikkanen 2001, 51–52.)

Isohannin (2002) mukaan psykoterapia ei merkitse ainoastaan tiettyjen psykoterapian muotoja tai tekniikoita, vaan sen avulla voidaan ymmärtää ihmismieltä ja hoidollista vuorovaikutusta, ja sen vuoksi se sopii kaikkien psyykkisten kärsimysten ja henkisen pahoinvoinnin lievittämiseen. Psykoterapia on ammatillisesti vaativaa ja tietoista toimintaa, jolla pyritään vaikuttamaan häiriintyneeseen tai oirehtivaan henkilöön psykologisin keinoin ja vuorovaikutuksen avulla. Psykoterapian tavoitteena on poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä ja psyyk-

kisen kasvun esteitä sekä niihin liittyvää kärsimystä. Käytännössä psykoterapialla pyritään lievittämään tai poistamaan esimerkiksi ahdistuneisuutta tai masennusta, sekä parantamaan toimintakykyä, lisäämään kykyä nauttia elämästä sekä estämään sairauksien ja kärsimysten uusiutumista. Psykoterapialla saavutetaan käytännössä parhaat tulokset kriisien ja neuroottistasoisten ongelmien hoidossa, mutta sillä voidaan vaikuttaa myös muun muassa vaikeaan somaattiseen sairauteen sopeutumisessa. Ylivoimaiset elämäkokemukset, kuten ajankohtaiset menetykset tai kehitysvuosien traumaattiset kokemukset ovat useimmiten vaikuttamassa psykoterapeuttisen hoidon taustalla. (Isohanni 2002, 264–265.)

Psykoterapeuttisia hoitomuotoja on useita, joista yleisimpiä ovat psykodynaamiset ja kognitiiviset psykoterapiat, ratkaisukeskeinen terapia ja perheterapia. Psykoterapia on keskustelemalla tehtävää työtä, jota tehdään yksilön, perheen, ryhmien tai yhteisöjen kanssa, jossa hoidetaan mielenterveyttä ja elämän kriisejä. Yleisimmin ihmiset hakeutuvat terapiaan ahdistuksen, masennuksen, pelkojen tai ihmissuhteissa esiintyvien ongelmien vuoksi. (Psykoterapia, 2009b.)

3.2.2 Perheterapia

Noin 40 vuotta sitten yksilön sairaudesta tuli koko perheen sairaus perheterapian myötä. Tuolloin perheterapialla tarkoitettiin sitä, että skitsofreniaa sairastavaa henkilöä hoidettiin mieluummin yhdessä perheen kanssa kuin yksin. Eräs määritelmä perheterapialle on, että se on perheen sisällä ilmenevän sairauden, eritoten mielen tai sielun sairauden hoitoa. (de Shazer 1995, 25.)

Perhetyöllä on vankka aseman yhteiskunnassamme. Perinteisesti perhetyö on mielletty lapsiperheiden käyttämäksi palvelumuodoksi, mutta se voi yhtälailla olla myöhempiä elämänvaiheita koskettavaa työtä. Tällöin työskentelyn keskiössä voivat olla esimerkiksi ikäihmisten parisuhde tai perheyhteyden ja suku-

polvien keskinäisten vuorovaikutussuhteiden tukeminen ja vahvistaminen. Seniori- ja vanhustyössä tulisi korostaa perhetyön tärkeyttä yhä enemmän, koska ihmiset elävät parisuhteissa yhä pidempään. Lisäksi esimerkiksi uusioperheiden myötä parisuhteet ja perheyhteydet ovat monimuotoisempia. Pulmat ja vaikeudet parisuhteessa eivät ole riippuvaisia siitä, minkä ikäisiä henkilöt ovat tai kuinka kauan heidän suhteensa on kestänyt. Kaikilla tulisi olla iästä riippumatta tasavertainen mahdollisuus perheterapiaan tai perhetyöhön hoitaakseen parisuhdettaan. (Suomi 2003, 179.)

3.2.3 Psykoterapian ja perheterapian erityispiirteet seniori- ja vanhustyössä

Psykoterapian perustajan Sigmund Freudin on sanottu epäilleen psykoanalyysin arvoa vanhojen potilaiden kohdalla. Tämän hän perusteli siten, että iäkäämmillä asiakkailla on vähemmän elämää jäljellä ja siten vähemmän aikaa nauttia hoidon tuloksista. (Stuart-Hamilton 1994, 134.) Tämän kielteinen suhtautuminen muistettiin pitkään ja yli keski-ikäisten henkilöiden muutoskyvyttömyys oli tästä syystä yleinen käsitys (Juhela 2001, 298).

Juhelan (2001) mukaan terapian tarvetta saattaa esiintyä missä tahansa vaiheessa ihmisen elämää, se ei katso ikää. Ikääntyvistä (tässä tapauksessa yli 65-vuotiaista) vain pieni osa hakee apua terapiasta, syinä voivat olla terapian leimaavuus ja se, että psyykkiset ongelmat on totuttu pitämään omana huoleena. Yli 65-vuotiaiden toiveena on hyvin harvoin psykoterapia ja vieläkin harvemmin on mahdollista löytää seniorien psykoterapiaan erikoistunutta psykoterapeuttia. Terapioiden vaikuttavuuksista on tehty hyvin vähän tutkimuksia, mutta muun muassa dementiapotilaiden hoitoon liitettyistä psykoterapiakokeuksista on lupaavia näyttöjä. (Juhela 2001, 298.)

Psykoterapiakuntoutus kuuluu harkinnanvaraisiin etuuksiin Kansaneläkelaitoksen (Kela) järjestämässä ja korvaamassa kuntoutuspalveluissa. Harkinnanvaraiset kuntoutukset rahoitetaan eduskunnan vuosittain vahvistaman raha-

määrän puitteissa ja se on tarkoitettu ensisijaisesti työikäisille (16–65-vuotiaille), joilla sairaus tai vamma haittaa työkykyä. (Harkinnanvarainen kuntoutus 2009.) Työikäisille kohdennetulla Kelan avustamalla psykoterapiakuntoutuksella on tavoitteena parantaa tai palauttaa kuntoutujan työ- tai opiskelukykyä. Kuntoutuksella pyritään myös tukemaan työssä pysymistä, työhön paluuta tai sinne siirtymistä. (Psykoteraapia 2009a.)

Joissakin tapauksissa myös yli 65-vuotiaat, työelämän ulkopuolella olevat henkilöt voivat saada Kelan tukea psykoterapiakuntoutukselleen, jolloin toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen ovat kuntoutuksen tavoitteina. Usein käy niin, ettei harkinnanvaraisille kuntoutuksille varattu rahamäärä riitä koko kohderyhmän kuntoutuskuluihin, jolloin tuen ulkopuolelle jääneet voivat hakea kuntoutusta uudestaan seuraavan vuoden rahamäärästä. Tukea hake-neella ei ole valitusoikeutta kyseisistä kuntoutuspäätöksistä. (Harkinnanvarainen kuntoutus 2009.)

Useat vanhemmat ihmiset käsittävät psykoterapian omalaatuisena, uhkaavana ja mystisenä tapahtumana, jonka vuoksi asiakkaat tulee perehdyttää ja annettavan informaation tulee vastata heidän mieltään askarruttaviin asioihin. Ikääntyvien kanssa työskenneltäessä tulee huomioida kulttuurierot ja väärinymmärrysten välttämiseksi tulee esittää tarkentavia kysymyksiä sekä termejä ja nimiä tarkentamalla. (Juhela 2001, 302.)

Saarenheimo (2003) nostaa esille kaksi syytä, joiden vuoksi perheen ja lähisuhteiden tunnistaminen, tarkastelu ja huomioiminen olisivat hyödyllistä ikääntyvien mielenterveyden yhteydessä. Lähiverkostoja tukemalla voidaan vaikuttaa ikääntyvän mielenterveyden ylläpitämiseen, jolloin tukiverkosto toimii ennaltaehkäisevänä elementtinä. Toisaalta tarkastelu on tärkeää siitä syystä, että lähisuhteissa voi olla mielenterveyteen negatiivisesti vaikuttavia yhteyksiä, jotka voivat ylläpitää tai synnyttää mielenterveyden ongelmia. Nämä seikat saattavat olla edellytys sille, että ikääntyvän mielenterveysongelmia voidaan lähteä purkamaan. Perheellä on elämänkaaren erivaiheissa erilaisia ke-

hitystehtäviä, aivan kuten yksilöilläkin. Perheen dynamiikassa voi tapahtua merkittäviä muutoksia, kuten esimerkkeinä aikuisten lasten pois muutto lapsuuden kodistaan, puolison eläköityminen tai perheenjäsenen sairastuminen tai kuolema. Tämänkaltaiset uudet tilanteet voivat olla stressitekijöitä, joiden läpikäymiseen ja käsittelyyn vaaditaan erityisiä voimavaroja, sekä yksilöiltä että koko perheeltä. (Saarenheimo 2003, 43–46.)

3.2.4 Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen terapia

Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen on maanläheinen ja myönteinen ajattelu- ja työtapa, josta suomenkielessä käytetään myös nimitystä lyhytterapia. Sitä käytetään yksilöiden, perheiden, ryhmien tai työyhteisöjen kanssa. Se soveltuu inhimillisen elämän haasteiden ja pulmatilanteiden työstämiseen, erilaisten psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien läpikäymiseen. (Erilaisia terapiamuotoja 2009; Ratkaisukeskeisyys pähkinänkuoressa 2009.) Ratkaisukeskeisessä terapiassa ei keskitytä niinkään siihen, millaista yksityiskohtaista informaatiota asiakkaalla on kerrottavanaan hänen ongelmistaan. Suurempi merkitys on sillä, millaisia toimivia menetelmiä ja keinoja asiakkaalla jo on, sekä pohditaan sitä, miten asiat olisivat, jos kaikki olisi hyvin. Ratkaisukeskeisessä terapiassa asiakas asettaa itselleen tavoitteen, jota kohti hän lähtee kulkemaan terapeutinsa tukemana. Tavoitetta kohti edetään pienin askelin. (O'Hanlon & Weiner-Davis 1990, 52, 57; Erilaisia terapiamuotoja 2009.)

Ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä työssä korostuvat selkeästi tietyt piirteet, joista asiakas- ja tavoitelähtöisyydellä tarkoittavat sitä, että keskustelussa painopiste on asiakkaan asettamissa tavoitteissa ja siinä, kuinka tavoitteisiin olisi mahdollista päästä. Voimavarakeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan kykyjen, taitojen ja osaamisen tutkimista ja hyödyntämistä pulman ratkaisemisessa tai tavoitteisiin pyrkimisessä. Tyypillistä ratkaisu- ja voimavarakeskeiselle työlle on myös myönteisten poikkeuksien ja edistysten huomioiminen. Sillä tarkoitetaan sellaisten tekojen ja aikojen tarkastelua, jolloin vaikeudet ovat paremmin hallinnassa ja tavoitteeseen on päästy edes osittain. (Ratkaisukeskeisyys

pähkinänkuoressa. 2009.) Saarenheimo (2003) viittaa teoksessaan useisiin kirjoittajiin, joiden mukaan tällaisten vaiheiden tarkastelu on osoittautunut tehokkaaksi työtavaksi etenkin sellaisissa tilanteissa, joissa asiakas ei ole tietoinen omista voimavaroistaan tai kokee ne hyvin vähäisiksi (Saarenheimo 2003, 41). Vaikka työlle on keskeistä asiakkaan vahvojen puolien tukeminen, on myös tärkeää testata ja ideoida erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja vuorovaikutussuhteessa. Tällöin korostuvat myönteisyys, luovuus, leikkisyys ja huumori. Työskentelytapa on monipuolinen, koska siinä sallitaan muista työtavoista lainattuja ideoita, kuten ulkoistamista, tarinoita, paradoksaalisia kotitehtäviä sekä kognitiivisen terapian harjoituksia. Keskeistä on aito, myönteinen palaute, sekä ansioiden ja kiitosten jakaminen. Yhteistyötä pulmien ratkaisemiseksi voidaan tarvittaessa tehdä verkostojen tai läheisten kanssa, jotka nähdään voimavarana. (Ratkaisukeskeisyys pähkinänkuoressa 2009.)

4 SENIORINUOTTA

Seniorinuotta on psykososiaalisen tuen ja terapian palvelukokonaisuuden kehittämishanke. Projekti on Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry:n hallinnoima ja projektia rahoittaa Raha-automaattiyhdistys (Ray). Projekti toimii vuosina 2008–2011. (Väliraportti 2008, 1-2.) Seniorinuotan työmuodot ja menetelmät ovat kytköksessä voimavaralähtöiseen ja sosiokulttuuriseen seniori- ja vanhusnäkemykseen.

Projektin päämääränä ja tavoitteena on luoda seniori- ja vanhustyöhön uusi monitoimijainen psykososiaalisen tuen ja terapian palvelukokonaisuus, joka mahdollistaa ikäihmisille laadukkaan, kokonaisvaltaisen ja turvallisen palvelun Jyväskylässä. Seniorinuotta toimii osana Jyväskylän kaupungin ennaltaehkäisevää palvelukokonaisuutta. Tavoitteena on myös tuottaa tutkittua tietoa psykososiaalisen tuen ja terapian toteuttamistavoista sekä käytettyjen interventioiden vaikuttavuudesta ja soveltuvuudesta seniori- ja vanhustyöhön. (Välira-

portti 2008, 1 - 2.) Seniorinuotta projektilla on oma esite ja sillä on myös käytössään Internet-sivut. Projektista on tiedotettu useissa eri kanavissa, sekä projekti on ollut mukana omalla panoksellaan useissa tapahtumissa. (Väliraportti 2008, 4-5.)

Seniorinuotassa tehdään yksilötyötä, joka pitää sisällään yksilö- ja pariterapi-an, sekä ryhmätoimintoja. Terapia asiakkuudet ovat syntyneet ennaltaehkäisevien kotikäyntien ohjaamana, palvelutalon työntekijöiden ohjaamina, terveyskeskuksen kautta, ryhmätoimintojen kautta tai jotkut asiakkaat ovat ottaneet itse yhteyttä. Terapiaistunnot toteutetaan joustavasti, joko vastaanottoina tai kotikäynteinä. Kaikki yhteydenotot eivät ole johtaneet terapiasuhteen alkamiseen, vaan asiakkaita on ohjattu joko ryhmätoimintoihin tai muihin vertaistukiryhmiin. Terapiasuhteen alkuvaiheeseen liittyy kotikäynti, tutkimusvaihe sekä yksilöterapiassa myös mahdollisten lasten ja puolison tapaaminen. Käytetty terapia on pääosin ratkaisu- ja voimavarakeskeistä. Asiakkaiden keskeisimmät pulmat ovat olleet seuraavanlaisia: masentuneisuus ja alavireisyys, parisuhdepulmat, yksinäisyys, omaishoitajaproblematiikka, päihdeongelmat, akuutit kriisit sekä seksuaalisuuden erityiskysymykset. (Väliraportti 2008, 7.)

