

DIAKONISSA MIELENTERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ

Leena Leskelä & Heli Luoma
Opinnäytetyö, kevät 2013
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Pohjoinen, Oulu
Terveysten edistäminen
Mielenterveystyö
YAMK

TIIVISTELMÄ

Leskelä, Leena & Luoma, Heli. Diakonissa mielenterveyden edistäjänä.

Diak Pohjoinen, Oulu, kevät 2013, 120 s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Terveiden edistämisen koulutusohjelma, mielen-terveystyö. Sairaanhoidaja (YAMK).

Tämä työelämälähtöinen opinnäytetyö liittyi Diakonia-ammattikorkeakoulun hallinnoimaan ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen rahoittamaan hankkeeseen Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina. Hanke toteutetaan vuosien 2011–2013 aikana.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata diakonissojen kokemuksia mielenterveyden edistämisestä lapsiperheiden ja ikääntyneiden parissa. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata diakonissojen mielenterveyden edistämisen valmiuksia sekä diakonissojen tekemää paikallista yhteistyötä mielenterveyden edistämässä. Tavoitteena on tuotetun tiedon avulla kehittää mielenterveyden edistämistä diakoniatyössä.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin haastattelemalla yllä mainittuun hankkeeseen kuuluneiden seurakuntien viittätoista diakonissaa. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan lapsiperheiden parissa työskenneltäessä keskeiseksi nousi perheiden arjen hallinnassa ohjaaminen, johon sisältyivät lapsiperheiden taloudellisen hyvinvoinnin tukeminen, vanhemmuuden ja parisuhteen vahvistaminen ja oikea-aikaisen tuen tarjoaminen. Ikääntyneiden mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen koostui itsenäisen selviytymisen tukemisesta erityisesti kotikäyntityön avulla, sosiaalisen osallisuuden mahdollistamisesta ryhmä- ja vertaistukitoiminnan avulla sekä hengellisten voimavarojen vahvistamisesta. Diakonissojen valmiudet asiakaslähtöiseen mielenterveyden edistämiseen koostuivat koulutuksen ja kokemuksen kautta kertyneistä valmiuksista sekä osin käyttämättömistä valmiuksista. Diakonissat kuvasivat paikallisen yhteistyön kehittämisen tarvetta yhteistyön mahdollisuuksien ja haasteiden kautta.

Tulosten perusteella diakonissojen tekemässä mielenterveyden edistämässä vahvuutena ovat monipuolinen, ennaltaehkäisevä ryhmä- ja vertaistukitoiminta sekä kotikäyntityö. Diakonissojen osaamista ja asiantuntijuutta tulisi hyödyntää osana asiakkaiden mielenterveyden edistämistä ja moniammatillista yhteistyötä. Mielenterveyden edistämistyön kehittämiseksi tulisi laatia kirkon mielenterveystyön strategia sekä kehittää mielenterveyden edistämiseen liittyvää koulutusta.

Jatkotutkimushaasteena esitetään mielenterveyden edistämisen tutkimista diakoniatyön asiakkaiden näkökulmasta.

Asiasanat: mielenterveys, terveyden edistäminen, diakonissat, lapsiperheet, ikääntyneet, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Leskelä, Leena & Luoma, Heli.

Deaconess as a promoter of mental health.

120 p., 1 appendix. Language: Finnish. Oulu, Spring 2013.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Health Promotion working with issues of mental health. Master degree programme.

This working life oriented thesis was related to project "Healthy soul in a healthy body - deaconesses as promoters of good health", managed by Diaconia University of Applied Sciences and financed by National Institute for Health and Welfare (THL). The project will be carried out in 2011-2013.

The aim of this thesis was to describe the experiences of deaconesses in promoting mental health among families with children and the aged. The other aim was to describe both the preparedness of deaconesses to promote mental health and local cooperation in promoting mental health. The produced data will allow for the development of promoting mental health in diaconal work.

This thesis was carried as a qualitative research. The material of the thesis was collected by interviewing fifteen deaconesses from parishes participating in the project discussed above. The method of collecting the material was a themed interview. The analysis was done with material-focused content analysis.

According to our study, the main focus on diaconal work was to support families in managing daily routines. This included supporting the families' financial well-being, reinforcing their relationship and parenthood and offering correctly timed support. Factors protecting mental health among the aged were strengthened by supporting independent survival especially by home visits, enabling social participation by group and peer support activities as well as strengthening their spiritual resources. The preparedness of deaconesses to promote client-oriented mental health consisted of preparedness collected during education and experience although their skills were partly unused. The deaconesses described a need to develop local cooperation through its challenges and possibilities.

According to the results, the strengths of promoting mental health by deaconesses are diverse, preventive group and peer activities as well as home visits. The expertise of deaconesses should be utilised in multiprofessional cooperation and promoting clients' mental health. In order to develop the work done in mental health promotion the churches should provide a strategy for mental health work including appropriate training.

Challenges for further study will be to examine the promotion of mental health in diaconal work from the perspective of clients.

Keywords: mental health, health promotion, deaconesses, family with children, the aged, qualitative research

SISÄLTÖ

| | |
|---|----|
| TIIVISTELMÄ..... | 2 |
| ABSTRACT..... | 3 |
| 1 JOHDANTO..... | 6 |
| 2 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT..... | 8 |
| 2.1 Mielenterveyden edistäminen..... | 10 |
| 2.2 Mielenterveyden edistäminen eri ikäryhmissä..... | 14 |
| 2.2.1 Mielenterveyden edistäminen lapsiperheissä..... | 14 |
| 2.2.2 Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden parissa..... | 18 |
| 2.3 Mielenterveyden edistämisen näkökulma diakoniatyössä ja diakonisessa hoitotyössä..... | 23 |
| 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET..... | 28 |
| 4 TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI..... | 29 |
| 4.1 Laadullinen lähestymistapa..... | 29 |
| 4.2 Aineiston keruu..... | 29 |
| 4.3 Aineiston analyysi..... | 32 |
| 5 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN DIAKONISSOJEN KUVAAMANA..... | 35 |
| 5.1 Lapsiperheiden arjen hallinnassa ohjaaminen..... | 35 |
| 5.1.1 Lapsiperheiden taloudellisen hyvinvoinnin tukeminen..... | 35 |
| 5.1.2 Vanhemmuuden ja parisuhteen vahvistaminen..... | 38 |
| 5.1.3 Oikea-aikaisen tuen tarjoaminen..... | 41 |
| 5.2 Ikääntyneiden mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen..... | 46 |
| 5.2.1 Itsenäisen selviytymisen tukeminen..... | 46 |
| 5.2.2 Sosiaalisen osallisuuden mahdollistaminen..... | 50 |
| 5.2.3 Hengellisten voimavarojen vahvistaminen..... | 53 |
| 5.3 Valmiudet asiakaslähtöiseen mielenterveyden edistämiseen..... | 57 |
| 5.3.1 Koulutuksen antamat valmiudet..... | 57 |
| 5.3.2 Kokemuksen tuomat valmiudet..... | 62 |
| 5.3.3 Käyttämättömät valmiudet..... | 63 |
| 5.4 Yhteistyön kehittämisen tarve..... | 66 |
| 5.4.1 Mahdollisuudet yhteistyössä..... | 66 |
| 5.4.2 Haasteet yhteistyössä..... | 71 |
| 6 POHDINTA..... | 76 |

| | |
|---|-----|
| 6.1 Opinnäytetyön tulosten pohdintaa ja vertailua aiempiin tutkimuksiin | 77 |
| 6.1.1 Lapsiperheiden mielenterveyden edistäminen | 77 |
| 6.1.2 Ikääntyneiden mielenterveyden edistäminen | 85 |
| 6.1.3 Mielenterveyden edistämisen valmiudet | 90 |
| 6.1.4 Paikallinen yhteistyö mielenterveyden edistämässä..... | 94 |
| 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus..... | 97 |
| 6.3 Opinnäytetyön eettisyys | 101 |
| 6.4 Johtopäätökset..... | 103 |
| LÄHTEET | 105 |
| LIITE 1 Teemahaastattelurunko | 120 |

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö liittyy Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen rahoittamaan ja Diakonia-ammatti-korkeakoulun hallinnoimaan kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen hankkeeseen *Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina*. Hankkeessa selvitetään diakoniatyön asiakkaiden terveyden edistämisen tarpeita ja diakonissojen roolia ja toimijuutta kokonaisvaltaisen terveyden edistäjinä seurakunnissa, laitossympäristöissä ja niiden yhteistyöverkostoissa. Hankkeessa painotetaan lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyvien terveyden edistämistä. Hanke toteutetaan vuosina 2011–2013 ja siihen osallistuu diakonissoja kuudesta eri seurakunnasta eri puolelta Suomea.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata diakonissojen kokemuksia mielenterveyden edistämisestä erityisesti lapsiperheiden ja ikääntyneiden parissa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää mielenterveyden edistämistä diakoniatyössä. Aihe nousi käytännön tarpeesta, sillä mielenterveyden edistämistä diakoniatyössä on aiemmin tutkittu vähän.

Lasten ja lapsiperheiden hyvinvointi on ollut pitkään ammattilaisten ja poliitikkojen puheissa. Suurella osalla lapsista aineelliset, fyysiset, sosiaaliset, tiedolliset ja psyykkiset olosuhteet ovat kenties paremmat kuin koskaan. Viime aikoina keskustelua on leimannut huoli lasten ja nuorten elämää ja kasvua uhkaavista riskitekijöistä. Lapsiperheiden kanssa työskentelevien tulee kiinnittää erityistä huomiota mielenterveyden edistämiseen. Väestöryhmien väliset terveyserot alkavat kehittyä jo lapsuudessa. Perheiden arkeen vaikuttavat talouselämän ja aikuisten elämän ehdot. Perheiden elämää voi leimata aineellinen tai sosiaalinen köyhyys, pätkätyöt ja vaihtuvat parisuhteet, päihteet tai puuttuvat edellytykset ymmärtää lapsen tarpeita. (Kangaspunta, Kilku, Kaltiala-Heino & Punamäki 2005,8.)