Esimerkkeinä ryhmätoiminnoista voidaan mainita muun muassa Kulttuurivoimala- ryhmät palvelutalossa sekä kotona asuvien ikääntyvien tukena ja Tasa-painoinen elämä ohjelma. Ryhmät perustuvat terapeuttisen ryhmätoiminnan periaatteisiin, ne ovat suljettuja ryhmiä ja ryhmien koko on maksimissaan kymmenen asiakasta kerrallaan. (Väliraportti 2008, 9 - 10.)

Kulttuuri-voimala ryhmä palvelutalon asukkaille suunnattiin alakuloa ja depressiivisyyttä kokeville ikääntyville. Asiakkaat tulivat ryhmään henkilökunnan suosittelemana. Ryhmän tavoitteena oli helpottaa osallistujien alavireisyyttä, auttaa heitä tunnistamaan omia mielenkiintoja ja mahdollistaa kulttuuritoimintoihin osallistuminen kokeilemalla ja osallistumalla. Ryhmä kokoontui yhteensä kahdeksan kertaa. (Väliraportti 2008, 9.) Toisen kulttuuri-voimala ryhmän, joka

oli suunnattu alavireisyyttä kokeville kotona asuville ikääntyville, tavoitteena oli etsiä iloa elämään kulttuurin avulla. Asiakkaat ohjautuivat ryhmään sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen ohjaamana tai ottivat itse yhteyttä nähtyään ilmoituksen tai kuultuaan ryhmätoiminnasta. Ryhmä kokoontui kolmen kuukauden ajan yhteensä 12 kertaa. (Väliraportti 2008, 10.)

Tasapainoisen elämän ryhmän ohjelma perustuu amerikkalaiseen Lifestyle Redesign – ennaltaehkäisevään toimintaterapiaohjelmaan. Sen on osoitettu vaikuttavan parantavasti ja ylläpitävästi seniori-ikäisten ihmisten terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Ryhmä toteutettiin viiden kuukauden pituisena. Ohjelman teemat ovat liittyneet arjenhallintataitoihin kuten, liikkumiseen, raha-asioiden hoitamiseen, terveyden ylläpitämiseen toimimalla, ruokailuun, ajankäyttöön, turvallisuuteen, sosiaalisiin suhteisiin ja kulttuuriin. (Väliraportti 2008, 11.)

Ryhmiä vaikuttavuutta ja toimintojen vaikutuksia osallistuneiden hyvinvointiin on arvioitu erilaisia mittareita käyttämällä. Myös yhteistyössä Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa on toteutettu muutama opinnäytetyö, joissa on tutkittu ryhmien vaikutuksia. Yhteistyössä on mukana tutkimassa vaikutuksia myös Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen toimintaterapian työntekijöitä. (Väliraportti 2008, 11.) Ryhmätoiminta on jatkuvaa ja kehitteillä on myös muunlaisia esimerkiksi toiminnallisia ryhmiä. Ryhmä räätälöidään osallistujien mukaan henkilökohtaista suunnitelmaa toteuttamalla.

Esimerkkeinä järjestettävien leirien sisällöstä ovat parisuhdeleirit, leirit yksinäiseksi kokeville ja omaishoitajille. Kaikki Seniorinuotan palvelut ovat asiakkaille maksuttomia. Yhteistyökumppaneita ovat: Jyväskylän kaupunki, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Jyväskylän yliopisto sekä Koske – Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. (Väliraportti 2008, 11.)

Seniorinuotta-projektin avulla on saatu ammattihenkilöiden keskuuteen nostettua tietoa ikääntyvien psykososiaalisen tuen ja terapian tärkeydestä. Projekti on myös järjestettyjen tapahtumien myötä edesauttanut myönteisen ja voimavarakeskeisemmän seniori- ja vanhustyön leviämistä. (Väliraportti 2008, 12.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää kuinka Seniorinuotan terapiapalvelut ovat vaikuttaneet yksilö- ja pariterapian asiakkaiden elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Lisäksi selvitimme kuinka asiakkaat ovat kokeneet yksilö- ja pariterapiapalvelut, sekä selvitimme asiakkuuden taustalla olleet pulmat.

1. Pulmat asiakkuuden taustalla?
2. Kuinka terapiapalvelut ovat vaikuttaneet senioreiden elämänlaatuun sekä hyvinvointiin?
3. Kuinka asiakkaat ovat kokeneet Seniorinuotan yksilö- ja pariterapiapalvelut?

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksemme on **kvalitatiivinen** eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisen tutkimuksen ajatuksena on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksemme on nimenomaan tyypillinen laadulliselle metodille, jossa tutkittavien näkökulmat ja oma ääni pääsevät esille teema-haastattelussa ja tuloksissa. Jokainen tapaus on ainutlaatuinen, materiaalin käsittely sekä aineiston tulkinta sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara

2007, 157, 160.) Laadullista aineistoa pyritään kuvaamaan tapahtumat, ymmärtämään toimintaa ja antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. (Eskola & Suoranta 1998, 61.)

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein pieneen määrään tapauksia, niitä pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti ja tarkasti. (Eskola & Suoranta 1998, 18.) Kuten omassa tutkimuksessamme, jossa otanta oli kymmenen henkilöä. Näin ollen aineiston tieteellisyyden kriteeri ei ole määrä vaan laatu.

5.3 Teemahaastattelu

Käytimme tiedonkeruumenetelmänä puolistrukturoitua haastattelumenetelmää, jota kutsutaan teemahaastatteluksi. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten teemojen varassa, haastattelun aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille samat, mutta kysymysten järjestys voi vaihdella ja lisäkysymysten esittäminen on sallittua. Tämä haastattelumuoto vapauttaa tällöin haastattelijan tutkijan näkökulmasta ja tuo haastateltavien kertomukset esiin heidän omin sanoin. Asioista voidaan keskustella, sekä niitä voidaan tulkita ja tällöin ne voivat saada merkityksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Teemahaastattelu oli mielestämme soveliaain haastattelumuoto, koska halusimme tuoda haastateltavien ääntä mahdollisimman laajasti työssämme kuuluviin. Teemahaastattelun myötä uskoimme saavamme monipuolisia ja seikkaperäisiä kertomuksia osaksi tutkimustamme.

Sisältö- ja tilanneanalyysi on teemahaastattelussa tärkeää, jotta haastattelu voidaan kohdentaa juuri olennaisiin ja tiettyihin teemoihin. Tämä taas vaatii ennalta huolellista aihepiiriin tutustumista ja haastateltavien tilanteen tuntemista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Me teimme sisältö- ja tilanneanalyysiä vieraillemalla Seniorinuotan Internet-sivuilla, haastatteleamalla hank-

keen psykoterapeuttia, etsimällä tietoa aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta ja Internetistä. Tämän jälkeen kokosimme usean kymmenen kysymyksen listan, joka mielestämme kattoi käsiteltävän aiheen. Jaoimme haastattelukysymykset kuuden eri teeman alle, joita olivat: terapian aloitus, odotukset ja toiveet, vuorovaikutus terapeutin kanssa, terapian tulokset, kokemuksia työskentelystä ja merkityksen arviointia. Tämän vaiheen jälkeen kävimme haastattelurunkoa läpi perusteellisesti ja muokkasimme sen tarkoitukseemme ja teema-haastatteluun sopivaksi. (Ks. liite 2.)

5.4 Haastattelun toteuttaminen

Ensimmäinen askel kohti haastatteluiden toteuttamista oli virallinen yhteistyösopimus Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry:n kanssa, joka hallinnoi Seniorinuottaprojektia. Tämän jälkeen pystyimme aloittamaan asiakkaiden haastattelut. Jokaisen haastattelun alussa allekirjoitimme yhdessä asiakkaan kanssa ”Sopimus haastattelua varten”-sopimuspaperin (liite 1), jossa sitoudumme käsittelemään tietoja luottamuksellisesti, sekä siihen, että emme missään yhteydessä tuo ilmi haastateltavan henkilöllisyyttä, tai muita tietoja, joista hänet voi tunnistaa.

Saatuamme yhteistyökumppanilta halukkaiden terapia-asiakkaiden yhteystiedot otimme heihin yhteyttä puhelimitse ja sovimme haastatteluajoja. Puhelun yhteydessä kerroimme, että haastatteluun olisi hyvä varata aikaa pari tuntia. Teimme myös varmistuspuheluita päivää ennen sovittuja haastatteluajoja. Kutakin haastattelutilannetta varten varasimme mukaamme haastattelurungon, nauhurin, sopimuspaperin sekä kartan ajo-ohjeineen. Haastattelut toteutettiin kertaluontoisina elokuun-syyskuun 2009 aikana. Kestoltaan haastattelut olivat 1-2 tunnin mittaisia, ja niille varattu aika riitti hyvin. Yhdeksän haastattelua tehtiin parihaastatteluna ja yksi haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna toisen haastattelijan estyttyä osallistumaan haastatteluun.

Pyrimme olemaan empaattisia haastattelijoita. Tapialan (2009) mukaan empaattinen kuuntelu asiakastilanteessa tarkoittaa sitä, että haastattelijalla on kyky samaistua tai eläytyä toisen ihmisen tilanteeseen. Hänen mukaansa asiakkaan empaattinen kuuntelu auttaa asiakasta pääsemään paremmin käsiksi muistoihinsa ja hän kykenee ilmaisemaan tunteitaan tarvitsematta pelätä, ettei häntä otettaisi vakavasti. Kuuntelijan aitous saa asiakkaan tuntemaan olonsa turvalliseksi. (Tapiala 2009.)

Tavoitteenamme oli, että haastattelutilanne olisi luonnollinen ja tämän myötä haastatteluista saatava tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Asiakkaita haastateltiin heille mieluisimmassa paikassa ja yleisimmin se oli heidän oma kotinsa. Muutaman haastattelun teimme Palvelutalo Kotikaareen tiloissa. Yllätyimme hieman siitä, kuinka täysin vieraina ihmisinä olimme lämpimästi tervetulleita asiakkaiden omiin koteihin. Haastattelupaikasta riippumatta koimme haastattelutilanteet samankaltaisiksi, mielestämme ilmapiiri oli kaikissa haastatteluissa erittäin mukava, rento ja lämminhenkinen. Haastattelutilanteet olivat mielestämme enemmän keskustelutilanteita, kuin suoranaisia kysymysvastaus-haastatteluja. Etenimme haastatteluissa teemojen mukaisesti ja kaivatessamme tarkennusta esitimme lisäkysymyksiä.

Kokemustemme mukaan myös haastatteluiden nauhoittaminen lisäsi luonnollisuuden ilmapiiriä, koska saimme keskittyä täysin asiakkaan kuuntelemiseen, sen sijaan, että olisimme joutuneet samanaikaisesti kirjoittamaan heidän sanomiaan paperille. Muutamat haastateltavat pelästyivät hieman kuullessaan, että haastattelut nauhoitettaisiin. Perustelimme nauhurin käytön heille siten, että se helpottaa meidän työtämme, kun meidän ei tarvitse kirjoittaa koko keskustelua paperille. Ennen varsinaisen haastattelun aloitusta teimme niin sanotun koenauhoituksen, jossa nauhoitimme jokaisen keskusteluun osallistuvan puhetta muutaman sekunnin ajan ja tämän jälkeen kuuntelimme koenauhoituksen yhdessä. Koimme tämän vapauttaneen ilmapiiriä, koska lähes poikkeuksetta oman äänen kuunteleminen nauhurilta herätti hilpeyttä.

5.5 Haastatteluiden käsittely ja analysointi

Käytimme aineiston purkamisessa ja analysoinnissa sisällönanalyysin menetelmää. Pyrimme purkamaan haastattelut mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen, eli litteroimaan ne aukikirjoittamalla sanasta sanaan paperille. Kun kaikki haastattelut oli tehty ja materiaalit litteroitu aloitimme aineiston analysoinnin. Litterointien myötä meillä oli analysoitavaa materiaalia noin 100 sivua. Käytimme analysoinnissa apuna samaista teemajakoa, jota olimme käyttäneet haastattelurungossa. Lähdimme analysoimaan materiaalia siten, että nostimme erilleen tutkimuskysymystemme näkökulmasta keskeisimmät kysymykset, joihin haimme litteroinneista haastateltavien kommentteja, eli ”sanasta sanaan” – vastauksia. Kävimme materiaalia läpi useita kertoja. Seuraava vaihe analysoinnissa oli ilmausten pelkistäminen, eli nostimme kommentista oleellisimman tiedon myöhempää jaottelua varten. Esimerkiksi asiakkaan vastauksesta kysymykseen Miksi hakeuduit terapiaan?: ”*Sitten meillä oli puolison kanssa vähän vaikeeta. Oli tota puhumattomuutta ja se kotona olo oli semmosta aika raskasta*”, saatiin pelkistetty ilmaus: parisuhdepulmat, puhumattomuus parisuhteessa. Pelkistettyjen ilmausten avulla meidän oli helpompi tehdä jaottelua aihepiireittäin ja näin korostaa tutkimuskysymysten kannalta keskeisiä asioita.

5.6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden tärkeimpänä perusvaatimuksena on se, että tutkijoilla on riittävästi aikaa toteuttaa tutkimus. Yksityiskohtainen ja tarkka kuvaus tutkimusprosessista lisäävät luotettavuutta. Tutkimusta kuvattaessa tulisi raportissa määritellä seikkaperäisesti seuraavat asiat: tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan oma sitoutuminen tutkimukseen, aineiston keruun vaiheet, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantaja-suhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus sekä raportointi. Nämä edellä mainitut kohdat läpikäymällä voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–142.)

Tuomi ja Sarajärvi (2009) viittaavat teoksessaan Reynoldsiin (1987), jonka mukaan tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavat seitsemän seikkaa. Tutkijan on ymmärrettävästi selvitettävä tutkimukseen osallistuville työn tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Osallistujien mukanaolo tulee olla vapaaehtoista, siitä tulee olla mahdollisuus kieltäytyä tai jäädä kokonaan pois. Tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä tulee olla tiedossa mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkittavien suojaan oleellisesti liittyy osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia, niitä ei luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun, kuin sovittuun tarkoitukseen. Eettisyyttä lisää myös osallistujien nimettömyyden säilyttäminen läpi koko tutkimusprosessin, ellei osallistujien kanssa ole toisin sovittu. Vastuuntuntoinen tutkija noudattaa sopimuksia, joihin on sitoutunut, eikä näin vaaranna tutkimuksen rehellisyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Eettisyyden ja luotettavuuden kannalta on hyvä mainita myös solmimamme sopimus haastateltavien kanssa, jossa meillä on kirjallinen lupa käyttää tutkimuksemme kannalta olennaisia tietoja opinnäytetyössämme. Tutkimuksesamme olemme tuoneet esiin mahdollisimman paljon haastateltavien omaa ääntä, joka kertoo tutkimustulosten oikeellisuudesta. Yksityisyyden suojan nimissä haastateltavien kommentaista on poistettu tiedot, joista heidät voisi mahdollisesti tunnistaa. Eskola & Suoranta (1998) korostavat, että tietojen käsittelyssä kaksi keskeistä käsitettä on anonymiteetti ja luottamuksellisuus. Myös tietojen ja tulosten julkistettaessa tulee pitää huolta anonymiteettisuojausta ja luottamuksellisuudesta, mitä arkaluontoisemmista asioista on kyse, niin sitä tiukemmin on suojattava anonymiteettiä. (Eskola & Suoranta 1998, 57.) Poistamamme tiedot olivat epäolennaisia tutkimustulosten kannalta, joten se ei vaikuta vähentävästi tuloksien luotettavuuteen tai eettisyyteen.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Seniorinuotan psykoterapia-asiakkaat

Seniorinuotta – projektin yksilö- ja pariterapiaan osallistuneista asiakkaista kymmenen halukasta tuli osaksi tutkimustamme. Haastattelemamme seniorit olivat iältään 59 – 83 -vuotiaita eläkeläisiä, joiden keski-ikä on 71½ vuotta. Haastatellut asiakkaat olivat naisia sekä miehiä Jyvässeudun alueelta. Asiakkaiden taustat ovat olleet luonnollisestikin erilaisia, mutta yhdistäviä tekijöitä löytyy joukosta. Asiakkaat ovat siviilisäädyltään naimisissa, eronneita, naimattomia sekä leskiä. Joukossa on myös entisiä omaishoitajia, joiden puoliset ovat nykyään laitoshoidossa.

Asiakkaat kertoivat löytäneensä Seniorinuotan palveluiden piiriin muun muassa lehti-ilmoituksen välityksellä, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ohjaamana, omaisen tai puolison ehdottettua terapiapalvelua nähtyään mainoksen lehdessä, osallistuttuaan ensin Seniorinuotan ryhmätoimintaa tai kuultuaan palvelusta esimerkiksi Seniorimessuilla. Elämäntilanteet ja pulmat joiden vuoksi asiakkaat ovat hakeutuneet Seniorinuotan palveluiden piiriin, ovat olleet moninaisia eikä syynä ole ollut vain yksi pulmallinen tekijä, vaan tekijöitä on ollut useita. Eräs haastateltavista perusteli yksilö- ja pariterapiaan mukaan lähtöä siten, ettei kokenut hänelle tarjottua ryhmämuotoista toimintaa itselleen sopivaksi. Pulmatilanteet haastattelemillamme asiakkailla ovat olleet seuraavanlaisia: **parisuhteeseen tai puolisoon liittyvät pulmat** (puhumattomuus, puolison päihdeongelmat, leskeytyminen, omaishoitajaproblematiikka), **mielen pahoinvointi** (mielenterveysongelmat, masentuneisuus, alavireisyys, itsetuhoiset ajatukset, kokemus yksinäisyydestä, pitkittyneet elämäkriisit, suru) sekä **fyysinen sairastuminen** (oma vakava sairastuminen, puolison sairastuminen, puolison joutuminen laitoshoitoon).

Osa asiakkaista on aloittanut terapiapalvelut heti projektin aloitettua vuonna 2008, mutta haastateltavissa on vielä kevään 2009 aikana terapiaprosessin aloittaneita. Tämän vuoksi terapiaprosessi on asiakkailla eri vaiheissa. Toisilla haastatelluilla huomaa prosessin selkeästi olevan vielä keskeneräinen, kun taas toisilla terapian voidaan olettaa loppuvan piakkoin, sillä siitä saatu hyöty on asiakkaan mukaan saavutettu. Tämä käy ilmi seuraavissa haastateltavien lainauksissa:

"Vaikee sanoa tässä vaiheessa, tuntuu, että on silleen keskeneräinen jotenkii... En tiää kuinka monta vuotta mun kohdalla kestää, tää on niin lyhyt aika että... Ei nää sillai niitä tuloksia."

"Mulla on sellanen tunne, että mä oon saanu nyt kaiken, mitä on niinku tarpeen... että mä oon nyt niinku selvillä vesillä."

Asiakkaat ovat tavanneet terapeutteja suurin piirtein noin yhden kerran kuukaudessa. Akuuttien kriisien aikana tai yllättävien käänteiden vuoksi on asiakkailla ollut mahdollisuus tavata terapeutteja useamman kerran kuukaudessa ja he ovat myös tavanneet. Asiakkaat voivat myös tarvittaessa soittaa terapeutilleen, joka osaltaan luo turvallisuuden tunnetta. Joillekin haastateltavista jo pelkästään tieto avun saamisesta ja soittamisen mahdollisuudesta on riittänyt sellaisenaan.

Terapiaistunnot on pidetty vaihtelevasti seuraavanlaisissa paikoissa: Palvelutalo Kotikaarella, asiakkaiden kotona, asiakkaan puolison pitkäaikaislaitoshoitopaikassa, kahvilassa, ulkoilemassa tai jopa lenkkeillen. Istunnot ovat olleet kestoaltaan noin 45 – 60 minuutin mittaisia. Palvelu on ollut asiakkaille maksutonta.

6.2 Asiakkaiden kokemuksia terapiasta

6.2.1 Terapian aloitus

Haastatteluja tehdessämme huomasimme, kuinka terapia herättää jo sanana sekä positiivisia että negatiivisia mielikuvia ja tunteita. Haastatteluiden alku-puolella kysyimme haastateltavilta, millaisia ajatuksia ja tunteita terapian aloit-taminen oli heissä herättänyt. Osa haastateltavista kertoi aloituksen olleen helppoa ja kokivat sen positiivisena keskusteluapuna, ei niinkään ammattimai-sena terapiapalveluna. Vaikka he kuvasivat aloitusta helpoksi, kertoivat he suhtautuneensa aloitukseen hieman varauksellisesti. Haastatteluissa kävi myös ilmi se, kuinka seniori-ikäisten sukupolvi on tottunut pärjäämään itse ja ”kuinka perheen asioista ei puhuta muille”. Osa haastateltavista kuvasi aloitus-ta jännittävänä, pelottavana, kauhistuttavana, kysymyksiä herättävänä sekä kertoivat empineensä aloitusta. Muutama haastateltava mainitsi olleensa ai-kaisemminkin terapiassa ja tämän vuoksi terapian aloitus uudelleen tuntui luontevalle ja turvalliselle.

”Mä tulin tosi mielelläni, koska mä tiesin olevani avuntarpeessa. Enemmän positiivisia tunteita että mä nyt olen alottanut ja saan tän pään auki ja mä uskon että mä jotain saan apua ja sit on semmonen turva...”

”No mä en sitä sillai niin terapiana... Tai sillai en osannu, tai ajatellukkaan. Vaan tuota... Että ihan oli tämmönen miellyttävä ihminen, sympaattinen ja jolleka sai ja näin... En mää nyt ajatel-lu sitä näin tramaattisesti...”

”Tämän ikänen ihminen, se itse hoitaa niinku ne asiansa...”

”Siis se ajatus jo, että mä lähden ammatti-ihmisen kans keskustelemaan... Nii, mä mietin jo pitkään, että peruutanko mä tän koko homman... Onks tää oikein? Ja mitä he tekevät? Ja

mitä... mitä tää pitää sisällään, sitte nää keskustelut. Ja ku mulle ei niinku selvinny se, ja ku jokainen ihminen luo itselleen sen määrätynlaisen käsityksen, nää kallon kutistajat..”

”Ku ihminen koittaa aina vähä peittää sitä masennusta... Minä en ymmärrä sitä että miks pitää salata. Se on niinku ihmiseltä katkee jalka, se on sairaus! Minä en ymmärrä mitä hävettävää siinä on, mutta siinä taitaa olla jotain hävettävää?”

Parisuhteeseen ja puolisoon liittyvät asiat

Lähes jokainen haastateltavista mainitsi yhtenä terapiaan hakeutumisen syyinä puolisoon tai parisuhteeseen liittyviä seikkoja. Mainittuja syitä olivat muun muassa puolison alkoholiongelmät, puolison vakava sairastuminen, omaishoitajaproblematiikka, puolison laitoshoitoon siirtyminen tai kuolema, parisuhdepulmat sekä avioerot. Haastateltavien kertomasta käy ilmi näiden asioiden heikentävän merkittävästi heidän hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan. Eräs haastateltava kuvasi parisuhdetilannettaan vuosikausien kamppailuksi puolison sairastaessa kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja kuvasi myös puolisoaan mahdolliseksi kumppaniksi. Parisuhdetta oli varjostanut pitkään puhumattomuus ja selvittämättömien asioiden vuoksi he hakeutuivat terapiaan. Haastateluissa tuli myös ilmi, että osa olisi halunnut kumppanin mukaan terapia tapaamisille, mutta kumppani haluttomuuden vuoksi vain toinen osallistui istunnoille. Yhden pariskunnan kohdalla terapeutti oli tavannut heitä yhdessä ja erikseen.

Omaishoitajat kuvasivat tilanteitaan seuraavanlaisilla termeillä: uupuminen, riittämättömyys ja syyllisyyden tunne, sekä jatkuva huoli puolisoista hänen asuessa vielä kotona. Entiset omaishoitajat kuvasivat, ettei huoli poistu silloinkaan, kun puoliso on siirtynyt pitkäaikaishoitoon, vaan huoli puolisoista saa uudenlaisia piirteitä. Eräs entinen omaishoitaja kuvasi tilannettaan siten, että eläkkeelle siirtymisen myötä suhde on lujittunut, kun kumpikin on ollut kotona tiiviimmin ja on ollut aikaa toiselle. Puolison siirtyessä pitkäaikaishoitoon, hän kuvasi tilannetta erona, mutta ei lopullisena erona. Problemaattisen hänen tilanteestaan teki se, että joka vierailun jälkeen joutuu hyvästelemään ja jättä-

mään puolison uudestaan ja uudestaan. Haastavuutta tilanteeseen lisäsi se, että kokemus eettisen ja hyvän hoidon toteutumisesta arvelutti ja tämän vuoksi hän ei pystynyt luottamaan siihen, että puoliso voi hyvin.

”...Ja sitten... tuli vielä tuo ero sitten kaikenkukkuraksi kesken hoitoja ja jouduin sitten lähtemään kotoa, ajolähtö suorastaan, melkeinpä. Ja tuntu, ettei ehkä ite selviä tästä...”

”Mutta kuitenkin ja sitten mun puolison sairaus oli hyvin vaikea.. Mulla oli vaikeeta täällä olla hänen kanssaan, mut kuitenkin mä halusin olla, että tuota tarvittiin semmosta niinku voimaa...”

”...Puoliso sairastaa Parkinsonintautia, ja tää dementia on tullu siitä. Mä olin omaishoitajana, ja aika väsyny. Ja tietoa vailla...”

”...Nii, että on siinä semmonen huoli. Ja ku siinä oot 24 tuntia...”

Mielen pahoinvointi

Haastateltavat kuvasivat mielen pahoinvointiaan ja oireitaan avoimesti muun muassa seuraavanlaisilla termeillä: ahdistus, pelko, unettomuus, kaaos, toivottomuus, innottomuus, aloitekyvyttömyys, keskittymiskyvynpuute, tuska, kuolemanpelko, levottomuus, paha olo, itsetuhoisuus, psykosomaattinen oireilu, yksinäisyys, sekä masennus ja alavireisyys. Selkeästi yleisimpänä mielen-terveyden pulmana haastateltavien kertomana ilmeni masennus ja alavireisyys, mutta ainoastaan muutamalla haastateltavista oli diagnosoitu jonkinasteinen masennus. Näihin mielenterveydellisten pulmien syntyyn ovat vaikuttaneet elämän varrella koetut aikaisemmat elämänkriisit, sekä akuutit, meneillään olevat kriisitilanteet.

Masennus ja alavireisyys muutaman haastateltavan kohdalla johtivat kokonaisvaltaiseen toimintakyvyttömyyteen ja arjen hallinnan taidot katosivat ja

perustarpeista huolehtiminen oli puutteellista, masennuslääkkeiden käytöstä huolimatta. Esimerkkeinä mainittakoon syömättömyys, kotoa lähtemättömyys, sosiaalisten suhteiden ylläpitotaitojen ja -halujen katoaminen, esimerkiksi eräs haastateltava kertoi jättäneensä vastaamatta puheluihin.

"...Ahdistus ja pelko, masennus ja unettomuutta ja kaikkea mitä nyt voi olla. Ja sellanen toimettomuus ja innottomuus, aloitekyvyttömyys. Keskittymiskyky oli ihan nollassa..."

"...Semmonen tuska oli, ja ahistus. Sisimmässä... Ja sitä ku miettii että syöpääks mää nyt kuolen? Ja se leviää pitki ruumista ja..."

"Kyllä ne on nää henkilökohtaset asiat mitkä ovat..Mulla on siinä monenlaista traagista menetystä ollut, ja tuntuu että en olisi selvinnyt ilman apua. Sit hakeuduin terapiaan ja onneksi pääsin sitten."

"...Tähän sen takia, että täällä (palvelukodissa) helposti mieli masentuu.. Vaikka mä olen kyllä sellanen optimisti."

Osalla haastatelluista oli esiintynyt myös ajoittaista itsetuhoisuutta ja yhdellä jopa siihen liittyvää psykosomaattista oireilua. Yksi haastatelluista kuvaili itsetuhoisia tuntemuksiaan ja ajatuksiaan avoimesti. Seuraavassa muutama kuvaileva lainaus:

"Minä kerran aattelin, että minä otan jonkii oikein terävän puukon, mutta ku minä en uskaltanu. Että minä hyppään näin, tällä tavalla. Ihan totta...ahistus ja kipu vatsassa oli niin kova. Se olis ollu paras konsti... Mutta ku minä en uskaltanu....Ja ku ei siihen auttanu mikään, ja ku minä aattelin, että mikä minulla on... Minä terapeutillekii sanoin, että ku mulle tuli niinku seinä vastaan."

"Ja sitte se, että tämäkii että se on pilannu elämänlaatua ihan selvästi. oisko se näin, että tää kipu on ollu nii kauan, että se tää kipu ois saanu aikaan sen ahdistuksen. Ja sitte on muuttunu niinku masennukseks. Joku tämmönen siinä on..."

”Että jos minä tarpeeks kauan oon syömättä, ni sitten minä niinku häivyn... Ku ei muuta konstia ole... En minä uskalla niinku isselleni... Ku minä pelkään muutenki... Siis ku joku hyp-pää talon katolta, ni siihen minusta ei ole. Että niin minä sen sitte ajattelin, että jos minä tarpeeks kauan oon syömätä, nii... Että sitte ku joku tulee aamulla, ni minä en herää sitte enää millää...”