Yhteiskunnassamme on viime vuosien aikana käyty vilkasta keskustelua myös ikääntymiseen liittyen. Erityisesti keskustelua on herättänyt valmisteilla oleva Vanhuspalvelulaki sekä ikääntyneiden määrän kasvu tulevaisuudessa. Viime

aikaisissa tutkimuksissa on voitu todeta sellaisten terveydenedistämisen toimenpiteiden, jotka kohdistuvat liikuntaan, ravitsemukseen ja yhteisöllisyyteen vaikuttavan merkittävästi ikääntyneiden hyvinvointiin ja toimintakykyyn (Heinonen ym. 2011, 80). Ikääntymiseen liittyvät kysymykset haastavat lisäämään tietämystä ikääntyneiden terveyden ja mielenterveyden edistämisestä. Tähän keskusteluun tulee myös evankelisluterilaisen kirkon ja sen diakoniatyön osallistua.

Opinnäytetyötä ohjaa työelämälähtöisyys, ammatillisuus, käytännönläheisyys, ajankohtaisuus ja pyrkimys lisätä ihmisten hyvinvointia. Uusi Terveystieteiden laki (2011) velvoittaa kuntia toimimaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä muiden yksityisten ja julkisten toimijoiden kanssa. Tämä opinnäytetyö tuottaa uutta tietoa siitä, kuinka diakoniatyön on mahdollista linkittyä osaksi muuta palvelujärjestelmää mielenterveyden edistämisessä.

Opinnäytetyön lähestymistapa oli laadullinen ja aineiston keruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Tutkimuksen osallistujina olivat yllä mainitussa tutkimus- ja kehittämishankkeessa mukana olevien seurakuntien 15 diakonissaa. Haastattelut toteutettiin kesällä 2012.

2 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Määritelmää on myöhemmin tarkennettu korostamalla terveyden dynaamisuutta sekä spirituaalisuutta (WHO 2008; Huttunen 2009). Terveys voidaan nähdä myös ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä selviytyä tai suoriutua. Terveysteen vaikuttavat useat taustatekijät, jotka ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, taloudellisia, poliittisia, kulttuurisia tai ympäristöön liittyviä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 17; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Mielenterveys (mental health) on oleellinen, erottamaton osa terveyttä (WHO 2001) ja se muodostaa ihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perustan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007). Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä (WHO 2004, 10). Mielenterveyttä voidaan kuvata myös eräänlaisena emotionaalisenä ja henkisenä joustavuutena, jonka avulla säilytämme kyvyn nauttia elämästä, selviydymme kivusta, pettymyksistä ja surusta (ProMenPol 2009,5). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee mielenterveyden inhimilliseksi, elämään myönteisesti vaikuttavaksi voimavaraksi, joka mahdollistaa oman elämän elämisen mahdollisimman täysipainoisesti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007).

Mielenterveys on pääomaa, joka muodostuu ihmisen ja hänen elinympäristönsä välisissä yhteyksissä läpi koko elämän ja jota kaiken aikaa sekä käytämme että keräämme ja jonka avulla ohjaamme elämäämme (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007). Mielenterveys rakentuu syntymästä lähtien. Kehityksen alkuvaiheessa biologiset perustarpeet, kuten ravinto, fyysinen turva ja lämpö sekä hygienia ovat välttämättömiä mielenterveydelle. Kehityksen edetessä tärkeät ihmissuhteet, sosiaaliset suhteet ja ympäristön normit tulevat tärkeämmiksi. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 26–27.) Mielenterveys ei ole pysyvä tila, vaan yksilön elämäntilanne ja olosuhteet vaikutta-

vat siihen. Muuttuvissa olosuhteissa yksilö joutuu määrittelemään oman mielenterveytensä aina yhä uudelleen. (Kuhanen 2010, 18–19.)

Nykyisin käytetään yleisesti käsitettä positiivinen mielenterveys (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 17; Kylmä, Nikkonen, Kinnunen & Korhonen 2009, 10), jossa näkökulma siirtyy mielenterveyden häiriöistä painottumaan mielenterveyden voimavaroihin (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 32). Positiivinen mielenterveys on monitahoinen, muuttuva ja kokonaisvaltainen ilmiö, joka kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 55). Se on merkittävä voimavara niin yksilöille, perheille, yhteisöille kuin kansakunnillekin. Positiiviseen mielenterveyteen sisältyvät positiivinen hyvinvoinnin kokemus; yksilölliset voimavarat, kuten itsetunto, optimismi, elämäntahon ja eheyden kokemus; kyky solmia, kehittää ja ylläpitää tyydyttäviä ihmissuhteita sekä kyky kohdata vastoinkäymisiä. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 13,16.) Positiivisen mielenterveyden näkökulmasta katsottuna ihmisellä on aina olemassa myös voimavaroja sekä myönteisiä terveystekijöitä ongelmista ja sairauksista huolimatta (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 55).

Mielenterveyttä suojaavia yksilöllisiä ja sisäisiä tekijöitä ovat hyvä fyysinen terveys ja perimä, terveelliset elämäntavat, myönteiset varhaiset ihmissuhteet, hyvä itsetunto, hyväksytyksi tulemisen kokemukset, hyvä oppimiskyky, ongelmanratkaisutaito, ristiriitojen käsittelytaito, kehittyneet vuorovaikutustaidot ja kyky ihmissuhteiden luomiseen, ylläpitoon ja purkamiseen. Mielenterveyttä suojaavia yhteiskunnallisia ja ulkoisia tekijöitä ovat ruoka, lämpö, suoja, lepo, taloudellinen perustoimeentulo, sosiaalinen tuki ja työllisyys. Suojaavia tekijöitä ovat myös työn määrä ja sitovuus, varmuus tulevaisuudesta, myönteiset mallit, koulutusmahdollisuudet, turvallinen ympäristö ja toimiva yhteiskuntarakente. (Bäckmand & Lönnqvist 2009, 7-8; Koskinen-Ollonqvist 2011, 6-7.)

2.1 Mielenterveyden edistäminen

Terveyden edistämisen perustana on Ottawa Charter- asiakirja (Ottawa 1986), jossa määritellään terveyden edistäminen, terveyttä edistävä toiminta sekä terveyden edistämisen edellytykset ja arvopohja. Asiakirjassa terveyden edistäminen nähdään laaja-alaisena toimintana, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia hallita ja parantaa omaa ja ympäristönsä terveyttä (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 23; Peltö-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006, 13; Vertio 2003, 29). Terveyden edistäminen toteutuu monen eri tieteenalan ammattiryhmän yhteistyönä. Terveyden edistämisen tulisi olla keskittymistä terveyteen sairauden sijasta sekä ihmisten omien voimavarojen mahdollistamista ja heidän täysivaltaista osallistumista terveytensä edistämiseen. (Vertio 2003, 29; Eriksson ym. 2007, 68.)

Partanen, Moring, Nordling & Bergmanin (2010, 24) mukaan mielenterveyden edistämällä (mental health promotion) tarkoitetaan kaikkea toimintaa, jolla pyritään parantamaan väestön ja yksilön mielenterveyttä. Mielenterveys sisältyy oleellisena osana kansanterveyteen. Sillä on merkittävä vaikutus kansakuntiin ja niiden inhimilliseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen pääomaan. Tästä johtuen mielenterveyden ja mielenterveyden edistämisen tulee sisältyä kaikkiin kansanterveysstrategioihin. (Lavikainen; Lahtinen & Lehtinen 2004, 5.)

Mielenterveyden edistämistä voidaan tarkastella joko mielenterveyden edistämisen, promootion tai häiriöiden ehkäisyyn, prevention näkökulmasta (Svedberg 2011), jotka limittyvät toisiinsa (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010, 24; Stengård; Savolainen; Sipilä & Nordling 2009,7; Kylmä ym. 2009, 11; Lehtinen 2008, 7; WHO 2004,4). Promootio ja preventio eroavat siten, että promootion tavoitteena on suojella, vaalia ja parantaa kaikkien mielenterveyttä, kun taas preventiossa painopiste on mielenterveysongelmien ja – häiriöiden ehkäisemisessä erityisesti riskiryhmiin vaikuttamalla. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on vahvistaa yksilön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia rakenteita sekä vähentää tai poistaa yksilön mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä ja yhteisöjen mielenterveyttä vaarantavia rakenteita. (Stengård; Savolainen; Sipilä & Nordling 2009, 7.)

Ehkäisevän mielenterveystyön (primaaripreventio) lähtökohtana on mielenterveydenhäiriöiden synnyn ehkäiseminen. Toiminta perustuu biologiseen, psykologiseen ja sosiaaliseen tietoon mielenterveydestä ja sen häiriöistä. Useimmat mielenterveysongelmat tulevat esiin jo nuorena, mutta hoitoon hakeutuminen tapahtuu vasta aikuisena. Viive tunnistamisessa, ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on lähes kymmenen vuotta. (Bäckmand & Lönnqvist 2009, 7-8; Koskinen-Ollonqvist 2011, 6-7.) Sekundääripreventiossa vähennetään häiriön yleisyyttä lyhentämällä sen kestoa varhaisen toteamisen ja nopean hoidon avulla. Tertiääripreventioon sisältyy hoitavia ja kuntouttavia työmuotoja. (Koskinen-Ollonqvist 2011, 9.) Mielenterveystyössä painopisteen siirtäminen mielenterveyshäiriöiden hoidosta kohti mielenterveyden edistämistä ja häiriöiden ehkäisyä edellyttää tahtoa ja valmiutta rakentaa uudenlaista työorientaatiota (Stengård; Savolainen; Sipilä & Nordling 2009, 7).