Fyysinen sairastuminen

Haastatelluilla on vakaviakin somaattisia perussairauksia, mutta terapiaan hakeutumiseen vaikutti enemmän henkinen sairastaminen eli mielen pahoinvointi, joita haastateltavat toivat esiin haastatteluissa. He olivat oppineet elämään somaattisten sairauksiensa kanssa ja lisäksi he antoivat ymmärtää, että henkinen sairastaminen vaikuttaa merkittävämmiin elämänlaatu heikentävästi. Muutamissa tapauksissa tuli kuitenkin esille syy-seuraussuhde, fyysinen sairastuminen sairastuttaa myös henkisesti. Muistisairaudet haastattelemlamme henkilöillä eivät tulleet esiin haastatteluissa. Yksi masennuksesta ja alavireisyydestä kärsivä kertoi tilansa vuoksi olevan huolissaan mahdollisesta alkavasta muistisairaudesta tulevaisuudessa.

”Mulla oli melkonen kriisiaika sillon... Mult leikattiin pari kertaa aika vakavasta sairaudesta...”

”...Ja sitte mulla ainaki pelkään sitä muistia kaikista eniten, että se tuottas kaikista eniten hankaluutta nytte...”

”Tää on tämmönen kipu, joka on muuttunu krooniseks. Tätä on jatkunu kymmenen vuotta, ja tämä on kiusannu minua!”

6.2.2 Odotukset, toiveet ja niiden toteutuminen

Osalla haastateltavista oli jonkin verran odotuksia ja toiveita terapian aloittamisen suhteen. Muutamalla haastateltavalla ei ollut minkäänlaisia odotuksia tai toiveita, koska he eivät omanneet aikaisempaa terapiakokemusta tai heillä ei ollut tietoa mitä terapia pitää sisällään. Haastatteluista keskeisiksi toiveiksi

nousi henkinen tuki, keskusteluavun saaminen ja asioiden jakaminen, sekä sitä kautta voimaantumisen mahdollisuus. Eräs haastateltava kertoi odotukseen olleen oman asenteensa muuttumista positiivisempaan suuntaan ja negatiivisten tunteiden hallitsemista.

"Joo, mulla ei ollu minkäänlaisia toiveita. Ei minkäänlaisia. Koska mä en... Tää oli niin vieras alue mulle."

"...Että saa itselle jotakin sellasta mikä antaa sitä voimaa ja energiaa, ja pääsee siitä niinkun.. virikkeitä nimenomaan, koska niitähän sitä tarvii..."

"...Ajattelen niin, että vaikka mikään asia ei muuttus, nii että sais elämään semmosta varmuutta. Että jaksais kuitenkin sitte..."

"Mitä mä odotan niin se varmaan muotoutuu vielä alitajuisesti. Mä en nyt osaa sanoa, kyllä se nyt on semmonen et mä voin jakaa niinku sillain luottamuksellisesti niitä asioita. Siitä saa semmosen turvallisuuden tunteen ja se on niin eri asia kun et niitä vaan vatkaa omassa päässään."

Kysyimme haastateltavilta toteutuneista odotuksista ja toiveista. Koska kaikilla haastatelluilla ei ollut odotuksia ja toiveita, tämän vuoksi vastaukset jäivät suppeammaksi tältä osin. Vasta terapian prosessin edetessä on alkanut muodostumaan erilaisia odotuksia ja toiveita, ne ovat muotoutuneet yksilöllisesti ja näin ollen niistä on vaikea tehdä yhtäläistä yhteenvetoa. Toteutuneet odotukset ja toiveet ovat olleet hyvin konkreettisia askeleita eteenpäin säännöllisen ruokailurytmin palautumisesta sekä itsevarmuuden löytymisestä, aina hyvin laajaan vaikeasti määriteltävään haastateltavan oman mielenmaailman kokemukseen.

"...ei oo enää sitä vihan tunnetta..."

"...Noo, itseluottamus on parantunu. Ja jonkinlainen semmonen, että ittensä repäsee lähemään, silloin kun on oikein vaikea olo. Repäsee vaikka väkisin!..."

"...No justii näistä sairauden tiedoista. Ja monesta muustakii, niinku näistä sairauteen liittyvistä ja näistä sukulaisuussuhteista ja näitten käyttäytymisestä. Että niistä on tosiaan ollu hyötyä, että mä en jää niinku käpristymään niihi, enkä vähä niinku vihan tunteisiinkaa jää, kun tietää, että ihmiset käyttäytyy tällei.."

6.2.3 Vuorovaikutus terapeutin kanssa

Kaikki haastatelluista kuvaavat suhdettaan terapeutteihin hyväksi, luonnolliseksi ja toimivaksi. Haastateltavat kuvaavat terapeutteja ammattitaitoisiksi ja luottamusta herättäviksi. Yhtenä ammattitaidon erityispiirteenä osa haastateltavista kuvasi terapeutin kykyä nousta samalle tasolle vanhemman ihmisen kanssa. Yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta haastateltavat ovat pystyneet keskustelemaan kaikesta terapeutin kanssa, myös niistä vaikeimmista elämän tilanteista. Osa haastateltavista toi esille sen, kuinka he arvostivat terapeutin suorasanaisuutta ja sitä, että asioista voidaan puhua suoraan, kiertelemättä. Vuorovaikutusta terapeutin kanssa kuvattiin jopa ystävyyssuhteeksi. Osa haastateltavista piti tärkeänä sitä, että terapeutti ei neuvo, mutta ottaa asioihin kantaa. Haastattelujen mukaan terapeutti perehtyy ja paneutuu asiakkaidensa tilanteisiin huolellisesti ja osa haastatelluista kertoi arvostavansa tätä tyyliä terapeutin työskentelytavassa. Eräs haastateltava kertoi huolestaan, joka kohdistui terapeutin jaksamiseen ja töiden määrään. Terapeutin ammattitaidossa korostui myös terapeutin kyky johdatella asiakastaan käsiteltävän asian ytimeen ja siten asiakkaalle oli herännyt ymmärrys prosessoida asiaa.

"Vaikka hän on nuori, nii hän ois paljo elämää nähny... tämmösen vanhemman ihmisen niinku samalla tasolla. Pystyy siis nousee sinne samalle tasolle."

"...Hän on ihan alusta asti ollut sellanen, hyvin lämminhenkinen ihminen, ymmärtäväinen. Ja nyt meistä on tullut ihan niinku ystävät, että ollaan juotu kahvit tuossa, hän tuo joskus kahvileipää ja puhutaan niitä näitä..."

"...että kuuntelee. Ja ottaa kantaa. Ei neuvo, mutta ottaa kantaa. Kukkaanhan ei voi toisen elämää, toisen aivoilla ajatella. Ne on ajateltava ite, ite on ratkasut tehtävä. Mutta se helpottaa ratkasun tekoo sitte, keskustelu..."

"...Kaikista yllättynein olen ollut niistä hänen kysymyksistään, niistä suorista kysymyksistä, että onko asia näin.. Tosi elämään liittyvät tärkeä suorat kysymykset, koskaan aikaisemmin eri terapiassa ei ole tullut näin suoria kysymyksiä..."

6.2.4 Terapian tulokset

Kaikki haastattelumamme henkilöt toivat haastatteluissa ilmi, kuinka terapia on tuonut positiivisia muutoksia kokonaisvaltaisesti haastateltavien elämään, sekä ennen kaikkea elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Tulokset vaihtelivat siitä riippuen, missä vaiheessa terapiaprosessi oli menossa ja millainen on haastateltavan kyky ilmaista itseään ja tunteitaan. Tuloksia tämän teeman alla on paljon ja ne vaihtelevat elämää mullistavista suurista muutoksista pieniin arkisiin asioihin. Jokaisen haastateltavan antamista kommentteista on havaittavissa tulevaisuuteen suuntaava toiveikkuus.

Arkielämän muutokset

Jokainen haastateltava kertoi saavuttaneensa konkreettisia arkielämän muutoksia terapian myötä. Puolet haastatelluista toi esille yhtenä muutoksena halun lähteä liikkeelle ja tavata muita ihmisiä, sekä sen, että sosiaalinen verkosto on laajentunut. Muutama haastateltava piti tärkeänä terapeutilta saamaansa tietoa puolison sairauteen liittyen. Kahden haastateltavan mukaan arkisista asioista huolehtiminen on palautunut terapian myötä. Yksittäisiä merkittäviä tuloksia olivat normaalin elämän saavuttaminen uudestaan, mielialalääkkeistä

luopuminen, parantunut kyky puhua omista henkilökohtaisista asioistaan. Kahdessa haastattelussa nousi esille selkeät muutokset parisuhteessa, puolison hyväksyntä sellaisena kuin hän on, puolison alkoholin käytön loppuminen sekä puolison käyttäytymisen muutokset vapautuneemmaksi ja rehellisemmäksi. Näiden seurauksina terapiatapaamisia on voitu harventaa joidenkin haastateltavien kohdalla. Yksi haastateltavista kertoi läheisten huomanneen positiivisia muutoksia hänessä terapian aloittamisen jälkeen.

"...Ja yks vaihtoehto oli mulla semmonen, että musta tulee oikein inhottava ihminen, että minä oon kaikille inhottava. Ei tarvii kenenkää lähestyä. Että oli tunteet ihan yhtenä möykkynä silloin. Että hän sai niitä niinku sillätavalla irti, ku sai purkaa niitä. Ja se on minusta hirveen arvokasta. Että hän uhras niin paljo aikaa sille. Minä sanonki terapeutille, että ethän sinä vielä minua jätä?!..."

"Elämänlaatuun sitten niin, että ku mä olin täysin down, ni tota, nyt mä elän normaalia elämää. Ja sit, minusta on alkanu tulla hieman itsekäs. Ja tähän terapeutti on valanu mulle niinku mahdollisuuksia."

"Syönti on se yks. Ja sitte on ulos... ulos on pakko lähteä. Minä luin kerran semmosen lapun, että menen metsään, ilo odottaa siellä jokaista tuliaa. Sen oli ihan joku runoilija sanonu, että sinne täytyy mennä. Sen ilon luokse. Ja ku minä luin... Mutta ku minusta tuntu, että minä oon kuolemaisillani. Ku minä en mitään muuta halunnu, ku nukkua... vaa ei sitä unta riitä mahottomasti."

"...ehkä siinä se et pystyin puhumaan mun ongelmista ja hyvistä asioista.. Et se et pystyy jakamaan.. Ja lehessäkin oli tästä et yksinäisillä miehillä on vaikeinta...Ja nuorenakin mulla on ollut sellanen et ei puhu, vaan pelkillä teoilla... mutta eihän kukaan sinne toisen päähän sisään nää, et kyllä se on se puhuminen tärkeätä!"

"Aika nopeesti näiden kertojen jälkeen olo rupes kohenemaan ja sitten pystyi käyntejä harventamaan..."

Tunne-elämän muutokset

Haastateltavilla on selkeästi havaittavissa tunne-elämän tasolla tasoittumista ja positiivisia muutoksia. Osa haastateltavista kuvaa mielen pahoinvoinnin vähentyneen tai jopa kadonneen kokonaan, mutta myös kertovat kuinka ovat oppineet elämään niiden kanssa, etteivät ne saa ylivaltaa koko elämästä. On syytä korostaa edelleen sitä, että terapiaprosessin ja elämäncriisin vaiheesta riippuen tilanteet ovat yksilöllisiä. Muutamalla oli selkeästi akuutimpi elämäncriisi meneillään, johon terapialla pyritään vaikuttamaan. Akuutissa elämäncriisissä olevia yhdistää se, että heidän on vaikea erotella terapiasta saatuja tuloksia. Muutama haastateltava kuvasi saaneensa voimia elämään ja uskoa tulevaisuuteen, mikä kertoo voimaantumisen prosessista.

Useat haastateltavista kuvasivat itsetuntemuksen ja –kunnioituksen parantuneen sekä muutoksia ajattelutavassa ja asenteessa. Osa kertoi myös pysähtyneensä ajattelemaan itseään ja sitä, kuka minä oikein olen. Ja merkittävin muutos tunne-elämän alueella on itsetuhoisista ajatuksista luopuminen terapian avulla. Osa haastateltavista kuvailee negatiivisten tunteiden vähenemistä tai katoamista ja kertonut pystyvänsä antamaan anteeksi läheisille ihmisille. Muutama haastateltava kertoi stressinsietokyvyn kasvaneen ja kuvailivat luonnettaan maltillisempina, kuin ennen terapian aloitusta. Muutama haastateltavista oli tai oli ollut puolisonsa omaishoitajana ja heidän kauttaan nousi omaishoitajuuteen liittyviä erityispiirteitä syyllisyyden ja riittämättömyyden tunteiden lievittyminen.

”...No, kyllä siis rauhottava tunne on tullu enempi. Ja semmonen usko tulevaisuuteen, että kaikki menee niinku menee. Oon mä sen ennenkii uskonu, että kaikki menee niinku on tarkotettu.”

”...aikaisemmin sitä tarkkaili toisia ja nyt olen ruvennut tarkkailemaan itseäni, et kukas minä oikein olenkaan? Tässä iässä.. Hyväksynyt niinku itseni, olen tullut toimeen vähän paremmin itseni kanssa ja yritän sitä jatkossa, enkä yritä vaan pidän...”

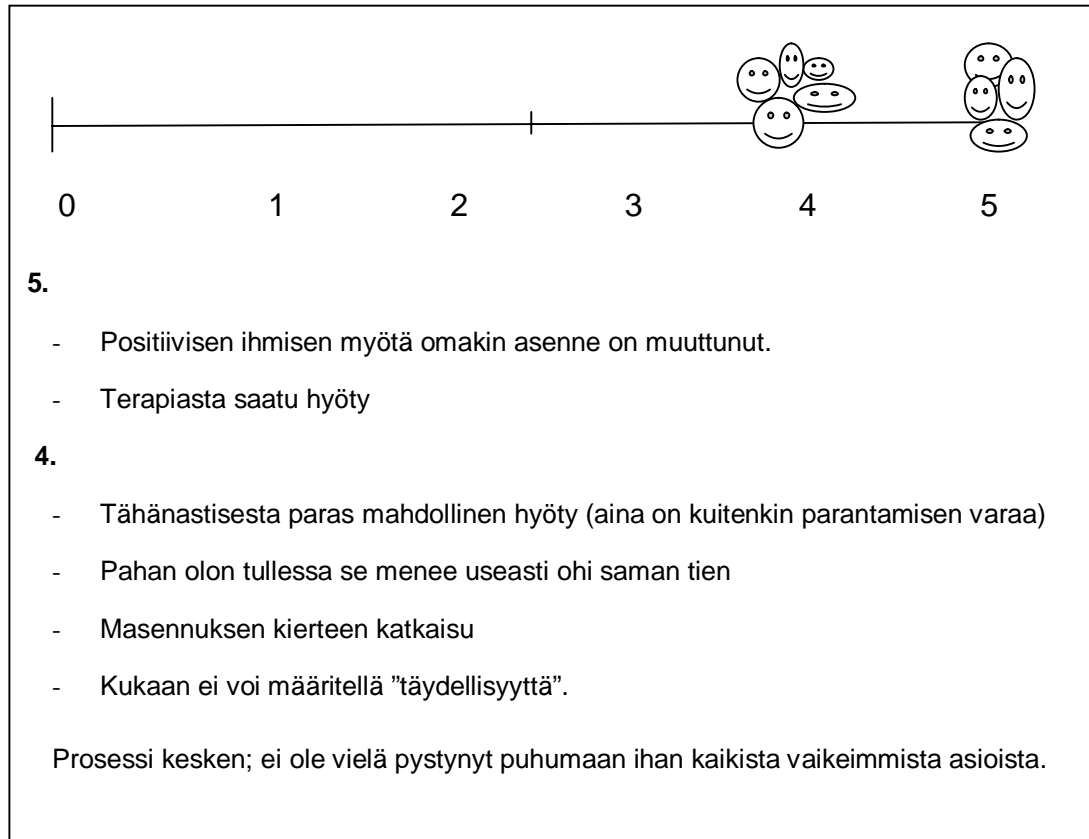
"...Mä olen aina ollut vähän sellanen huolehtiva emo, että mulla rupee tulemaan tätä ikääkin tähän mittariin, et nyt on niinku pakko ruveta elämään itselleenkin. Hakee niitä oikeita asioita mitkä tuntuu itselle hyvältä. Et en mä ole aikasemmin tämmöstä asiaa pystynyt sano- maankaan, et tää on mulle itellenikin ihan yllätys!!! Positiivinen yllätys..."

"... Et mä pystyn nauramaan näille kaikille asioille, ja tuota... Ja mä en enää tunne syylli- syyttä siitä, että puoliso on siellä hoidossa."

"...Mulle on tullut suuri elämämuutos tällähetkellä... Must tuntuu et mä olen pääsemässä tästä mielialahommasta eroon... Itsellä on sellanen olo..."

Koettu hyöty

Kysyimme haastateltavilta terapiasta saamaansa hyötyä, sekä sitä, kuinka he asettaisivat saamansa hyödyn asteikolle 0-5, siten että nolla (0) tarkoittaa "ei mitään hyötyä" ja viisi (5) tarkoittaa "paras mahdollinen hyöty". Haastateltavat arvioivat saamaansa hyötyä asteikolla numeraalisesti, sekä perustelivat sanal- lisesti mitä numero tarkoittaa. Haastateltavista neljä sijoitti saamansa hyödyn asteikolle kohtaan viisi ja haastateltavista viisi sijoitti saamansa hyödyn as- teikolle kohtaan neljä. Yksi haastateltavista ei osannut vielä määritellä saa- maansa hyötyä asteikolla ja muutama haastateltava ei osannut perustella va- lintaansa. Seuraavan sivun kuviossa 2 näkyy asteikko ja haastateltavien nu- meroiden valinnat symbolien avulla sekä heidän antamat perustelut valitsemit- leen numeroille.



KUVIO 2. Asteikkokysymys koetusta hyödystä sekä perustelut

6.2.5 Tärkeimmät asiat, joissa terapia on auttanut

Yhdeksän haastateltavaa nimesi tärkeimpiä asioita, joissa terapia on heitä auttanut. Tulokset ovat jokseenkin samankaltaisia, mutta niissä on yksilöllisten kokemusten pohjalta havaittavia erilaisia vivahteita. Suurin osa kuvasi tärkeimmäksi asiaksi myönteisen elämänasenteen, kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, tyytyväisyyden ja sopeutumisen elämään, sekä mielenrauhan saavuttamisen ja sitä kautta elämässä eteenpäin menemisen. Muutamilla haastatelluilla tärkeimmiksi asioiksi ovat muotoutuneet parisuhteeseen ja puolisoon liittyvät asiat, kuten puolison masentuneisuuden vähentyminen, puolison sitoutuminen terapiaan, sekä terapeutin tuki puolison sairastaessa. Yhden henkilön kuvaamana oli hänellä kasvanut ymmärrys antaa anteeksi läheisilleen.

Muutamissa haastatteluissa kävi ilmi kuinka terapia on auttanut omien voimavarojen tunnistamisessa siten, että haastateltavat kertoivat tunnistavansa tilanteen jolloin henkinen tasapaino on uhattuna ja mielen järkkäminen mahdollista. He kertoivat, että koska tahansa voi ottaa yhteyttä terapeuttiin ja tämä taas osaltaan loi turvallisuuden ja jatkuvuuden tunteen luottamuksellisesta suhteesta.

Ainoastaan yksi haastatelluista ei osannut nimetä terapian myötä saavutettua tärkeintä asiaa. Tämä johtunee osaltaan siitä, että hänellä oli akuutti elämäkriisi meneillään. Havaittavissa on kaikkien haastateltujen kohdalla jonkinasteinen selviytyminen sekä toiveikkuus tulevaisuudesta. Muutama haastateltava sivusi aihetta, jonka mukaan läpikäymättömät elämänhistoriassa koetut kriisiytyneet elämäntapahtumat saattavat niin sanotusti palautua ja aktivoitua uusien kriisien myötä. Kriisien kasautuessa seuraukset saattavat olla jopa kohtalokkaita. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että kriisien kasautumisen ennaltaehkäisyyn tulisi huomattavasti enemmän panostaa ikäihmisten hyvinvoinnin vuoksi.

”Ett se että antaa anteeks. Näkee ihmisen erehtyvänä, virheellisenä, ku itekii...”

”Mä sanon, että miten monta vuotta ollaan puolison kanssa kamppailtu tuon puolison masennuksen kanssa, niin kyllä se on korjaantunu.”

”Ja joka kerta kun hän (puoliso) tulee niistä palavereista, ni jos pikkusen liiotellaan, ni ne on metrin korkusia askelia, mitä hän ottaa.”

”Ja kun ajatellaan et mäkin oon jo seitenkymppinen niin kaikki iäkkäät niin niillä saattaa olla vaikka mitä kokemuksia elämänhistoriassa ja sitten kun ne kumuloituu niin jotakin apua olisi saatava...”

6.2.6 Asiakkaiden kokemuksia yksilö- ja pariterapian vaikuttavista tekijöistä

Pyysimme haastateltavia kuvaamaan, sitä, mikä terapiassa vaikuttaa heihin ja onko siinä heidän mielestään jotain erityistä. Suurimpana vaikuttavana tekijänä terapiassa haastateltavat pitivät vastavuoroista keskustelua. Haastateltavat nostivat esiin terapeuttien ammattitaidon vuorovaikutustilanteessa, haastateltavat luonnehtivat terapeuttien vuorovaikutustaitoja seuraavanlaisesti: oikeanlaiset kysymysten asettelut, intensiivinen kuunteleminen, ottaa kantaa vaan ei neuvo, on tilanteessa mukana sekä kokonaisvaltainen terapeutin empaattinen läsnäolo. Useimmat haastateltavat sanoivat, etteivät he koe terapiaa terapiana, eikä varsinaisena menetelmänä, vaan kuvaavat sitä jutusteluksi ja keskusteluksi.

"...No se hyvä keskustelu ja hyvä kuuntelemisen taito jos terapeutti pystyy kuuntelemaan..ja että se kuuntelee sillain oikeella tavalla..."

"...se että kun saa avautua ja kertoo, nii se helpottaa ilman muuta. Kun saa puhua. Ja se on tärkeätä, että on rehellinen..."

"Mää kyllä tykkään että mää saan puhua, luottamuksellisesti. Se on se tärkein. Terapeutin persoonallisuus, ett hän ei tuputtele, ei tuputtele niitä vastauksia, ett teppäs nyt sillai tai teppäs nyt tällai, tai näin... Hän ammattitaitoisena ihmisenä tietää, että se on tylsää ja typerää sanoo sillälailla. Siitä tulis paineitaki. Se on sellanen erityispiirre, just että hän kuuntelee, ja hyvin intensiivisesti kuuntelee. On todella siinä sataprosenttisesti siinä mukana. Ei pidä typeränä niitä juttuja, mitä tulee."

"...Että asiat lähtee menemään, jos itellä on mieliala huono, et se lähtee menemään semmoseen että rupee asiat rullaamaan ja mieliala nousemaan. Ja tietysti terapeutin oleminen ja käyttäytyminen tietysti hirveen tärkeä ja terapeutti on aina ollut sellanen eläväinen sielu ja positiivinen ja se on mennyt se keskustelu ihan ok..."

Haastateltavien mukaan terapian vaikuttavuudessa korostuu eniten terapeutin ammattitaito, erityisesti oikeanlainen kysymysten asettelu, intensiivinen kuuntelu ja keskustelu. Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että terapeutin ammattitaitoa on myös kyky kommentoida ja olla antamatta liikaa valmiita ohjeita ja ratkaisuja. Terapian erityisyys piilee haastateltavien mukaan vuorovaikutussuhteessa, ei tarvitse olla mitään erityisiä menetelmiä käytössä. Osa haastateltavista koki omista henkilökohtaisista asioista puhumisen helpotavammaksi ja luontevammaksi ammattilaiselle, kuin jos kyseessä olisi joku läheinen henkilö. Toiset haastateltavat kertovat, etteivät halua kuormittaa läheisiään omilla pulmillaan ja toiset taas haluavat puolueetonta tukea, myös luottamus ammattilaiseen ja hänen ammattitaitoonsa.

"...No se vaikuttaa silleen vapauttavasti. Pystyy niinku jättämään... Että se niinku laimentaa niitä kieputuksia, että ei niin paljo kiepu tuolla päässä, tunteet ryöppyä niin kauheesti. Että en voi muuta sanoa, kun että ihan hyvä homma kaikinensa..."

"...No se hyvä keskustelu ja hyvä kuuntelemisen taito jos terapeutti pystyy kuuntelemaan..ja että se kuuntelee sillain oikeella tavalla... Saa olla ihminen ihmiselle."

"No mää en sitä ajatellu niinku terapiana, tai ett mää niinku nyt sen tarpeessa olisin. Vaan ku siinä oli, että keskusteluapua, ni se mulle jäi siitä niinku mieleen. Että mun pitää jolleki ja vieralle ihmiselle helpompi, ku omalle lapselle tai jolleki, joka on liian lähellä."

"... mulla on vain tämmönen tuntuma et parhaimillaan se auttaa.."

Kysyimme kehitysideoita haastateltavilta, kehitettävää ei juuri löytynyt. Näin ollen voimme tulla siihen tulokseen, että haastateltavat ovat olleet samaansa terapiapalveluun tyytyväisiä. Kehitysideat koskivat istuntojen pituutta, jota voisi muutaman haastateltavan mielestä lisätä. Yhden haastateltavan toiveena olisi suurempien ja konkreettisten neuvojen ja ohjeiden saaminen terapeutilta. Yksi käyttämämme haastattelukysymys oli "Onko terapeutti antanut kotitehtäviä, jos on, niin millaisia?", jonka seurauksena muutama haastateltava kiinnos-

tuivat ja halusivat tietää asiasta lisää, koska tämän kaltaista menetelmää terapeutti ei ollut käyttänyt. Yksi haastateltavista suorastaan toivoi saavansa jatkossa kotitehtäviä.

"...En minä muutoksia halua!"

"...Että ei siinä ole mitään liikaa tai pois otettavaa..."

"...ihan riittävä aika, mutta tietysti sitten jos on oikeen paljon täällä sisällä pahaa oloa, niin mä toivoin että voitaisiin jatkaa..."

"...Vaikka puolta pitempi ku ois, ku se on niinku nelkytviis minuuttia, mutta kyllä se tahtoo joskus aina venyä..."

"...että jos hän niinku enemmän sanos, ku heillähän on niinku se, että he enempi niinku kuuntelee..."

"No ku tää oli vasta ensimmäinen kerta, ku mää joudun, joudun kallonkutistajan kans tekemiisiin. Nii en mä tiedä mitä siinä pitäs olla muuta. Tää on ollu erittäin positiivinen tää tapaaminen, niinku sanoin, että nyt mulle on niinku selvinny... Mä oon suorastaan ollu hämmästyny, että se ollu tämmöstä näin. En osaa sanoa..."

6.3 Johtopäätökset

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää teemahaastatteluin kuinka Seniorinuotan terapiapalvelut ovat vaikuttaneet yksilö- ja pariterapia palveluita käyttävien elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Lisäksi selvitimme kuinka asiakkaat ovat kokeneet kyseiset palvelut, sekä selvitimme asiakkuuden taustalla olleet pulmat. Käsittelemme tärkeimpiä tutkimustuloksia kokoamaamme teoriaan peilaten. Haastatteluissa kaikkia esiin nousseita asioita oli mahdotonta käsitel-

lä teemahaastattelun puitteissa syvällisesti, eikä se ole ollut tutkimuksemme tarkoituskaan. Olemme kuitenkin nostaneet esille tiettyjä asioita, jotka ovat olleet vaikuttamassa terapiaprosesseissa.

Pulmat asiakkuuden taustalla

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme koski pulmia asiakkuuden taustalla ja merkittävimminä pulmina nousivat 1.) parisuhteeseen ja puolisoon liittyvät ongelmat, 2.) mielen pahoinvointi sekä 3.) fyysinen sairastuminen. Haastateltavista sekä heidän elämäntilanteistaan riippuen he olivat kokeneet yhden tai useamman edellä mainituista pulmista. Tutkimuksessamme nousi esille seuraavanlaisia pulmia parisuhteeseen ja puolisoon liittyen: puolison alkoholiongelmat, puolison vakava sairastuminen, omaishoitajaproblematiikka, puolison laitoshoitoon siirtyminen tai kuolema, parisuhdepulmat sekä avioerot.

Haastattelemamme omaishoitajat kuvasivat omaishoitajuuteen liittyvää problematiikkaa seuraavasti: uupuminen, riittämättömyys ja syyllisyyden tunne, sekä jatkuva huoli puolisosta. Suurimpana vaikuttavana tekijänä terapiassa haastateltavat pitivät vastavuoroista keskustelua ja muun muassa terapia oli auttanut näiden tunteiden lievittymiseen. Lappalaisen ja Turpeisen (1999) mukaan omaishoitajuus voi tuoda mukanaan yksinäisyyttä, uupumista ja näiden seurauksena hoitajan toimintakyky voi heikentyä, elämänhallinta ja -mielekkyyys voivat kadota, hoitajan itsetunto voi alentua tai jopa romahtaa. Uupuminen saattaa johtaa masennukseen tai jopa itsetuhoisuuteen. Tärkeimpänä keinona nähdään omaishoitajan tukeminen keskusteluavun turvin ja kokemusten jakamisella on oma tärkeä paikkansa tukemisessa. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 14–15.)

Muutama haastateltava sivusi aihetta, jonka mukaan läpikäymättömät elämänhistoriassa koetut kriisiytyneet elämäntapahtumat saattavat palautua ja aktivoitua uusien kriisien myötä. Tämä heijastelee kehityspsykologista ajattelutapaa, joka tuli esille useissa teoreettisissa lähteissä. Saarelainen ja muut (2001) ovat todenneet, että koska ihminen elää ja kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristönsä, elinpiirin, kulttuurin ja lähimmäistensä kanssa, niin ihmisen mie-

lenterveyttä ei voi tarkastella irrallaan elämänhistoriasta, nykyhetken elinympäristöstä tai senhetkisestä elämäntilanteesta. Sillä olennainen merkitys ihmisen kehitykselle, mielenterveydelle ja mielenterveysongelmien synnylle on ihmisen senhetkisellä elämäntilanteella ja elämänhistorialla: johon kuuluvat perheen vuorovaikutus-suhteet, kasvuolot ja kehitykseen kuuluvat elämänkriisit ja traumaattiset kriisit. (Saarelainen ym. 2001, 13.)