Mielenterveyden edistäminen voidaan määritellä myös poikkitieteelliseksi ja sosiokulttuuriseksi pyrkimykseksi saada aikaan niin yksilöiden, ryhmien kuin yhteisöjen hyvinvointia edistäviä olosuhteita (Koskinen-Ollonqvist 2011, 9; Kylmä, Nikkonen, Kinnunen & Korhonen 2009, 11) ja se voidaan nähdä positiivisena potentiaalina yhteiskunnallisesti sekä kansanterveydellisesti (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 17). Vastuu mielenterveyden edistämisestä kuuluu kaikkialle; mielenterveyspolitiikkaan, yhdyskuntasuunnitteluun, äitiyshuoltoon, päivähoitoon, koulutukseen, työelämän kehittämiseen, ikääntyneiden olosuhteiden parantamiseen, kulttuuriin, vapaa-aikasuunnitteluun, liikuntamahdollisuuksiin, kansalliseen turvallisuuteen sekä syrjäytymisen ehkäisyyn (Lehtinen 2008, 6-7).

Terveysten edistämiseen ja myös mielenterveyden edistämiseen, vaikuttavat niin kansalliset kuin kansainväliset yhteiskunnalliset muutokset. Terveysten edistäminen edellyttää ajantasaista käsitystä siitä, mitä muutoksia ja kehityssuuntia yhteiskunnassa on ja miten ne heijastuvat terveyden edistämisen sisältöihin ja toimintaan. Terveysten edistämisen eri työvälineiden avulla voidaan tarjota apua ja tukea yhteiskunnallisessa tilanteessa, jota leimaavat jatkuvat muutokset, tehokkuus, teknistyminen, kiire, yksilöllistymisen ihannointi, globalisoituminen ja elämän pirstoutuneisuus. Ihmisten arvot ja terveystottumukset ovat kulttuu-

risidonnaisia ja siten monikulttuurisessa yhteiskunnassa terveysalan ammattilaiset tarvitsevat tietoisuutta omista kulttuurisista asenteistaan, normeistaan, traditioistaan ja ihanteistaan. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 35–38.)

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on yleinen ohjaus ja valvontavastuu terveyden edistämisestä. Terveyden edistäminen perustuu kansanterveyslakiin (1972/66) ja on osa kansanterveystyötä. Uusi terveydenhuoltolaki (2010/1326) vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Terveydenhuoltolaissa määritellään kunnan velvollisuudesta järjestää terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Terveydenhuoltolaissa päihdetyön tarkoituksena määritellään yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä päihteisiin liittyvien, terveyttä ja turvallisuutta vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326)

Terveyttä ja hyvinvointia edistäväillä toimenpiteillä vaikutetaan suoraan keskeisiin kansansairauksien syihin ja näin hillitään kustannuksia, jotka seuraavat terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläkkeelle jäämisestä. Terveyttä ei voida edistää pelkästään terveydenhuollon keinoin, vaan siihen tarvitaan yhteiskunnan kaikkia sektoreita. Terveysnäkökohdat on otettava huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Terveys 2015-kansanterveysohjelma on pitkän aikavälin terveystoiminnan ohjelma, jonka taustana on Maailman terveysjärjestö WHO:n Terveyttä kaikille-ohjelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001 a.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella, Kaste-kehittämisohjelmalla, vahvistetaan kuntien mahdollisuuksia puuttua terveyttä vaarantaviin riskitekijöihin, edistää väestön terveyttä ja kaventaa terveyseroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Erilaisten julistusten ja poliittisten tason tavoitteiden kautta pyritään edistämään koko väestön henkistä hyvinvointia. Suomi on ollut aloitteellinen mielenterveyden edistämässä Euroopan Unionin alueella, nostaen sen EU:n asialistalle

puheenjohtajakaudella vuonna 1999. Tämän jälkeen mielenterveysasiat ovat olleet EU:ssa useasti esillä. (Leppo 2004, 9.) Euroopan mielenterveysjulistus (WHO 2005 a), toimintasuunnitelma (WHO 2005 b) sekä EU:n Vihreä kirja (2005) ottavat hyvin laajasti esille mielenterveyttä edistävät ja mielenterveyttä rapauttavat tekijät.

Kansallisella tasolla mielenterveystyön kehittämisessä merkittäviä ovat Kunta- ja palvelulaki uudistus (2007/169), Kansallinen päihde- ja mielenterveysohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 a) sekä Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001 b). Lainsäädäntötasolla keskeisiä ovat Mielenterveyslaki (1990/1116), Kansanterveyslaki (1972/66), Vammaispalvelulaki (1987/380). Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009-työryhmä on valmistellut kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jonka toimeenpanosuunnitelman on laatinut Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suunnitelmassa korostetaan mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä ja ”yhden oven periaatetta” palveluihin pääsyssä, asiakkaan aseman vahvistamista sekä ongelmia ja haittoja ehkäisevän työn tehostamista. (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010, 5.) Tällä hetkellä mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuudessa ja tarjonnassa on Suomessa alueellisesti huomattavia eroja.

Sosiaali- ja terveysministeriön hanke, Mielekäs Elämä! –ohjelma toteutettiin Stakesin koordinoimana vuosina 1998-2002. Hankkeen tarkoituksena oli parantaa kansalaisten mahdollisuuksia elää mielekästä elämää ja edistää heidän pärjäämistään yhteiskunnassa. Erityisesti tuli kiinnittää huomiota ihmisiin, joilla on mielenterveysongelmien merkittävä uhka. Ohjelman mukaan mielenterveystyön tulee kattaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistäminen, mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen. Verkostossa toimi myös seurakuntien työntekijöitä. (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003 b, 34.)

2.2 Mielenterveyden edistäminen eri ikäryhmissä

Mielenterveyden edistäminen on elinikäinen prosessi, joka liittyy kaikkiin elämän vaiheisiin saaden erilaisen näkökulman ja eri painotuksia ikävaiheen mukaisesti. Seuraavaksi opinnäytetyössä kuvataan mielenterveyden edistämistä lapsiperheissä ja ikääntyneiden parissa.

2.2.1 Mielenterveyden edistäminen lapsiperheissä

Perhettä koskevissa tutkimuksissa on viime aikoina kiinnitetty huomiota perheen käsitteen muuttumiseen. Perinteisesti perheellä on tarkoitettu ydinperhettä, johon kuuluvat äiti, isä ja heidän biologiset lapsensa. Suomessa perheestä vallitsee varsin yhtenäinen käsitys; perhe-sanalla on silti monta merkitystä. Perhe voi tarkoittaa esimerkiksi samassa taloudessa asuvia henkilöitä, samassa ruokakunnassa asuvia tai perhe-sanaa voidaan käyttää puhuttaessa lapsuuden perheestä. Tilastokeskuksessa perhe määritellään sen rakenteen avulla. Perhe koostuu vain yhdessä asuvista henkilöistä. Lapsiperheiksi määritellään perheet, joihin kuuluu alle 18-vuotiaita lapsia. (Haataja 2009, 46–48.)

Perhettä on sosiaalipsykologiassa pidetty perinteisesti primaarisosialisaation lähteenä, jossa lapsi oppii sosiaalisuuden peruslähtökohdat sekä rakentaa omaa ja yhteistä merkityksien maailmaa sisäistämällä hänelle merkittävien ihmisten asenteita ja rooleja. Perhesuhteet ovat jäsenilleen muita suhteita tärkeämpiä. Perheen vuorovaikutussuhteille ominaista ovat päivittäiset yhteenliittymiset ja eroamiset. (Lahikainen 2005, 350–358.)

Tilastollisesti katsottuna perheet muodostetaan vuoden vaihteessa Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmän mukaan samassa asunnossa asuvista henkilöistä. Tilastossa on perheet ja lapsiperheet ja heidän väestötietonsa. Perheet luokitellaan lapsettomiin tai lasten kanssa asuviin avio- ja avopareihin, rekisteröityihin mies- ja naispareihin sekä yhden vanhemman perheisiin. Avoparit päätellään yhdessä asumisen perusteella. Tilastossa on puolisoitten/vanhempien ikä, kieli, kansalaisuus ja syntymämaa sekä jokaisen kotona

asuvan lapsen ikä ja sukupuoli. Lapsiperheiksi luokitellaan perheet, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia. (Tilastokeskus 2011.)

Tässä opinnäytetyössä perhekäsitettä käytetään kahden huoltajan tai yksinhuoltajan perheistä, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia. Yhden vanhemman perheitä oli vuonna 2010 Tilastokeskuksen (Väestö 2011) mukaan 117 782, joista isä ja lapsi -perheiden osuus oli 15 836 eli 13,4 %. Kaikista lapsiperheistä yhden vanhemman perheitä oli 20,2 %. Lapsia näissä perheissä oli hieman yli 180 000. Uusperheitä oli 53 584. (Yhden vanhemman perheiden liitto ry.)

Lapsen mielestä perheen muodostavat ne aikuiset ja sisarukset, jotka lapsi kokee perheekseen. Perhettä on kuvattu myös sosiaalisena yhteisönä, joka koostuu toisilleen läheisistä henkilöistä, joiden välillä on emotionaalinen yhteenkuuluvuuden tunne ja lisäksi riippuvuus toinen toisistaan. (Lindholm 2007, 23.)

Mielenterveyttä rakennetaan koko elämän ajan, mutta perusta siihen luodaan lapsuudessa. On olemassa runsaasti tutkimusnäyttöä siitä, että lapsuuden kodin ja perheen olosuhteilla on merkitystä mielenterveyden kehittymiseen suotuisaan tai epäsuotuisaan suuntaan. Perheen olosuhteissa voi olla tekijöitä, jotka vaarantavat suotuisan mielenterveyden kehityksen. (Honkanen 2008, 140.)

Kansanterveysohjelmassa Terveys 2015 korostetaan terveyden näkemistä prosessina. Elämäntulkinto sisältää siirtymävaiheita ja kriittisiä ajanjaksoja. Näissä vaiheissa lapset ja nuoret tarvitsevat aikuisten tukea. Pyrkimyksenä on auttaa lapsia, nuoria ja perheitä selviytymään näistä vaiheista mahdollisimman hyvin. Lasten terveyden uhkina ovat turvattomuuden kokeminen, mielenterveysongelmat ja sosiaalisen kehityksen häiriintyminen. (Terveys 2015- kansanterveysohjelma 2001, 22–25.)