Haastateltavat kuvasivat, että kriisien kasautuessa seuraukset saattavat olla jopa kohtalokkaita. Elämäntapahtumien ja traumaattisten kriisien seurauksena saattaa olla seuraavanlaisia oireita: ahdistusta, pelkoa, unettomuutta, kaaosta, toivottomuutta, innottomuutta, aloittekyvyttömyyttä, keskittymiskyvynpuutetta, tuskaa, kuolemanpelkoa, levottomuutta, pahaa oloa, itsetuhoisuutta, psykosomaattista oireilua, yksinäisyyttä, sekä masennusta ja alavireisyyttä. Selkeästi yleisimpänä mielenterveyden pulmana haastateltavien kertomana ilmeni masennus ja alavireisyys. Ilmi tulee sama asia, mikä on todettu tutkimuksissa ja kirjallisuudessa, joihin viittaamme teoriaosuudessa.

Masennus ja alavireisyys muutaman haastateltavan kohdalla johtivat kokonaisvaltaiseen toimintakyvyttömyyteen ja arjen hallinnan taidot katosivat sekä perustarpeista huolehtiminen oli puutteellista, masennuslääkkeiden käytöstä huolimatta. Esimerkkeinä mainittakoon kotoa lähtemättömyys, itsetuhoisuus, sosiaalisten suhteiden ylläpitotaitojen ja -halujen katoaminen, esimerkiksi eräs haastateltava kertoi jättäneensä vastaamatta puheluihin.

Haastateltaviemme oireet ovat samantyyppisiä, joita kuvataan muun muassa Saarenheimon (2003, 59 – 60) kirjassa sekä Vanhustyön keskusliiton (2009) Internet- sivuilla. Muistisairaudet haastattelemlamme henkilöillä eivät tulleet esiin, mutta yksi haastattelemlamme masennuksesta ja alavireisyydestä kärsivä kertoi tilansa vuoksi olevan huolissaan mahdollisesta alkavasta muistisairaudesta tulevaisuudessa.

Osalla haastatelluista oli esiintynyt elämänhistoriassa myös ajoittaista itsetuhoa. Yksi haastateltavista kuvasi väkivaltaisen itsemurhan pelkoa ja oli hiljattain elämänsä vaiheessa lopettanut syömisen tarkoituksenaan ”kuihtua” pois.

Hiltunen (2009) kertoo, että vanhus voi päätyä myös passiiviseen itsemurhaan, lopettamalla ja vähentämällä syömisiään ja juomisiaan. (Hiltunen 2009.)

Heikkisen (1998) mukaan kuka tahansa voi kohdata tilanteen, jolloin henkisen kestäkyvyn rajat ylittyvät. Yksi ainut tapahtuma, ollessaan riittävän ankara, voi horjuttaa henkistä tasapainoa niin paljon, että elämä järkkyy. Myös pienemmät kriisit voivat käydä mielen tasapainolle ylivoimaisiksi, jos ne kasaantuvat tai jatkuvat pitkään. (Heikkinen 1998, 18.) Hänen mielipiteeseensä on helppo yhtyä, kun tarkastelee tuloksiamme tarkemmin.

Kuinka terapiapalvelut ovat vaikuttaneet senioreiden elämänlaatuun sekä hyvinvointiin?

Toinen tutkimuskysymyksemme oli, kuinka terapiapalvelut ovat vaikuttaneet senioreiden elämänlaatuun sekä hyvinvointiin? Kaikki haastattelimamme henkilöt toivat haastatteluissa ilmi, kuinka terapia on tuonut positiivisia muutoksia kokonaisvaltaisesti heidän elämäänsä, sekä ennen kaikkea elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Tulokset vaihtelivat siitä riippuen, missä vaiheessa terapiaprosessi oli menossa ja millainen on haastateltavan kyky ilmaista itseään ja tunteitaan. Tuloksia tämän tutkimuskysymyksen alla on paljon ja ne vaihtelevat elämää mullistavista suurista muutoksista pieniin arkisiin asioihin. Jokaisen haastateltavan antamista kommentteista on havaittavissa tulevaisuuteen suuntaava toiveikkuus.

Tuloksista voidaan tuoda ilmi sosiokulttuuriselle seniori- ja vanhusnäkemyselle tyypillisiä piirteitä. Esimerkkinä viittaamme tässä yhteydessä sivuilla 15–16 esiintyvässä Suomen (2008) määrittelemässä ongelmalähtöiseen ja voimavaralähtöiseen lähestymistapaan. Haastatteluissa ilmi tulleiden asioiden perusteella voidaan sanoa voimavaranäkökulman olleen läsnä terapiaprosessissa: Heistä on tullut aktiivisia toimijoita, he ovat oman elämänsä subjekteja, he kokevat olevansa päteviä, heillä on mahdollisuus kasvaa ja eheytyä, he itse ovat määritelleet voimavarojaan yhdessä terapeutin kanssa, he ovat keskittyneet positiivisiin ja merkityksellisiin asioihin elämässään, kokevat elämän mielekkyyttä ja suuntaavat elämäänsä tulevaisuuteen.

Voimavaralähtöisyys ei kuitenkaan tarkoita sitä, että elämän ongelmia ohitetaan, vaan niiden näkemistä jo olemassa olevien voimavarojen lomassa (Suomi 2008, 117). Haastatteluissa tuli ilmi mielekkäiden asioiden tekeminen, myös yhdessä terapeutin kanssa. Istunnot voitiin pitää jossakin muualla, esimerkiksi kahvilassa tai jopa lenkkeillen. Asioita voidaan tehdä mielekkäällä tavalla, vaikka läpikäydään vaikeitakin asioita. Haastateltavat myös toivat ilmi, että istunnoissa he olivat terapeutin kanssa keskittyneet iloa antaviin asioihin ja etsineet elämänmerkityksiä, ei ainoastaan puitu elämän solmukohtia. Olennaista on se, että asiakas kokee elämänmielekkyyttä ja oman elämänsä tarkoitukselliseksi, sekä löytää sairaudelleen sopivan paikan elämässään eikä päinvastoin, jolloin saattaa käydä niin, että sairaus määrittelee ikääntyneen identiteetin ja arjen kulkua. Voimaantumisen ja voimavaraistaminen on elämänhallintaa, kotona selviytymistä, merkitysten rakentamista arjessa ja omasta terveydestä huolehtimista. (Suomi 2008, 119.)

Haastateltavilla on selkeästi havaittavissa tunne-elämän tasolla tasoittumista ja positiivisia muutoksia terapian myötä. Osa haastateltavista kuvaa mielen pahoinvoinnin vähentyneen tai jopa kadonneen kokonaan, mutta myös kertovat kuinka ovat oppineet elämään niiden kanssa, etteivät ne saa ylivaltaa koko elämästä. On syytä korostaa edelleen sitä, että terapiaprosessin ja elämänkriisin vaiheesta riippuen tilanteet ovat yksilöllisiä. Muutamalla oli selkeästi akuutimpi elämänkriisi meneillään, johon terapialla pyritään vaikuttamaan. Akuutissa elämänkriisissä olevia yhdistää se, että heidän on vaikea erotella terapiasta saatuja tuloksia. Muutama haastateltava kuvasi saaneensa voimia elämään ja uskoa tulevaisuuteen, mikä kertoo voimaantumisen prosessista. Voimavaroihin keskittyvän työtteen yhtenä näkökulmana on ajatus identiteetin ja todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta (Suomi 2008, 119).

Elämänlaatua ja hyvinvointia voidaan määritellä erilaisin käsittein, mutta kokemus hyvästä elämästä on yksilöllinen (Huusko & Pitkälä 2006, 9-10). Elämänhallintaa voidaan tukea muun muassa terapeuttisilla työmuodoilla, tuemalla ihmisen omia voimavaroja ja ongelmanratkaisua (Saarenheimo 2009). Haastateltavamme kuvasivat terapian tuoneen muutoksia itsetuntemuksen ja

– kunnioituksen alueella parantavasti, sekä muutoksia ajattelutavassa ja asenteessa. Osa kertoi myös pysähtyneensä ajattelemaan itseään ja sitä, kuka minä oikein olen. Ja merkittävin muutos tunne-elämän ja hyvinvoinnin alueella on itsetuhoisista ajatuksista luopuminen terapian avulla.

Merkittäviä tuloksia olivat myös elämänlaadun ja hyvinvoinnin alueella normaalin elämän saavuttaminen uudestaan, mielialalääkkeistä luopuminen, parantunut kyky puhua omista henkilökohtaisista asioistaan. Puolet haastatelluista toi esille yhtenä muutoksena halun lähteä liikkeelle ja tavata muita ihmisiä, sekä sen, että sosiaalinen verkosto on laajentunut. Kahdessa haastattelussa nousi esille selkeät muutokset parisuhteessa. Huusko ja Pitkälä (2006) kertovat, että yleisimmin elämänlaadun käsitteellä ymmärretään ”hyvää elämää”, johon vaikuttavat onnellisuus, hyvä itsetunto, sekä ulkopuolelta määräytyvät elämän aineelliset edellytykset että ihmisen subjektiivinen tyytyväisyys elämään ja omaan itseensä (Huusko & Pitkälä 2006, 9-10).

Kuinka asiakkaat ovat kokeneet Seniorinuotan yksilö- ja pariterapiapalvelut?

Kolmantena tutkimuskysymyksenämme oli, kuinka asiakkaat ovat kokeneet Seniorinuotan yksilö- ja pariterapiapalvelut?. Terapiapalvelun aloittaminen oli joidenkin haastateltavien mielestä tuntunut helpolta ja mukavalta, mutta osa kuvasi aloitusta muun muassa pelottavaksi, jännittäväksi ja kysymyksiä herättäväksi. Muutama kertoi jopa empineensä aloitusta, koska olo oli niin epävarma ja he toivat esille sen, kuinka olivat tottuneet selvittämään omat vaikeat asiat itse. Suurin osa haastateltavista mielsikin palvelun keskusteluavuksi, ei niinkään terapiaksi. Samainen havainto käy ilmi myös Seniorinuotan väliraportista (2008), etteivät asiakkaat ole tottuneet terapiakulttuuriin, puhumaan omista asioistaan ja työstämään niitä läpi. Seniorinuotan työntekijät ovat kuitenkin havainneet asiakkaissaan helpotusta, kun he ovat pysytyneet käymään mieltä painaneita asioita läpi ja saaneet sitä kautta lisää energiaa elämäänsä. (Seniorinuotan väliraportti 2008, 8.)

Osa haastateltavista kertoi, että on hankala määritellä saamaansa terapiapalvelun sisältöä, sekä odotuksia ja toiveita sen suhteen, koska heillä ei ollut aikaisempaa kokemusta vastaavankaltaisista palveluista. Toteutuneita odotuksia ja toiveita olivat muun muassa arkisten asioiden sujuminen, varmuuden tunteen lisääntyminen, itsetunnon löytyminen tai vahvistuminen ja muutokset mielenmaailmassa. Eräs haastateltava kertoi odottaneensa terapian myötä asennemuutosta ja saavuttaneensa sen myös. Tikkasen (2001) mukaan terapian tavoitteena on lievittää kärsimystä ja tukea täyden ja tyydyttävän elämän toteutumista. Kaikelle psykoterapialle yhteinen tavoite on lisätä asiakkaan itsenäisyyttä, jonka seurauksena asiakas pystyy vapauttamaan tunteensa, kokemaan valinnanvapauden toiminnoistaan ja elämänsä toteuttamisesta. Kun psykoterapiaprosessi on onnistunut asiakas alkaa kantaa vastuuta itsestään ja omasta elämästään, hänellä on lisääntynyt todellisuudentaju sekä kokemus perusturvallisuudesta. (Tikkanen 2001, 51–52.)

Haastateltavien kertoman mukaan suurin vaikuttava tekijä terapiapalvelussa oli ammattitaitoinen terapeutti. Etenkin vastavuoroisesta keskustelusta terapeutit saivat paljon kiitosta haastateltavilta, mutta myös oikeanlainen kysymysten asettelu, intensiivinen kuunteleminen, kannanotot ilman valmiita ohjeita ja ratkaisuja sekä kokonaisvaltainen empaattinen läsnäolo nousivat haastatelluista esiin. Asiakassuhteen vuorovaikutus on onnistunut, kun asiakas voi kokea aitoa luottamusta, avoimuutta ja arvostusta. Ihmisen voi olla vaikea nähdä voimavarojaan, jos elämää hallitsee ongelmatilanne ja neuvottomuus. Työntekijä voi olla tukemassa asiakastaan voimavarojen löytymisessä ja niiden tukemisessa. (Kettunen ym. 2009, 68.) Osa haastateltavista oli havainnut, että terapeutilla on kyky johdatella käsiteltävän asian ytimeen, jolloin asiakas oli ymmärtänyt aloittaa asian prosessoinnin. Tikkanen (2001) toteaa, että kysymysten avulla terapeutti auttaa asiakastaan tutkimaan itseään ja löytämään itsestään jotain uutta. Näin asiakas voi löytää uusia ja parempia ajattelun ja tuntemisen tapoja. (Tikkanen 2001, 51–52.) Haastateltavat olivat myös kokeneet, että omaista vaikeista asioista oli helpompi puhua ammattilaiselle kuin läheiselle henkilölle. Tämän he perustelivat sillä, etteivät halunneet kuormittaa läheisiään tai halusivat puolueetonta tukea ja heillä oli vahva luottamus am-

mattilaiseen ja hänen ammattitaitoonsa. Seuraavassa kuviossa 3 esittelemme vielä tutkimuksemme tärkeimmät tulokset tiivistetyssä muodossa.

1. Pulmat asiakkuuden taustalla?

- Parisuhteeseen ja puolisoon liittyvät ongelmat
- Mielen pahoinvointi
- Sairastuminen

2. Kuinka terapiapalvelut ovat vaikuttaneet senioreiden elämänlaatuun sekä hyvinvointiin?

Ajattelutapojen, toimintatapojen ja tunteiden muutoksina →

- Vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin
 - Tiedonsaanti sairauksiin liittyen
 - Arjen hallinnan taidot ovat karttuneet, päivärytmin löytäminen
 - Mielen pahoinvoinnin väheneminen ja mielialalääkkeistä luopuminen
 - Parisuhteeseen ja puolisoon liittyvien ongelmien väheneminen tai poistuminen
 - Sopeutuminen elämään pulmien kanssa
 - Voimaantuminen ja voimavarojen tunnistaminen
 - Itsetunnon ja –kunnioituksen paraneminen, itsetuntemuksen lisääntyminen
 - Positiivisempi elämänasenne
 - Itsetuhoisuuden katoaminen
 - Kyky antaa anteeksi
 - Omaishoitajuudesta johtuvien problemaattisten asioiden lieventyminen
 - Turvallisuuden tunteen lisääntyminen
- Positiiviset muutokset elämänlaadussa ja kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa.