Lapsiperheissä mielenterveyttä edistettäessä keskeiseksi asiaksi nousee kohtaamisessa esille tulevat henkilökohtaiset ominaisuudet: kiinnostus toisiin ihmisiin ja avoimen vastavuoroisen, keskustelun osaaminen sekä ammatillisesta näkökulmasta vahva ammatillinen osaaminen (Kilcku 2008, 132). Keskustelun ja aktiivisen kuuntelun avulla pyritään siihen, että perhe kokee tullessa kuul-

luksi ja kokee saaneensa apua. Tavoitteena on perheen voimavarojen ja tuki-
verkoston kartoitus sekä perheen tukeminen muuttuvassa tilanteessa. Tilapäi-
sellä lastenhoito- ja kodinhoitoavulla pyritään perhettä tukemaan kriisitilanteis-
sa. Perheen tilannetta kartoitetaan ja perhe ohjataan tarvittaessa muihin palve-
luihin. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on uhkaavan kriisin ennaltaeh-
käisy. (Niskanen & Virkkala 2010, 59–60.)

Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden katsauksessa (2007, 47) kuvataan
monitieteisen tiedon avulla lapsiperheiden terveyttä edistävää tukea ja sen läh-
tökohtia sekä tuen kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita. Aineistona ovat
perheen psykososiaaliseen terveyteen kohdistuvat kansalliset ja kansainväliset
tutkimukset vuosilta 1994–2004, jotka on raportoitu tieteellisinä artikkeleina,
väitöskirjoina, lisensiaatintutkimuksina tai ministeriön selvityksinä tai oppikirjana.
Julkaisut (n=53) ovat terveystieteiden, sosiaalitieteiden, psykiatrian, pediatrian
ja psykologian alueelta. Lapsiperheiden terveyden edistämisen tutkimusaiheis-
sa painottuivat ennaltaehkäisevät ja varhaiset palvelut ja perheen ja työntekijän
välinen yhteistyösuhde. Aineiston perusteella lapsiperheen terveyttä edistävää
tukea tulee kehittää ja tutkia. Lisätutkimushaasteita ovat miten perhe ilmaisee
oman terveystietämyksensä, mitkä ovat terveyttä edistävän työn ammatilliset lähtö-
kohdat ja ammatillinen vuorovaikutussuhde ja minkälaista tukea kotiin tarjotaan.
Katsauksesta kävi ilmi, että perheen luottamus työntekijää kohtaan heikkeni,
mikäli perhe ei saanut tarpeeksi tukea. Yllättävät kotikäynnit ja perheen ja työn-
tekijän näkökulmien välille syntynyt kilpailuasetelma heikentävät perheen luot-
tamusta työntekijää kohtaan. Psykososiaalista tukea koetaan estävän työtradi-
ot, kirjaamiskäytännöt, lyhyet vastaanottoajat ja kiire. Perheiden riittämättömän
tuen saannin syitä olivat myös hoitajiin liittyvät riittämättömät kommunikaatio- ja
vuorovaikutustaidot, jaksaminen ja ammattitaidon riittämättömyys. (Häggman-
Laitila, Pietilä 2007,47,55.)

TIUKU-projektin (2001–2005) taustana on valtion vuonna 2000 Pohjois-Karjalan
sairaanhoitopiirille myöntämä erillismääräraha lasten ja nuorten psykiatristen
palvelujen kehittämiseen. Osa rahasta ohjattiin sittemmin TIUKU:ksi nimetyn
perhetyöhankkeen suunnitteluun. Perhetyöhankkeen toiminta-alueiksi määritel-
tiin kotona perheen arkea ja sen riittävää arjen hallintaa tukeva asiakaslähtöi-

nen perhetyö, sisarusten ja koko perheen huomioiminen ja tukeminen, perheiden sidosryhmien yhteistyön kehittäminen ja vertaistuen kehittäminen. Vuoden 2001 aikana projektissa oli 53 perhettä (101 lasta). Asiakaslähtöinen työ vaati työntekijältä kykyä ja taitoa suunnata omaa toimintaansa tilanteen vaatimalla tavalla. Asiakaslähtöisyydessä oli kyse tasavertaisesta kumppanuudesta ja jaetusta vastuusta. Kotona tapahtuva perhetyö antoi kokonaisvaltaisemman näkökulman ymmärtää niin lapsen, kuin koko perheen arkea. Riittävän ajoissa annettu apu ja ennaltaehkäisevä apu tulisi nousta entistä tärkeämmäksi auttamisen alueeksi. (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003 a, 3, 59, 62–64.)

Mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämässä Suomessa painotetaan alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämistä, yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämistä sekä ylisukupolvien siirtyvien ongelmien tunnistamista ja vähentämistä. Edistävän ja ehkäisevän työn strategian tulee sisältyä kuntastrategiaan ja toteutua laaja-alaisesti palvelujärjestelmässä. Mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävän sekä ongelmia ehkäisevän työn tavoitteena on vahvistaa voimavaroja ja muita ongelmista suojaavia tekijöitä ja vähentää riskitekijöitä. Osallisuuden ja yhteisöllisyyden vahvistaminen suojaa ongelmilta ja mahdollistaa varhaisen puuttumisen niihin. Riskiryhmissä olevia lapsia, nuoria ja heidän perheitään voidaan tukea ja vähentää heidän sairastumisriskiään tiedostamalla ja tunnistamalla vanhemmilta lapsille siirtyvät ylisukupolviset ongelmat. Työntekijöiden on aina arvioitava lasten mahdollinen hoidon ja tuen tarve hoitaessaan aikuista mielenterveys- tai päihdeongelmaista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 a, 23–26.)

Mieli 2009- suunnitelmassa esitettyjen edistävän ja ehkäisevän työn painopistealueiden lisäksi jatketaan lähisuhde- ja perheväkivaltaa ehkäisevää työtä ja itsemurhien ehkäisyä. Itsemurha voi liittyä mielenterveyden häiriöön, depression ja/tai alkoholiriippuvuuteen, mutta myös köyhyyteen, työttömyyteen ja yksinäisyyteen. Itsemurhien ehkäisyssä vaikuttavampia keinoja ovat itsemurhavaaran tunnistaminen, itsemurhaan käytettyjen keinojen saatavuuden rajoittaminen, monimuotoiset mielenterveyspalvelut ja itsemurhaa yrittäneiden jälkihoito. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä kunnan tulee koordinoida nykyistä tehokkaammin julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelut

toimivaksi palvelukokonaisuudeksi. Työtä toteuttamaan kutsutaan myös kirkon diakoniatyö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 a, 27.)

2.2.2 Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden parissa

Ikääntyneistä puhuttaessa käytettävät käsitteet vaihtelevat; puhutaan vanhuksesta, ikäihmisistä ja ikääntyneistä. Työelämä tutkimuksissa jo 45-vuotias voidaan katsoa ikääntyväksi, mutta ihmiset itse kokevat olevansa vanhoja vasta 85-vuotiaina (Raitanen, Hänninen, Pajunen & Suutama 2004, 7; Koskinen 2004, 29–30). Myös Cochrane-katsauksia ja tutkimuksia tarkasteltaessa on käynyt ilmi, että ikääntynyttä väestöä on luetteloitu useilla, samaa tarkoittavilla asiasanoilla. Ikärajojen määrittely on myös vaihtelevaa. (Reiman-Möttönen 2006, 1.) Tässä opinnäytetyössä käytetään pääasiallisesti käsitettä ikääntyneet. Ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta henkilöä.

Tilastokeskuksen väestöennusteen 2009–2060 mukaan Suomessa yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä (Tilastokeskus 2009). Ikääntyvien määrä lisääntyy koko Euroopan Unionin alueella ja asettaa haasteen lisätä tietämystä ikääntyneiden terveyden edistämisestä (The Swedish national institute of public health 2006, 7). Verrattuna muihin EU maihin Suomessa ikääntyminen seuraavien 20 vuoden aikana on nopeinta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011 b, 5). Maailmanlaajuisena ilmiönä yli 60-vuotiaiden määrä kasvaa eniten verrattuna muihin ikäryhmiin (WHO 2002, 6).

Ikääntyminen tapahtuu yksilöllisesti (Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia 2012, 45; WHO 2002, 4). Ikääntymisen merkitys yksilölle riippuu siitä, mitä ikääntymisestä yhteiskunnallisesti ajatellaan ja millainen asema ikääntyneillä ihmisillä itsellään on. Ikääntymiseen vaikuttavat myös elämänvarrella tehdyt valinnat ja kokemukset, jopa yli sukupolvien ulottuvat biologiset, sosiaalipsykologiset ja kulttuuriset prosessit. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia 2012, 45, 48; WHO 2002.)

1990-luvulta saakka on lisääntyvästi alettu käyttämään aktiivisen ikääntymisen käsitettä (active ageing). Kansainvälisesti YK ja WHO ovat yrittäneet luoda politiikan suunnittelulle voimavaralähtöistä ja tervettä ikääntymistä tukevaa viitekehystä, jossa kolme tärkeintä osa-aluetta ovat osallisuus, terveys ja turvallisuus. (WHO 2002.) Ikääntynyt on aktiivinen toimija, joka asettaa tavoitteita, valikoi kiinnostuksensa kohteita ja toimintatapoja sekä arvioi omaa toimintaansa. Vanhuusiän ennakoiva suunnittelu tulee tärkeämmäksi, koska eläkkeellä oloaika yksilön elinkaareissa pitenee. Suunniteltavia alueita ovat talous, terveys, toimintakyky, mielen virkeys ja sosiaalisten suhteiden ylläpito. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2012, 49.)

Vuonna 2012 oli Euroopassa aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien välisen solidaarisuuden teemavuosi, jota varten Sosiaali- ja terveysministeriö laati Suomen kansallisen toimintaohjelman, Aina on oikea ikä. Kansallisen toimintasuunnitelman tavoitteina oli lisätä ymmärrystä aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien välisen yhteistyön tärkeydestä ihmisten osallisuuden ja hyvinvoinnin kehittymiselle sekä säilymiselle koko elämänsä ajan, edistää tietoutta ja positiivisen ikäasenteen leviämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 2-13.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (2006) esitetään, että terveyden edistämisen tulee tukea ikääntyneiden itsenäistä elämää omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Näin ollen kuntien toimintapolitiikoissa tulee painottaa kotona asumisen mahdollistamista, avopalvelujen ensisijaisuutta sekä tasapainoista, ikääntyneiden tarpeita vastaavaa palvelurakennetta. Varhainen puuttuminen on tärkeää etenkin toimintakyvyn vajausten ehkäisemisen kannalta. Kuntasuunnittelussa tulee huomioida ikääntyvien mahdollisuudet osallistua liikuntaan, opiskeluun, järjestötoimintaan ja kulttuuritapahtumiin, joiden avulla sosiaalinen kanssakäyminen lisääntyy ja yksinäisyys vähenee. Osallistumista rajoittaa usein huonot liikenneyhteydet. Erilaisilla palvelulinjoilla ja taksipalvelujärjestelyillä voidaan mahdollistaa ikääntyneiden osallistuminen. Ehkäisevät kotikäynnit ja vanhus-/seniori-/kuntoutusneuvolat tarjoavat keinoja varhaiseen puuttumiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 68–69.)

Uudessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään kunnan velvollisuudesta järjestää alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Neuvontaan sisältyy terveellisten elintapojen edistämiseen ja sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn tärkeä neuvonta, iäkkään terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki sekä sairaanhoitoa ja turvallista lääkehoitoa koskeva ohjaus (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013).

Ikääntyneiden hyvinvointiin liittyen Kirkkohallitus laati kirkon vanhustyön strategian vuonna 2005, jonka avulla luotiin perusteet, suuntaviivat ja tavoitteet kirkon vanhustyölle. Strategiassa tarkastellaan kirkon vanhustyön arvoja, perustehtävää ja määritellään kirkon vanhustyön visio vuoteen 2015. Strategian mukaan kirkon tulee toimia inhimillisen vanhuuden puolestapuhujana pitäen vanhuksen elämää arvokkaana ja kunnioitettavana. Strategian tärkeimpänä tavoitteena on taata vanhusten fyysinen, henkinen ja hengellinen hyvinvointi. (Kirkkohallitus 2005, 3-5.) Kirkkohallitus tutki strategian jalkautumista ja selvityksen tehnyt työryhmä ehdotti seurakunnissa tehtävän vanhustyön edelleen kehittämistä muun muassa suuntaamalla vanhustyöhön lisää resursseja, lisäämällä koulutusta ja tutkimustyötä, lisäämällä kirkon vanhustyön näkyvyyttä ja painoarvoa, lisäämällä vanhustyön suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä, kehittämällä vertaistuki-toimintaa sekä laatimalla kotikäyntityölle laatukriteerit. (Kirkkohallitus 2009 b, 10- 12.)

Jokaisella ihmisellä on iästä ja muista taustatekijöistä riippumaton oikeus syrjimättömyyteen, oikeudenmukaiseen ja tasapuoliseen kohteluun sekä hoivaan ja huolenpitoon. Ihmis- ja perusoikeudet taataan kansainvälisissä ja eurooppalaisissa sopimuksissa sekä Suomen perustuslaissa. Myös palvelujärjestelmän tulee taata kaikenikäisten oikeus saada kunnioittavaa kohtelua, päättää omista asioistaan, tulla kuulluksi, ymmärretyksi ja hyväksytyksi. Ikääntyvien kuuleminen ja osallisuus on taattava vanhenevia ihmisiä itseään ja koko yhteiskuntaa koskevassa päätöksenteossa. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia 2012, 60–61.) Yhteiskunnallisesti voidaan kuitenkin nähdä ikääntyvien joutuvan ikäsyrjinnän kohteeksi muun muassa saamalla vähemmän ja huonompia palveluja (Hopeapaperi 2008, 2). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on julkis-

tanut mielenterveyspalveluja koskevat ohjeet kunnille. Niiden toteutumisesta, keinojen löytymisestä ja niiden käytöstä on huolehdittava. Vastavuoroista vuorovaikutusta tulee lisätä kaikilla yksityisillä ja yhteiskunnallisilla foorumeilla yhteisyyden ja turvan luomiseksi. (Heikkinen 2003, 96.)

Ikääntyminen ei itsessään aiheuta mielenterveysongelmia (The Swedish national institute of public health 2006, 78; Tiilikainen & Heikkinen 2005, 526), mutta jotkut siihen liittyvät ilmiöt ovat haasteita positiiviselle mielenterveydelle (Euroopan Unioni 2005, 9). Tavallisimpia muutoksia, joita ikääntymisen myötä kohdataan, ovat eläkkeelle siirtyminen, asunnon tai paikkakunnan vaihdos, omaishoitajuus, leskeytyminen, mahdollinen tulojen aleneminen, krooniset sairaudet, toimintakyvyn aleneminen, autonomian menetys, omanarvontunnon heikkeneminen sekä sosiaalisten roolien ja harrastusten muutokset (Saarenheimo 2011; Koskinen 2004, 48).

Euroopan unionin ikääntyneiden terveyden edistämisen ohjelmassa mainitaan edellä mainittujen riskitekijöiden lisäksi ikääntymiseen liittyvät ennakkoluulot, ikäsyryntä, jolla koettiin olevan mielenterveyttä heikentävä vaikutus (The national institute of public health 2006, 77). Sosioekonomiset terveyserot, kulttuuriset erot, työurien erilaisuus, elämäntavat, sosiaaliset verkostot ja geneettiset erot vaikuttavat siihen, että vanhuusikään tultaessa sekä haavoittuvuus että vahvuudet vaihtelevat eri ihmisillä (Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia 2012, 48).

Mielen eheyden parhaita suojia iäkkäälle on perhe ja siltä saatu tuki. Ystävyys-suhteiden ylläpitäminen on myös tärkeää. Ikivihreät-tutkimuksissa todettiin, että laitoshoidossa uusia ystävyys-suhteita ei pääse syntymään ja aiempien ystävyys-suhteiden ylläpito on vaikeaa. (Heikkinen 2003, 94.) WHO:n julkaisussa (2002, 28) viitataan Sugiswawa ym. (1994) tutkimukseen, jonka mukaan Japannissa ikääntyneet, joilta puuttui sosiaaliset kontaktit kuolivat 1,5 kertaa todennäköisemmin seuraavan kolmen vuoden aikana verrattuna heihin, jotka saivat sosiaalista tukea. Euroopan unionin ikääntyneiden terveyden edistämisen ohjelmassa, Healthy Ageing, sekä Pettigrew & Robertsin tutkimuksessa mainitaan perheen ja ystävien lisäksi myös lemmikkieläinten korvaamaton merkitys sosi-

aalisen tuen antajina (The Swedish national institute of public health 2006, 78; Pettigrew & Roberts 2008, 305).

Heikkinen (2003) viittaa jyvaskyläläisen eläkeikäisen väestön terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia käsittelevään Ikivihreät-projektiin ja sen yhteydessä toteutettuihin seurantatutkimuksiin, joissa koottiin muun muassa iäkkäiden omia kuvauksia heidän kokemastaan alakuloisuudesta. Yksinäisyys koettiin merkittävänä alakuloisuuden aiheuttajana. Yksinäisyyden taustalta löytyivät omat sairaudet, omaisten sairaudet tai kuolema, taloudelliset ongelmat, toimintakyvyn ja erityisesti liikuntakyvyn rajoitteet sekä näön heikkeneminen. Näiden lisäksi yhteisöllisyyden, läsnäolon, lämmön ja turvallisuuden puute rasittivat mieltä. Seurantatutkimuksen loppupuolella lähestyvän kuoleman ajatukset olivat mielessä aiempaa useammin. (Heikkinen 2003, 92.)

Australialaistutkimuksessa lukemisen ja puutarhanhoidon koettiin lieventävän yksinäisyyden tunnetta. Puutarhanhoito tuki toimintakyvyn ylläpitoa, kognitiivisia taitoja sekä antoi kokemuksen kyvykkyydestä. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että ikääntyville tulisi mahdollistaa puutarhanhoidon harrastaminen myös senioriasunnoissa asuessaan. Kirjastoissa voisi olla eräänlaisia aamukahvi-tuokioita, jolloin ikääntyvät voisivat yhdistää rakkauden lukemiseen ja mahdollisuuden sosiaalisiin kontakteihin. (Pettigrew & Roberts 2008, 306–308.)

On tutkimuksia, joissa on tullut esille fyysisen aktiivisuuden myönteinen merkitys ikääntyvien mielialaan ja toimintakykyyn. Ei voida sanoa johtaako fyysinen aktiivisuus parempaan psyykkiseen hyvinvointiin ja mielialaan vai edesauttaako parempi terveydentila ja hyvinvointi fyysisesti aktiivisemmän ja toimintakykyisemmän elämäntavan. Fyysisesti aktiivinen elämäntapa mahdollistaa itsenäisen toimintakyvyn ylläpitämisen pidempään ja siten edistää elämänlaatua ja mielihyvän kokemusta. (Bäckmand 2006, 80–81.)

Vuoti (2011) katsoo tulevaisuuteen suurten ikäluokkien vanhenemisen mukanaan tuomien haasteiden kautta. Tutkimuksen mukaan aktiivinen itsestä huolenpito ja erilaisista verkostoista syntynyt yhteisöllisyyden merkitys näyttävät lisääntyvän ja tulevan merkityksellisiksi ikääntyessä. Tulevaisuuden ikäihmiset

näyttäisivät olevan motivoituneita ja kiinnostuneita oman fyysisen ja psyykkisen kunnon ylläpitämisestä ja kohentamisesta. Halukkuus auttaa ja tukea toinen toistaan sekä toimiminen aktiivisina kansalaisina näyttäytyi selkeänä. Elämönhallinnan kokemus tarkoitti tutkimukseen osallistujille kykyä pitää huolta itsestä ja läheisistä, itsenäistä pärjäämistä sekä itsemääräämisoikeutta. Sosiaalisiin verkostoihin liitettiin vastavuoroinen kanssakäyminen, osallisuus ja toimijuus. Luontoympäristö tuotti eksistentiaalista hyvinvointia sekä kokemusta toimijuudesta. (Vuoti 2011, 5, 167.)