3. Kuinka asiakkaat ovat kokeneet Seniorinuotan yksilö- ja pariterapiapalvelut?

- Ammattitaitoinen ja luottamuksellinen keskusteluapu terapeutin kanssa
- Ammattilaiselle puhuminen vaikeista asioista helpompaa
- Tyytyväisyys saamaansa terapiapalveluun

KUVIO 3. Tutkimuksemme tärkeimmät tulokset

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää Seniorinuotan yksilö- ja pariterapian vaikuttavuutta senioreiden elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Mielestämme saimme tarvittavat vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Päällimmäisenä tuloksena voidaan mainita, että tutkimamme Seniorinuotta-hankkeen yksilö- ja pariterapiapalvelu on saanut aikaan ilmeisiä positiivisia muutoksia asiakkaidensa elämänlaadussa ja hyvinvoinnissa.

Olemme huomanneet, kuinka puutteellinen vanhuspalvelujärjestelmä maassamme on. Ikääntyvien tulee olla itse aktiivisia ja hakeutua palveluiden piiriin, jos kokevat tarvitsevansa apua esimerkiksi elämän kriisitilanteissa. Palvelujärjestelmään tulisi kehittää käytäntöjä, joiden avulla löydettäisiin apua tarvitsevat ikääntyvät. Mielestämme Jyväskylässä käytössä ollut mallia esimerkiksi ennaltaehkäisevien kotikäyntien ja Seniorinuotan yhteistyöstä tulisi vahvistaa ja sen tulisi olla esimerkiksi sovelletusti maanlaajuista. Näin voitaisiin ennaltaehkäistä kasautuvia kriisejä ja raskaiden tukitoimien tarvetta.

Mielestämme olisi ensiarvoisen tärkeää, että vanhuspalveluille olisi asetettu oma laki pelkkien nykyisten suositusten sijaa. Tällöin laki olisi turvaamassa yhdenvertaiset oikeudet ikääntyville mielenterveyspalveluita tarvitseville henkilöille. Tarvittaisiin laaja-alainen ajattelutavan muutos, jotta vanhusväestö nähtäisiin tasavertaisena muiden kansalaisten, ikäryhmien ja erityisryhmien rinnalla, jolloin ikääntyvät olisivat tasavertaisessa asemassa palveluihin panostettaessa ja valtion avustuksia jaettaessa. Ikääntyville suunnatun psykososiaalisen tukiavun järjestäminen olisi kuntien velvollisuus ja se tulisi järjestää yksilön tarpeiden mukaisesti, esimerkiksi terapiana, keskusteluapuna, ohjauksena, tukena tai neuvontana.

Vanhustyöhön erikoistuvien koulutusta tulisi mielestämme lisätä ja siinä tulisi huomioida, että vanhuus on moniulotteista. Vanhenemista ei pidä tarkastella

yhdestä näkökulmasta vaan kokonaisvaltaisesti, huomioiden fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristöllinen ulottuvuus. Näemme tarpeellisena moniammatillisen osaamisen vahvistamisen ja hyödyntämisen, jotta kokonaisvaltainen tuki ja avun saanti olisi turvattu ikääntyville. Näiden ajatusten vieminen käytännön tasolle edellyttäisi esimerkiksi konsultointikulttuurin sisäistämistä, jolloin sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset oppisivat hyödyntämään toinen toistensa ammattitaitoa. Tutkimuksemme tulokset osoittavat, että terapiapalveluiden ja erilaisten psykososiaalisten tukipalveluiden tarjoaminen ja kehittäminen olisi aiheellista ja ajankohtaista. Haastateltaviemme kokemukset vahvistavat laaja-alaisen sosiokulttuurisen näkemyksen tarpeellisuuden, jossa ikääntynyt nähdään kokonaisuuten.

Ratkaisu- ja voimavarakeskeisen työskentelymuodon tuleminen arkisiin käytänteihin työntekijän ja ikääntyvän vuorovaikutuksen välineeksi voisi olla tukemassa pulmien ja ongelmien ratkaisemista. Ajatuksenamme on, että arkinen ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ajattelutapa toimisi ennaltaehkäisevänä keinona pulmien syntymiselle ja ongelmien kasautumiselle. Terapeuttista ratkaisu- ja voimavarakeskeistä työtä pitäisi olla tarjolla sellaisille asiakkaille, joilla on siihen tarvetta.

Tuloksia analysoidessa pohdimme johtuvatko haastateltavien saavuttamat positiiviset elämänlaadun ja hyvinvoinnin muutokset terapiasta vai johtuuko niiden paraneminen joistakin muista elämään vaikuttavista tekijöistä. Päädyimme siihen tulokseen, että terapia on osaltaan ollut vaikuttamassa haastateltavien elämäntilanteisiin yhdessä mahdollisten muiden positiivisten tekijöiden kanssa. Näkemyksemme siitä, että terapia on tukenut haastateltavien elämää kokonaisvaltaisesti, ja että sillä on ollut merkittävä vaikutus näiden mielekkäiden asioiden vahvistumisessa heidän elämässään, vahvistui aineistoa läpikäydessämme. Terapialla saavutetut tulokset ovat jokaiselle yksilöllisiä ja tulosten pysyvyys riippuu asiakkaiden elämäntilanteista ja kuinka valmiita he ovat työskentelemään tulosten ylläpitämiseksi.

Syksyllä 2008 saimme kuulla mahdollisuudesta tehdä opinnäytetyö tästä kyseisestä aiheesta. Olemme syventäneet sosionomiopintojamme seniori- ja vanhustyöhön ja innostuimme aiheen tutkimisesta heti siitä kuultuamme. Opinnäytetyöprosessi alkoi kevättalvella 2009 sisältö- ja tilanneanalyysillä ja teoriaosuuden kokoamisella. Haastattelut teimme elo-syyskuussa 2009. Heti viimeisen haastattelun jälkeen aloitimme aineiston purkamisen ja tutustumisen aineistoon sekä tulosten kokoamisen. Ohessa täydensimme teoriaosuutta.

Olemme pyrkineet kokoamaan mahdollisimman monipuolisen teoriaosuuden ja tuomaan mahdollisimman kattavasti ja monipuolisesti teoritietoa tarkoituksemamme lisätä omaa sekä lukijan ymmärrystä käsiteltävästä aihealueesta. Koemme, että olemme kehittyneet tutkijoina tämän prosessin myötä. Tutkimuksen aiheen rajaaminen oli mielestämme haastava, sillä tutkimaamme palveluun ja sen asiakasryhmään liittyy niin paljon eri ulottuvuuksia, joista voisi erikseen tehdä opinnäytetöitä. Sosiokulttuurinen seniori- ja vanhusnäkemys teoreettisena viitekehyksenä oli haastava sinällään laaja-alaisuutensa vuoksi, mutta se soveltui kaikista parhaiten tämän kaltaiseen työhön. Sosiokulttuurista suuntautumista opiskellessamme se tuntui luonnolliselta valinnalta viitekehykseksi ja valinta osuikin oikeaan, sillä mielestämme se kokoaa työmme yhtenäiseksi. Sosiokulttuurisen näkemyksen sisäistäminen on vahvistunut ja konkretisoitunut ajatuksissamme opinnäytetyöprosessin aikana. Uskomme pystyvämme hyödyntämään ja soveltamaan oppimaamme tulevaisuudessa työkennellessämme erilaisten ihmisten kanssa.

Mielestämme kymmenen henkilön tutkimusjoukko oli riittävä selvittämään Seniorinuotan yksilö- ja pariterapiapalvelun vaikutuksia. Pohdimme kuitenkin, voisiko tulokset olla monipuolisempia, jos tutkimusjoukko olisi ollut suurempi. Olemme iloisia, että saimme haastatella tutkimustamme varten sekä naisia että miehiä. Tulimme siihen tulokseen, että tutkimuksemme kannalta ei ole oleellista mainita haastateltujen naisten ja miesten määriä erikseen, koska sillä ei ole merkitystä tulosten kannalta. Haluamme myös tällä tavoin turvata haastateltavien yksityisyyttä. Haastatteluvaiheessa tutkimuksen teko oli vaivatonta ja koimme asiakkaiden kanssa käymämme keskustelut hedelmällisinä ja

antoisina sekä tutkimuksen että oman oppimisemme kannalta. Haastattelujen myötä saimme runsaasti arvokasta materiaalia. Materiaalin työstäminen oli mielenkiintoista ja olisimme halunneet tuoda vieläkin enemmän haastateltavien kommentteja työhömmme, mutta jo nyt laaja työmme olisi ollut vieläkin laajempi ja tehnyt työtä mahdollisesti vaikealukuisemmaksi. Olemme kuitenkin tyytyväisiä kokoamiimme tuloksiin, koska mielestämme saimme koottua kommentteista tutkimuksen kannalta oleelliset asiat yhtenäiseksi osuudeksi.

Yhteistyömme raporttia koottaessa on sujunut saumattomasti pitkistä välimatkoista huolimatta. Olemme koonneet raporttia sekä yhdessä että itsenäisesti ja lähettäneet useita versioita opinnäytetyöstämme sähköpostilla toisillemme luettavaksi ja täydennettäväksi. Puhelimessa olemme viettäneet lukemattomia minuutteja ja tunteja opinnäytetyömme tiimoilta. Olemme käyneet useita pitkiä keskusteluja aiheeseen liittyen, jotka ovat laajentaneet ymmärrystämme aihealueesta ja tämän prosessin myötä olemme saavuttaneet yhteisen kielen ja ajattelutavan. Kaikenkaikkiaan yhteistyö ja vuorovaikutuksemme on sujunut välillämme hyvin ja koemme tämän vaikuttaneen positiivisella tavalla opinnäytetyöprosessiimme. Parina työskentely on ollut kasvattava kokemus, ajatuksia rikastuttava ja kehittänyt meitä tiimityöskentelyssä. Opinnäytetyön ohjauspala-
verit olemme kokeneet opettavaisina ja tärkeinä tuen lähteinä.

Olemme olleet sitoutuneita tekemään tätä työtä ja työlle varattu aika on ollut riittävä, emmekä koe tarpeelliseksi laajentaa työtämme enempää. Mielestämme oli hyvä, että aloitimme työn tekemisen hyvissä ajoin, koska prosessi on ollut joiltakin osin yllättävän pitkä ja työläs ja aikataulumme on viivästynyt ja venynyt. Tutkimuksen tekeminen on ollut kaiken kaikkiaan kiehtovaa ja opettavaista. Opinnäytetyö ja siihen liittyvät asiat olivat koko prosessin ajan läsnä ja huomasimme tiedostamatta työstävämme aihetta ajatusten tasolla.

Seniorinuotan kaltaisia terapiapalveluita ei ole muualla maassamme tarjolla, eikä aihealuetta ole aikaisemmin juurikaan tutkittu, joten tutkimuksemme tuloksia voidaan pitää ainutlaatuisina. Uskomme, että tutkimuksemme tuloksia

voidaan hyödyntää Seniorinuotassa esimerkiksi toimintaa kehitettäessä ja jatkorahoitushakemuksessa. Tuloksia voi mielestämme hyödyntää jatkossa vastaavankaltaisia työmuotoja kehiteltäessä valtakunnallisella tasolla. Tämän kaltaisia palveluita vietäessä käytäntöön on huomion arvoista mainita, että tuloksistamme nousi esille, ettei ryhmätoiminta sovi kaikille vaan yksilötyö on tärkeää ja siihen kannattaa panostaa. Myös seniori- ja vanhustyön opiskelijoilla on mahdollisuus hyödyntää työtämme opinnoissaan sekä opinnäytetöitä tehdessään.

Pohdimme ja löysimme muutamia jatkotutkimusaiheita opinnäytetyöllemme. Meidän haastattelemamme henkilöt voisi haastatella uudelleen esimerkiksi terapiaprosessin päätyttyä. Tutkimus voisi kohdistua henkilöiden hyvinvointiin, kun asiakassuhteen päättymisestä on kulunut esimerkiksi muutama vuosi, jolloin saataisiin tietoa hyvien tulosten pysyvyydestä. Myös Seniorinuotan työntekijöiden haastattelututkimus, jossa selvitettäisiin heidän näkemyksiään palvelun tarpeellisuudesta ja pyrittäisiin tätä kautta korostamaan palvelun merkitystä. Palveluiden kehittämisessä ja palveluaukkoja haettaessa olisi hyötyä tutkimuksesta, jossa selvitettäisiin millaisialle ennaltaehkäisevän ja psykososiaalisen tuen palveluille olisi tarve, esimerkiksi seniori- ja vanhustyöntekijöiden, leskien, omaisten tai omaishoitajien näkökulmasta.

Tutkimuksestamme nousee esille se, että läpikäymättömät elämänhistoriassa koetut kriisiytyneet elämäntapahtumat saattavat palautua ja aktivoitua uusien elämänkriisien myötä. Olennainen merkitys mielenhyvinvoinnille ja pulmien synnylle on ihmisen sen hetkiselällä elämäntilanteella ja elämänhistorialla. Jos elämäntilanne kriisiytyy, olisi elintärkeää päästä käsittelemään tilannetta ammattilaisen kanssa, ”*etten menettäis niitä mahdollisuuksia, mitä minulla vielä on*”.

Haluamme päättää työmme yhden haastateltavan omakohtaiseen käsitykseen Seniorinuotasta, joka mielestämme kuvaa hyvin terapian merkitystä haastateltaviemme elämässä:

” Tää Seniorinuotta, tää oli niinku semmonen nuotta, myrskyävältä valtamereltä”.

8 LÄHTEET

Dunderfelt, T. 1997. Elämänkaaripsykologia. 9. uud. p. Porvoo: WSOY.

de Shazer, S. 1995. Ratkaisevat erot. Ratkaisukeskeinen terapia auttamistyössä. Jyväskylä: Gummerus.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. p. Tampere: Vastapaino.

Erlaisia terapiamuotoja. 2009. Mielenterveyden keskusliitto Viitattu 24.8.09. [Http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/erilaisia_terapiamuotoja/](http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/erilaisia_terapiamuotoja/).

Furman, B. & Valtonen, J. 2000. Jossakin on ilo. Tietoa ja toivoa masennuksesta kärsiville ja heidän läheisilleen. Juva: WSOY.

Hakonen, S. 2003. Teorian ja ammattikäytännön vuoropuhelua. Teoksessa Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuureissa. Toim. M. Marin & S. Hakonen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hakonen, S. 2008a. Ikäideat ikäkäytäntöjen työkaluiksi. Teoksessa Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Toim. A. Suomi & S. Hakonen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hakonen, S. 2008b. Ikääntyvien voimavarat. Teoksessa Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Toim. A. Suomi & S. Hakonen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Harkinnanvarainen kuntoutus. 2009. Kansaneläkelaitoksen Internet-sivut. Viitattu 23.11.2009. [Http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801125654EH?OpenDocument](http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801125654EH?OpenDocument).