2.3 Mielenterveyden edistämisen näkökulma diakoniatyössä ja diakonisessa hoitotyössä

Diakonia on kirkkolakiin perustuvaa toimintaa (KL 4 § 1). Jokaisessa seurakunnassa on kirkkojärjestyksen (KJ 6 § 9) mukaan oltava diakoniatyöntekijä. Diakonia on kristillisestä rakkaudesta nousevaa palvelutyötä, joka kohdistuu erityisesti sinne, missä hätä on suurin ja minne muu apu ei ulotu. Diakoniatyötä tekevät palkattuina diakonissat ja diakonit, joista käytetään yhteistä nimitystä diakoniatyöntekijä. (Jokela 2011, 24.)

Diakoniatyön ydinosamisalueeksi on määritelty hengellisen työn osaaminen, diakonisen asiakastyön osaaminen, organisaatio- ja kehittämisosaaminen sekä yhteisöllinen ja yhteiskunnallinen osaaminen. Diakoniatyöntekijän ydinosamukseen sisältyvät arvo-osaaminen, kyky olla läsnä ja kohdata sekä yksilöitä että ryhmiä ja yhteisöjä. Arvo-osaaminen perustuu kykyyn tunnistaa ja pohtia yksilöä ja yhteisöjä koskevia eettisiä kysymyksiä sekä haluun asettua lähimmäisen asemaan. Arvo-osaamista on seurakunnan ja koko kirkon tason arvojen tunteminen ja sitoutuminen niiden mukaiseen toimintaan. (Kirkkohallitus 2010, 8.)

Diakoniatyön tarkoituksena on asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja auttaminen. Sitä leimaa vuorovaikutuksellisuus, asiakaslähtöisyys, kristillinen arvoperusta ja luottamuksellisuus. Ammattikäytännöt rakentuvat moniulotteisista ja vaihtelevista asiakasprosesseista. Osaksi prosessit ovat monitoimijaisia ja

edellyttävät työnjaollisia ja verkostoituvia työotteita. Asiakassuhteet edellyttävät usein vaativaa, pitkäkestoista asiakkaiden moniulotteisten elämäntilanteiden hahmottamista ja yhteistyötä sekä asiakkaan että eri viranomaistahojen kanssa. (Jokela 2011; Rättyä 2009; Kinnunen 2009, 41–44.)

Diakoninen hoitotyö perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen ja sen arvoihin. Tämän arvosidonnaisen ja ammatillisen toiminnan tavoitteena on lähimmäisen kokonaisvaltainen palveleminen. Kokonaisvaltaista hoitotyötä kuvataan läsnäoloksi, joka ilmenee fyysisenä, henkisenä ja emotionaalisenä ja hengellisenä tukemisena. Se ilmenee myös ammatillisena toimintana ihmisen (yksilön, perheen tai ryhmän) kohtaamisena, tukemisena ja auttamisena. Diakonisessa hoitotyössä sovelletaan hoitotieteen ja teologian tietoa. (Kotialo 2006, 10–11; Myllylä 2004, 44, 61–64.) Opetusministeriön määrittelemien sairaanhoitajan osaamisvaatimusten mukaisesti diakonissan ammatillisiin valmiuksiin sisältyvät myös mielenterveyden edistämisen ja mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaaminen (Opetusministeriö 2006, 64–68).

Asiakkaan henkinen tukeminen sisältää henkistä auttamista, toivon välittämistä ja kanssa kulkemista. Toivon välittäminen on toivon näkökulman etsimistä yhdessä asiakkaan kanssa. Yhtenä asiakaslähtöisen kokonaisvaltaisen tuen osatekijänä asiakkaan oman motivaation merkitys tulee esille tulevaisuuteen rohkaisemisen muodossa. (Rättyä 2004, 53–54; Halonen & Paasivaara 2008, 267–277.) Emotionaalinen tuki on kokemusten jakamista, kasvun ja jaksamisen tukemista, kuuntelemista, keskustelemista, rohkaisemista, lohduttamista ja välittämistä. Kokemusten jakaminen merkitsee asiakkaan tunneskaalojen läpikäymistä, ihmisen kipujen tuntemista ja huolien kantamista. (Rättyä 2008, 54.) Diakonissat määrittelevät kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen ihmisen kohtaamisena psyykkisenä, hengellisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Taloudellisen tilanteen kartoittaminen on myös osa kokonaisvaltaista terveyden edistämistä. (Heikkilä 2011, 49.)

Diakoninen hoitotyö on ensisijaisesti toivon mahdollistamista, sielunhoidollista keskustelemista, yksinäisyyden lievittämistä, yksilön ja perheen voimavarojen vahvistamista ja moniammatillista yhteistyötä ja terveyteen ohjaamista (Kotialo

2002, 42). Diakonisen hoitotyön toteuttajana voi olla vain sairaanhoitaja–diakonissa (Gothóni & Jantunen 2010, 50). Sen tavoitteena on, että apua tarvitsevaa ihmistä autetaan niin, että hänen kokonaisvaltainen hyvinvointinsa paranee, elämä eheytyy ja hengellinen kasvu mahdollistuu ja kristillinen lähimmäisenrakkaus toteutuu. Seurakunnassa diakonissa tekee diakoniatyötä ja osa hänen tekemästään työstä toteutuu hoidollisena diakoniatyönä. (Kuikka & Karpinen 2010, 168.) Diakonisen hoitotyön tarve lisääntyy tulevaisuudessa, koska erityisesti vanhustenhuoltoon ja mielenterveysasiakkaiden auttamiseen tarvitaan seurakunnalta suurempaa työpanosta (Kinnunen, 2009 a, 253).

Diakonisen hoitotyön lähikäsitteinä kansainvälisissä tutkimuksissa ovat Parish nursing sekä Faith community nursing (FCN), joilla tarkoitetaan sairaanhoitajien tekemää terveydenedistämistä seurakunnissa. Työhön sisältyy ohjausta, neuvontaa ja koulutusta terveellisistä elintavoista, terveyteen liittyvistä ongelmista, hengellistä tukemista, surevien tukemista, vertaisryhmiä, vapaaehtoistyön koordinoitua, palveluohjausta ja perheiden tukemista. Parish nursing/ Faith community nursing korostaa yhteisöllisyyttä, hengellisyyttä ja kokonaisvaltaista hoitamista. (King & Pappas-Rogich 2011, 460; Solari-Twadell 2006, 17–18; van Dover & Pfeiffer 2007, 213–221; Brudenell 2003.) Seurakunnissa tapahtuva hoitotyö on onnistunut olemaan siltana hengellisen työn ja julkisen perusterveydenhuollon välillä (Rydholm ym. 2008, 26–27) sekä tarjoamaan terveydenhuoltoa niille väestöryhmille, jotka ovat olleet vaarassa jäädä vaille tarvittavaa apua ja tukea (Hughes, Trofino, O'Brien, Mack & Marrinan 2001, 46–57).

Diakonian toimintatilastoissa mielenterveystyötä ei tilastoida erikseen, vaan se sisältyy asiakastyöhön sekä työskentelyyn ryhmien kanssa ja on ikään kuin luetavissa rivien välistä. Vuonna 2011 asiakkaista oli perherakenteeltaan yksinäisiä 50,1 %, elämäntilanteeltaan eläkkeellä olevia 51,1 %. Diakoniatyöntekijöiden asiakastapaamiset ovat ikkuna suomalaiseen hätään. Vuonna 2011 kirkko antoi suoraa taloudellista apua 7,53 M€. Avustukset kohdentuivat pääasiassa yksin asuville, eläkeläisille ja yksinhuoltajaperheille. Avustusten lisäksi seurakunnat järjestivät 10461 edullista tai ilmaista ruokailua, joissa aterioitiin 668 685 kertaa. Lisäksi on jaettu lahjoituksina ja EU-avustuksena saatuja ruokatarvikkeita. Vuonna 2011 seurakunnissa oli 1495 eläkeläisten ryhmää ja niissä yhteensä

26045 osallistujaa. Ihmissuhde- ja mielenterveysryhmiä oli 547 ja osallistujia niissä oli 5219. Sururyhmiä oli 418 ja osallistujia niissä oli 2589 henkilöä. Diakoniatyössä järjestettiin retkiä ja leirejä 4446 kappaletta ja niihin osallistui 109 317 henkilöä. Diakoniatyön avointen ovien toimintaa ovat mm. erilaiset pistäytymispaikat, vapaaehtoistoiminnan välityspaikat ja mielenterveyskuntoutujien tapaamispaikat. Kävijämäärä tässä toiminnassa oli yhteensä 475 684 henkilöä. (Kirkon tilastollinen vuosikirja 2011, 96.)

Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön toimikunta perusti työryhmän selvittämään seurakunnissa tapahtuvaa terveydenedistämistä ja diakonista hoitotyötä vuonna 2007. Keskeisenä kysymyksenä oli, kuinka seurakuntadiakonian avulla voitaisiin lievittää sairaudesta aiheutuvaa hätää. Työryhmä esitti seuraavat toimenpite-ehdotukset: diakonisen hoitotyön kehittäminen seurakunnissa, yhteyksien vahvistaminen terveydenhuoltoon, diakonisen hoitotyön osaamisen vahvistaminen koulutuksen avulla, hoitotyön osaamisen arvostaminen kirkossa, järjestelmän luominen hoitotyön osaamisen päivittämiseen, lääkehoitosuunnitelman laatiminen seurakuntiin sekä diakoniatyöntekijän roolin selkeyttäminen sairaalasielunhoidossa. (Kirkkohallitus 2009 a, 3, 8, 29–33.)