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.

Heikkinen, R-L. 1998. Iäkkäiden depressiomaisema. Tampere: Tammer-Paino.

Helander, V. 2006. Seniorikansalainen voimavarana. Havaintoja ja pohdintoja ikäpolitiikan suuntaamiseksi. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hiltunen, P. 2009. Vanhusten psyykkiset häiriöt. Kandidaattikustannus Oy. Toim. M. Mäyrypää. Viitattu 8.12.2009. [Http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psyykkiset_h%C3%A4iri%C3%B6t](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psyykkiset_h%C3%A4iri%C3%B6t).

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uud. p. Helsinki: Tammi.

Huusko, T. 2009. Kannattaako ikäihmistä kuntouttaa? Kelan näkökulma. Terveysosasto. Kuntoutusryhmä. Viitattu 19.12.2009.
[Http://www.med.utu.fi/yleislaak/esittely/kronikka/tiina_huusko.pdf](http://www.med.utu.fi/yleislaak/esittely/kronikka/tiina_huusko.pdf).

Huusko, T. & Pitkälä, K. 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Voiko ikään-
 tyneiden elämänlaatua mitata? Toim. T. Huusko, T. Strandberg & K. Pitkälä.
 Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishenke. Tutkimusraportti 12.
 Helsinki: Gummerus.

Isohanni, M. 2002. Psykoterapia. Mitä on psykoterapia. Teoksessa Psykiatria.
 U. Lepola, H. Koponen, E. Leinonen, M. Joukamaa, M. Isohanni & P. Hakola.
 Helsinki: WSOY.

Juhela, P. 2001. Vanheneminen – saako vanhanakin apua? Teoksessa Kog-
 niitiivinen psykoterapia. Toim. S. Kärhönen, I. Karila & N. Holmberg. Helsinki:
 Duodecim.

Julkunen, R. 2008. Ikä ideana ja tutkimuskohteena. Teoksessa A. Suomi & S.
 Hakonen (toim.). Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro
 ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kettunen, R., Kähärä-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntou-
 tumisen mahdollisuudet. 4. uud. p. Helsinki: WSOYpro.

Koponen, H. & Leinonen E. 2002. Vanhusten psykiatriset häiriöt. Teoksessa
 Psykiatria. U. Lepola, H. Koponen, E. Leinonen, M. Joukamaa, M. Isohanni &
 P. Hakola. Helsinki: WSOY.

Kurki, L. 2000. Sosiokulttuurinen innostaminen. Muutoksen pedagogiikka.
 Tampere: Vastapaino.

Kurki, L. 2007. Innostava vanhuus. Sosiokulttuurinen innostaminen vanhem-
 pien aikuisten parissa. Helsinki: Finlectura.

Lahtinen, P. 2008. Omainen auttajana. Omaishoitajan kasvu. Suomen Mielen-
 terveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto.

Lappalainen, T. & Turpeinen, A. 1999. Omaishoitajan kirja. Helsinki: Kirjayh-
 tymä.

Mielen muutos. 2009. Masennus. Vanhustyön keskusliitto. Viitattu 27.8.2009.
[Http://www.mielenmuutos.fi/mielenmuutos/osahankkeet/masennus/tausta/](http://www.mielenmuutos.fi/mielenmuutos/osahankkeet/masennus/tausta/).

Määttä, K. 2002. Avioeron tuska ja helpotus. Helsinki: Tammi.

Määttä, K. 2005. Seniorirakkaus. Helsinki: WSOY.

Nieminen, K. & Zotow, M. 2005. Ikääntyvien auttamistyö. Hoivatyötä, sosiaa-
 lista auttamistyötä ja luovia menetelmiä. Diakonia-ammattikorkeakoulun jul-
 kaisuja. Työpapereita 33. Helsinki: Multiprint Oy.

Nurmi, J.-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila,
 I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY.

O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. 1990. Ratkaisut löytyvät. Psykoterapian uusi suunta. Helsinki: Tammi.

Psykoterapia. 2009a. Kansaneläkelaitoksen Internet-sivut. Viitattu 23.11.2009. [Http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301204150015KM?OpenDocument](http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301204150015KM?OpenDocument).

Psykoterapia. 2009b. Mielenterveyden keskusliitto. Viitattu 24.8.09. [Http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/psykoterapia/](http://www.mtkl.fi/tietopankki/mista_apua/psykoterapia/).

Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. 2004. Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY.

Ratkaisukeskeisyys päihinänkuoressa. 2009. Ratkes ry. Viitattu 25.8.2009. [Http://www.ratkes.fi/tietoa-ratkaisukeskeisyydestae/artikkeleita/ratkaisukeskeisyys-paehkinaenkuoressa/](http://www.ratkes.fi/tietoa-ratkaisukeskeisyydestae/artikkeleita/ratkaisukeskeisyys-paehkinaenkuoressa/).

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys – haaste hoitotyölle. Teoksessa Laatus vanhustyöhön. Toim. E. Noppari & P. Koistinen. Tampere: Tammi.

Ruuhonen, M. 2008. Korvaamatonta työtä lähes vuorotta. Teoksessa Omaisten auttajana. Omaishoitajan kasvu. Toim. P. Lahtinen. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto.

Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2006. KvaliMOTV. Menetelmäopetuksen tietovarasto. Teemahaastattelu. Viitattu 17.8.2009. [Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html).

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2001. Mielenterveys ja päihdetyö. Porvoo: WSOY.

Saarenheimo, M. 2003. Vahuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulmia. Vantaa: WSOY.

Saarenheimo, M. 2009. Ikääntyneiden arjen tarpeet –psykogerontologinen näkökulma. Viitattu 8.12.2009. www.socca.fi/gero/aineistot/Arjen_tarpeet_Saarenheimo.pdf.

Sarvimäki, A. 2000. Elämänlaatu palvelutaloasukkaiden kokemana. Teoksessa Toimintakyky, hyvinvointi ja elämänlaatu. Esityksiä työseminaarissa 2.-3.5.2000. Oraita 2.

Semi, T. 2007. Polkuja ilmaisulliseen vapauteen. Teoksessa Vanhuuden monet kasvot. Toim. T. Tulva, I. Uusitalo & K. Harra. Helsinki: OKKA-säätiö.

Siltala, P. 2006. Nainen ja masennus. Helsinki: Kirjapaja.

Stuart-Hamilton, I. 2003. Vanhenemisen psykologia. 2. p. Kuopio: UNIpress.

Suomi, A. 2003. Sukupolvi- ja perhetyö. Teoksessa Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Toim. M. Marin & S. Hakonen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Suomi, A. 2008. Voimaantumisen. Teoksessa Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Toim. A. Suomi & S. Hakonen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Tapiala, K. 2009. Empatia asiakkaiden kohtaamisessa. Ratkes 1.2009. Viitattu 17.8.2009.

[Http://muutosavux.suntuubi.com/datafiles/userfiles/File/Empatia_kohtaamisesa.pdf](http://muutosavux.suntuubi.com/datafiles/userfiles/File/Empatia_kohtaamisesa.pdf).

Tapaninen, E. 2007. Psykososiaalinen kuntoutus. Luentomateriaalit. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiala.

Tappava yksinäisyys. 2003. HelsinkiMissio. Viitattu 24.8.2009.

[Http://www.helsinkimissio.fi/?sid=93&tid=115&arc](http://www.helsinkimissio.fi/?sid=93&tid=115&arc).

Tedre, S. 2003 Hoiva ja vanhuus. Teoksessa Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuureissa. Toim. M. Marin & S. Hakonen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Tikkanen, T. 2001. Psykoterapiaopas. Monta tietä itsetuntemukseen ja iloon. 2. p. Helsinki: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.

Turunen, K. E. 2005. Ikävaiheiden kriisit. Jyväskylä: Atena.

Vanhusten yksinäisyys. 2009. Ryhmäpsykoterapioiden sovelluksia ikääntyneille. HelsinkiMissio. Viitattu 25.8.2009. [Http://www.helsinkimissio.fi/?sid=149](http://www.helsinkimissio.fi/?sid=149).

Vanhusväestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntoutus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Muistio 7.6.2006. Viitattu 19.12.2009. [Http://www.kunk.fi/aineistoja/muistio07062006.pdf](http://www.kunk.fi/aineistoja/muistio07062006.pdf).

Väliraportti. 2008. Seniorinuotta. Psykososiaalisen tuen ja terapian palvelukonaisuuden kehittämishanke 2008 – 2011. Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry.

Painamattomat lähteet:

Koskinen, S. 2006. Ikäihmisen voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen. Esi-
telmä Vanhustyön koulutuksen kehittämisseminaarissa, Tampereella 1.9.
2006. Viitattu 21.8.2009.

Koskinen, S. 2008. Ikääntyminen ja elämänkulku. Luento Lapin yliopiston
ikäntyvien yliopistossa, 14.5.2008. Viitattu 31.8.2009.

LIITTEET

Liite 1. Sopimuspaperi

SOPIMUS HAASTATTELUA VARTEN

Opinnäytetyömme aiheena on tutkia Seniorinuotta-projektin toimintaa, jonka yhtenä keskeisimpänä osana on Seniorinuotan asiakkaiden haastattelut. Sitoudumme tämän sopimuksen allekirjoittaessamme käyttämään haastatteluissa saamiamme tietoja ainoastaan tutkimusmateriaalina opinnäytetyöllemme. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Seniorinuotan kanssa ja valmis työ tulee molempien em. tahojen käyttöön.

Tietoja käsitellään luottamuksellisesti, emmekä missään yhteydessä tuo ilmi haastateltavan henkilöllisyyttä, tai muita tietoja, joista hänet voitaisiin tunnistaa.

Jyväskylässä ____ . ____ . 20 ____

Sosionomiopiskelija

Nita Lahtinen

Sosionomiopiskelija

Jonna Kekkonen

Lupaudun antamaan haastatteluja Nita Lahtisen ja Jonna Kekkonen opinnäytetyötä varten. Hyväksyn sen, että opiskelijat käyttävät haastattelussa saamiaan tietoja tutkimuskäyttöön, ilman, että henkilöllisyyteni tulee ilmi missään yhteydessä.

Jyväskylässä ____ . ____ . 20 ____

Nimenselvennys:

Liite 2. Haastattelukysymykset

Haastattelurunko

Nita Lahtinen

Jonna Kekkonen

Perustiedot:

Ikä:

Sukupuoli:

Sivilisääty:

TERAPIAN ALOITUS

1. Asia minkä takia olet hakenut apua? Minkä takia hakeuduit terapiaan?
2. Millaisessa elämäntilanteessa hakeuduit terapiaan? Kuka teki aloitteen? Mistä sait tietää Seniorinuotan palveluista?
3. Lähtötilanne, johon olet hakenut apua terapiakäynneiltä? Lyhyt kuvaus?
4. Millaisia ajatuksia ja tunteita terapian aloittaminen herätti sinussa? Oliko päätöksen tekeminen helppoa/vaikeaa? Mikä teki siitä helpon/vaikean?
5. Milloin terapiakäynnit alkoivat? Kuinka usein sinä tapaat terapeuttia? Missä tapaatte? Vieläkö tapaatte terapeuttiänne? (vai onko terapiakäynnit ”lopetettu”?)

ODOTUKSET JA TOIVEET

6. Mitä odotuksia ja toiveita sinulla oli aloittaessasi työskentelyn terapiassa?
(Mihin terapialla pyritään? Sinun tavoitteesi?)
7. Millaisia tavoitteita asetitte yhdessä terapeutin kanssa?
 - a. Mitkä odotukset ja toiveet ovat toteutuneet?
 - b. Mitkä eivät ole toteutuneet?

VUOROVAIKUTUS TERAPEUTIN KANSSA

8. Miten suhteenne terapeutin kanssa on kehittynyt? (millainen se oli terapian alussa, millainen se on nyt?)
 - a. Mitkä asiat vuorovaikutuksessa olet kokenut myönteisinä?
 - b. Mitkä asiat vuorovaikutuksessa olet kokenut kielteisinä?
9. Miten helppoa on/oli keskustella terapeutin kanssa omista asioista?
 - a. Millaiset asiat helpottivat keskustelua?

- b. Millaiset asiat tekivät sen vaikeaksi?

TERAPIAN TULOKSET

10. Millaisia muutoksia terapia on tuonut elämääsi,
- arkeen?
 - hyvinvointiin?
 - elämänlaatuun?
 - parisuhteeseen? (Jos elää parisuhteessa), entä muihin ihmissuhteisiin?
11. Ovatko pulmasi/oireesi vähentyneet tai kadonneet, tai mahdollisesti lisääntyneet terapian myötä?
12. Millaisista asioista sinulle on ollut hyötyä terapiassa?
- Millaista hyötyä? Voitko kertoa esimerkin?
 - Kuinka sijoittaisit hyödyn asteikolla 0-5, jos nolla on "ei mitään hyötyä" ja viisi on "paras mahdollinen hyöty"?
 - Jos vastaus alle 5, lisäkysymys: Mitä olisi pitänyt olla lisää/toisin, jotta viiteen olisi päästy?
13. Tärkeimmät asiat, jotka terapian ansiosta ovat lähteneet liikkeelle tai joissa terapia on auttanut?
14. Onko terapian seurauksena/ansioista tapahtunut sellaisia asioita, joita et osannut odottaa, joko myönteisiä tai kielteisiä? Millaisia?

KOKEMUKSIA TYÖSKENTELYSTÄ

15. Kerro paras muisto terapiaistunnosta?
16. Millainen on hyvä terapiaistunto, voitko kertoa esimerkin? Mistä se koostuu?
17. Millaisia ovat olleet kotitehtäväsi istuntojen välillä? Kuinka ne ovat vaikuttaneet? Mikä on ollut paras tehtävä?
18. Mitä olisit toivonut lisää terapiaistunnoilta?
19. Millainen olo sinulla on ennen terapiaistuntoa ja millainen olo sen jälkeen? Onko muutoksia havaittavissa suuntaan tai toiseen?
20. Miten motivaatiosi tai halukkuutesi käydä terapiassa on muuttunut terapian alusta tähän päivään?
21. Millaisena olet kokenut terapian ajan ja vastaanoton ympäristön ja sijainnin?

MERKITYKSEN ARVIOINTIA

22. Mikä terapiassa vaikuttaa sinuun? Mikä siitä tekee hyvän menetelmän/auttamisen tavan juuri sinulle? Onko terapiassa jotain erityistä?
23. Millainen olisi tilanteesi tällä hetkellä, jos et olisi tullut/päässyt Seniorinuotan asiakkaaksi?
24. Mitä olisit tehnyt, jos et olisi tullut/päässyt Seniorinuotan asiakkaaksi?
25. Kuinka sinä kehittäisit terapiaa? Millaisia muutoksia haluaisit tehdä terapiaan?
26. Miten kuvailisit hyvää terapeuttia?
27. Miltä tämä haastattelu sinusta tuntui?
28. Tuntuuko, että haluaisit sanoa vielä jotain haastatteluun liittyvää?