Etenkin kaikkein huono-osaisimpien auttamisessa tarvitaan kokonaisvaltaista auttamista, etsivää työtettä, asiakkaan elämäntilanteeseen perehtymistä, jatkuvuutta, yhteistyötä viranomaisten ja kolmannen sektorin välillä, sekä luottamuksellisuutta autettavan ja auttajatahojen välillä. Terveysteen liittyvässä auttamisessa asiakasta on tuettava siten, että hän pääsee avun saamista ehkäisevien esteiden yli. Esteinä voivat olla rahan, tiedon tai itseluottamuksen puute, jaksamattomuus, kyvyttömyys tai taitamattomuus hakea apua. Diakoniatyöntekijän rooli on toimia asiakkaan rinnalla tukena, kumppanina, oppaana ja linkkinä varmistuen avun hankkimisen ja sen saamisen. (Kinnunen 2009 c, 167, 120–121.)

Diakoniatyön linkittäminen nykyistä selvemmin terveydenedistämistyöhön olisi tärkeää, koska terveydenhuollon palvelujen ennakoituaan tulevaisuudessa kasvavan. Kansallinen Terveys 2015- ohjelma sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) mahdollistavat yhteistyön tekemisen.

Perusterveydenhuollon puolella ei ole aina tietoa diakonisojen osaamisesta terveyden- ja sairaanhoidon kysymyksissä (Rättyä 2009, 138).

Diakoniatyössä käytännön tasolla vastuita ja rajoja on haettu ja haetaan edelleen uudenlaisten sosiaalisten ongelmien yhteydessä. Ilmapiiri yhteistyölle ei aina ole ollut suotuisa. Tänä päivänä näkyvä diakonian arvostus ei ole ollut kaikkina aikoina vallitseva asenne. Kristilliseltä arvopohjalta lähtevä auttamistyö on herättänyt epäluuloja ja pyrkimystä sysätä sitä sosiaalisen työn marginaaliin. Yhteiskunnan muuttuessa moniarvoisemmaksi arvostus on muuttunut. Palvelujärjestelmän monimuotoistuminen näkyy käytännössä, yhteistyö on muuttunut moniammatillisemmaksi. Diakoniatyölle se on sekä haaste että mahdollisuus. Diakoniatyön on pystyttävä huomioimaan toiminnassa monien ammattiryhmien edustus ja osaaminen sekä toimimaan osana laajempia kokonaisuuksia. (Sepänen, Malkavaara & Mustakallio, 2010, 161.)

Marjo Rundgren toteaa opinnäytetyössään, että perhediakonian tulevaisuuden haasteina nähdään perheiden elämäntilanteisiin liittyvät muutokset, työmuodon kehittäminen ja yhteistyön kehittäminen seurakunnissa ja muiden toimijoiden kanssa. Perhediakonia vaatii laajaa ammattiosaamista. (Rundgren, 2008, 57.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata diakonissojen kokemuksia mielenterveyden edistämisestä lapsiperheiden ja ikäänntyneiden parissa ja tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää mielenterveyden edistämistä diakonia-työssä.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä mielenterveyden edistämistä lapsiperheiden parissa?
2. Miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä mielenterveyden edistämistä ikäänntyneiden parissa?
3. Miten diakonissat kuvaavat mielenterveyden edistämisen valmiuksiaan?
4. Miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä paikallista yhteistyötä mielenterveyden edistämisessä?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

4.1 Laadullinen lähestymistapa

Tutkimuksen peruslähtökohtana on aina jokin tarkoitus tai tehtävä, joka ohjaa tutkimusstrategian valintoja (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137). Tämän opinnäytetyön lähestymistapa on kvalitatiivinen (qualitative research) eli laadullinen. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on kuvata ja ymmärtää tutkimuskohteena olevaa todellista elämää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 181) ja tarkastella tutkittavaa ilmiötä luonnollisessa yhteydessä (Kylmä & Juvakka 2007, 23; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 20). Tässä opinnäytetyössä oltiin kiinnostuneita diakonissojen mahdollisuudesta edistää mielenterveyttä ja tutkittiin diakonissojen roolia ja toimijuutta mielenterveyden edistäjinä. Opinnäytetyöntekijät eivät määritelleet etukäteen millaista mielenterveyden edistämistä diakonissat seurakunnissa tekevät, vaan mielenkiinnon kohteena oli todellisuus ja tutkittava ilmiö tutkimukseen osallistuvien näkökulman mukaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 23).

4.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen osallistujina, informantteina (Kylmä & Juvakka 2007, 58) oli 15 diakonissaa (N=15) kuudesta eri seurakunnasta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa ei säätele määrä vaan laatu, sillä tutkimuksella ei tavoitella yleistettävyyttä vaan ilmiön ymmärtämistä (Vilkkä 2005, 127).

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää useita eri aineistonkeruumenetelmiä. Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä oli haastattelu. Tutkimushaastattelun lajeja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 11–12; Hirsjärvi & Hurme 1995, 29). Tässä opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joiden varassa haastattelu ete-

nee. Teema-alueet ovat kaikille tutkimukseen osallistujille samat, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat, mutta se ei ole täysin vapaa kuten syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48.) Teemahaastattelu soveltui hyvin tähän tutkimukseen, sillä tutkittavaa ilmiötä on aiemmin vähän kartoitettu ja tutkittu (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205). Menetelmä antoi myös mahdollisuuden haastattelun edetessä pyytää perusteluja esitetyille mielipiteille sekä tarpeen mukaan esittää lisäkysymyksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205).

Teemahaastattelurunko (Liite 1) laadittiin siten, että teema-alueet johdateltiin tutkimustehtävistä. Näin käy ilmi millä teema-alueella haettiin vastausta mihinkin tutkimustehtävään. Opinnäytetyön prosessin edetessä tutkimussuunnitelman ensimmäinen, alkuaan kaksiosainen (miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä mielenterveyden edistämistä lapsiperheiden ja ikääntyneiden parissa), tutkimustehtävä täytyi jakaa kahdeksi eri tutkimustehtäväksi. Laadullisessa tutkimuksessa prosessin edetessä on mahdollista, että tutkimustehtävät tarkentuvat (Kylmä 2008, 111; Hirsjärvi ym. 2004, 152,155; Eskola & Suoranta 2003, 15) tai voi myös syntyä uusia tutkimustehtäviä. Kylmän (2008) mukaan opinnäytetyöntekijöiden on joustavasti mahdollista muuttaa tutkimustehtäviä, mikäli alustavat tutkimustehtävät eivät asetu mielekkäästi tutkimusasetelmaan ja jottei tutkimukseen osallistuvien näkökulman esilletulo vaarannu tutkimuksessa (Kylmä 2008, 111). Tässä opinnäytetyössä tulosten selkeä raportointi olisi ollut hankalaa ilman tutkimustehtävän jakamista kahdeksi erilliseksi tutkimuskysymykseksi.

Ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen haimme vastausta teema-alueella numero kaksi. Kolmanteen tutkimuskysymykseen haimme vastausta teema-alueella numero kolme ja saimme aineistoa tähän myös teema-alue numero kahden vastauksista. Neljänteen tutkimuskysymykseen haimme vastausta teema-alueella numero neljä. Teemahaastattelun ensimmäisen teema-alueen muodostivat taustakysymykset. (Liite 1, sivulla 120.)

Teemahaastattelurunkoa esiteltiin ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittavien opiskelutovereiden avulla, käymällä heidän kanssaan läpi suunnitellut teema-alueet luokkatilanteessa keväällä 2012. Joitakin teema-alueita hieman

hiottiin, mutta teemahaastattelurunkoon ei havaittu tarvetta tehdä muutoksia. Esitestauksessa tuli ilmi, että teemahaastattelut tulevat viemään runsaasti aikaa ja että opinnäytetyöntekijöiden tulee hallita teema-alueet hyvin, jotta joustavuus haastatteluhetkellä mahdollistuu. Haastattelun tulisikin muistuttaa enemmän keskustelua kuin tiukasti laadittua kyselyä, vaikka haastattelijan tehtävä on ohjata tilannetta tekemillään kysymyksillä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 103).

Tässä opinnäytetyössä haastatellut 15 diakonissaa työskentelivät kuudella eri paikkakunnalla eri puolella Suomea: Oulun Karjasillan, Perhon, Iisalmen, Seinäjoen, Keski-Porin ja Espoonlahden seurakunnissa. Diakonissojen ikäjakauma oli 37–62 vuotta. Suurin osa, kahdeksan vastaajista, olivat iältään 40–49 vuotta. Seuraavaksi suurin ryhmä oli 50–59-vuotiaat, joita vastaajista oli viisi. Ikäluokkiin 30–40-vuotiaat vastaajista kuului vain yksi.

Haastatellut olivat valmistuneet diakonissoiksi vuosien 1976 ja 2009 välillä ja neljällä heistä oli ammattikorkeakoulututkinto. Osallistujat olivat työskennelleet seurakunnassa diakonissana yhdestä vuodesta 25 vuoteen. Vastaajista neljä oli ollut diakonissana vuodesta kymmeneen vuotta. Yhdeksän vastaajista oli työskennellyt 11 vuodesta 20 vuoteen. Kaksi vastaajista oli työskennellyt diakonissana yli 20 vuotta. Haastateltavista kahdella työn painopistealueena oli mielen-terveystyö. Vanhustyö painopistealueena oli neljällä haastateltavista ja kahdella painopistealueena oli perhetyö. Vastaajista neljä oli työskennellyt myös sairaanhoitajana. Työskentelyajat sairaanhoitajan tehtävissä vaihtelivat vuodesta 22 vuoteen. Tämän opinnäytetyön kannalta merkittävää oli, että kolme haastateltavista oli erikoistunut psykiatriseen sairaanhoitoon ja yhdellä oli musiikkiterapeutin koulutus.

Tutkimukseen osallistujia lähestyttiin ensin ottamalla yhteyttä sähköpostitse heidän (lähi)esimiehiinsä ja johtaviin diakoniatyöntekijöihin, minkä jälkeen haastatteluajat sovittiin jokaisen osallistujan kanssa henkilökohtaisesti puhelimitse. Haastattelut suoritettiin kesällä 2012. Haastatteluista yksitoista toteutettiin puhe- linhaastatteluina ja neljä kasvokkain tapahtuvina haastatteluina. Tämän menetelyn perusteena oli haastattelijoiden ja haastateltavien maantieteelliset välimatkat. Haastattelut kestivät keskimäärin 1-1,5 tuntia. Haastattelujen tallentamises-

sa käytettiin opinnäytetyön tekijöiden puhelimia ja Diakilta lainattavia sanelulaitteita, joista haastattelut voitiin siirtää opinnäytetyön tekijöiden tietokoneiden tiedostoihin sekä USB-muistiin, muistitikulle, ja poistaa tiedostot Diakin sanelulaitteilta. Näin saatu aineistomateriaali säilyi vain opinnäytetyöntekijöiden hallussa ja haastattelumateriaali tullaan poistamaan opinnäytetyön tekijöiden tiedostoista kokonaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, keväällä 2013.

4.3 Aineiston analyysi

Tämän opinnäytetyön analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysissa konkreettisesta, haastattelusta saadusta aineistosta, siirrytään kuvaamaan aineistoa käsitteellisesti. Lähtökohtana on aineisto ja lopputuloksena on kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 8, 29.) Laadullisen aineiston analyysillä hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan selkeää, mielekästä ja tiivistettyä uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Eskola & Suoranta 2003,137), niinpä opinnäytetyöntekijöiltä vaadittiin kykyä abstraktiin, käsitteelliseen ajatteluun, luovuutta sekä kykyä huomioida useita eri näkökulmia (Nieminen 1997,219). Sisällönanalyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla kerätty tietoaineisto pyritään tiivistämään siten, että tutkittavana oleva ilmiö voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–23).

Vilkan (2005, 115) mukaan kerätty tutkimusaineisto tulee muuttaa sellaiseen muotoon, jossa sitä voidaan tutkia. Tässä opinnäytetyössä tämä tarkoitti teemahaastatteluaineiston nauhoitusten muuttamista tekstimuotoon, jota kutsutaan myös litteroinniksi. Opinnäytetyöntekijät miettivät ennakkoon myös mahdollisuutta käyttää jonkun ulkopuolisen konekirjoittajan apua ja tästä syystä haastattelujen aikana ei mainittu haastateltavien nimiä eikä työskentelypaikkakuntia luottamuksellisuuden säilymiseksi. Ulkopuolisen avun käyttämisestä kuitenkin luovuttiin ja opinnäytetyöntekijät litteroivat aineiston itse kesä- ja heinäkuussa 2012.

Haastattelumateriaalin litteroiminen oli työlästä ja vei odotettua runsaammin aikaa. Haasteita asetti muun muassa haastateltavien eri murteet ja siitä johtuva haaste oikeinkirjoituksessa. Aineistoa saatiin runsaasti. Aukikirjoitettua tekstiä kertyi yhteensä 254 sivua, kirjasinkoon ollessa 12 ja rivinväli 1,5. Aineistoa ensin haastattelun aikana kuunnelllessaan ja sitten litteroidessaan, opinnäytetyöntekijät olivat jatkuvassa vuorovaikutuksessa tutkimusaineiston kanssa. Aineiston runsaudesta johtuen se tuntui pitkän aikaa hajanaiselta ja vaati useita lukemiskertoja, ennen kuin aineisto alkoi puhua opinnäytetyöntekijöille ”omaa kieltään”.

Prosessina aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee pääperiaatteiltaan seuraavasti: aineistoon tutustuminen ja yleiskuvan hahmottaminen aineistosta, analyysiyksikön valinta (sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä), aineiston pelkistäminen/tiivistäminen, aineiston luokittelu/ryhmittely ja abstrahointi/tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 115–119; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–25.)

Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valittiin lausuma. Aineistolle esitettiin tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä ja niihin saadut vastaukset alleviivattiin. Löydetyt vastaukset kirjattiin aineiston termein eli pelkistettiin. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin, etsien ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaksi luokaksi, joka nimettiin sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaavaksi alaluokaksi. Seuraavaksi aineisto abstrahoitettiin ja samansisältöiset luokat yhdistettiin yläluokiksi ja lopulta pääluokiksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–29.)

Luokkien muodostaminen oli aikaa vievää ja hyvin vaativaa, johtuen suurelta osin laajasta aineistosta. Tuomi & Sarajärven mukaan luokkien (kategorioiden) muodostaminen on kriittinen vaihe analyysissä. Perustuen aineiston tulkintaan, opinnäytetyöntekijät päättävät millä perusteella eri ilmaisut kuuluvat samaan tai eri luokkaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.) Opinnäytetyöntekijät joutuivat tekemään useita eri luokitteluja ennen kuin aineistosta saatiin esille juuri sen tuottama, ainutlaatuinen tulos näkyviin. Aineiston analyysin etenemistä on muutamien esimerkein kuvattu kuviossa 1, sivulla 34.

Pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla aineistosta rakentui vähitellen synteesi. Kylmä & Juvakan (2007, 26–28, 112–113) mukaan kaikkea tietoa ei tarvitse analysoida, vaan vastauksia haetaan nimenomaan tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin, jolloin lopulta aineisto kertoo oman tarinansa tutkitavasta ilmiöstä siihen osallistuneiden ihmisten näkökulmasta.

| Alkuperäinen ilmaisu | Pelkistetty ilmaisu | Alaluokka | Yläluokka | Pääluokka |
|--|--|---|---|--|
| <p>Merkittävä sitte omassa työkuvassa se kotikäyntiö. Eli siinä se kahdenkeskinen kohtaaminen. Ja siinä se kuunteleminen. Ja se läsnäolo.</p> <p>Että ihmiselle tulee semmonen tunne, että kuuntelen ja kohtaan mitä hänellä on sanottavaa ja miten hän niinku omaa elämänsä sanottaa.</p> <p>Tai mikä on minusta aika merkittävää vanhusten kohalla, koti alkaa näyttää likasemmalta, tukka alkaa näyttää epäsiistiltä, vaatteissa on paljon ruokatahroja ja semmoiset varsinki jos useamman kerran käyny tai vanhuksen tuntee pitemmältä ajalta, niin minusta ne on niinku selkeitä muutoksia, että nyt vanhus ei osaa huolehtia itestä.</p> <p>Tärkeintä on, suurin tai tosi merkittävä on just tää, että kokee että hän on arvokas ja häntä kunnioitetaan, arvostetaan ihmisenä.</p> <p>Ikääntyneissä nousee nimenomaan tuo yksinäisyys, joka nousee ylitse muiden, joka koettelee mielenterveyttä.</p> <p>...että ihminen niinkun ite ymmärtää, että niin hyvä uni, hyvä ruoka, itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja ihmisten kans yhdessä oleminen ja kokoon tuleminen, niin ne niinku edesauttaa sitä mielenterveyttä ja siltä osin terveyttä ja hyvää oloa.</p> | <p>Kotikäynneillä yksilöllinen kohtaaminen ja läsnäolo</p> <p>Ikääntyneen elämäntarinan kuunteleminen</p> <p>Kotona selviytymisen ja toimintakyvyn huomioiminen</p> <p>Ikääntyneen arvostaminen ja kunnioittaminen</p> <p>Yksinäisyyden huomioiminen</p> <p>Ohjausta ja neuvontaa arjen sujumiseen, ravitsemukseen, lepoon, liikuntaan ja sosiaalisiin suhteisiin liittyen</p> | <p>Yksilöllisen elämäntilanteen huomioiminen</p> <p>Ikääntyneen arvostava kohtaaminen</p> <p>Elämäntilanteeseen liittyvien riskitekijöiden tunnistaminen</p> <p>Ohjaus ja neuvonta mielenterveyttä edistäviin valintoihin</p> | <p>Itsenäisen selviytymisen tukeminen</p> | <p>Mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen</p> |

KUVIO 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

5 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN DIAKONISSOJEN KUVAAMANA

Seuraavaksi esitellään opinnäytetyön tuloksia diakonissojen kokemuksista mielenterveyden edistämisestä lapsiperheiden ja ikääntyneiden parissa, diakonissojen kokemuksia mielenterveyden edistämisen valmiuksistaan sekä diakonissojen kokemuksia paikallisesta yhteistyöstä mielenterveyden edistämisessä.

5.1 Lapsiperheiden arjen hallinnassa ohjaaminen

Tämän opinnäytetyön ensimmäinen tutkimuskysymys oli miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä mielenterveyden edistämistä lapsiperheiden parissa. Mielenterveyden edistäminen lapsiperheiden parissa työskenneltäessä kuvattiin perheiden arjen hallinnassa ohjaamisena. Arjen hallintaan sisältyivät lapsiperheiden taloudellisen hyvinvoinnin tukeminen, vanhemmuuden ja parisuhteen vahvistaminen ja oikea-aikaisen tuen tarjoaminen (Kuvio 2, sivulla 45).

5.1.1 Lapsiperheiden taloudellisen hyvinvoinnin tukeminen

Diakoniatyössä lapsiperheiden taloudellista hyvinvointia tuettiin monin erilaisin keinoin. Yksi haastateltava kuvasi mielenterveyden edistämistä diakoniatyössä lapsiperheiden parissa työskenneltäessä punaisena lankana, joka oli koko ajan mukana, vaikka sitä ei ollut työssä aikaisemmin tullut ajateltua. Perheitä kohdatiin perheiden pyynnöstä tai joku yhteistyötaho pyysi olemaan perheeseen yhteydessä. Yksi haastateltavista kertoi, että kun asiakas tuli pyytämään apua omiin asioihinsa, asiat olivat aika kokonaisvaltaisia. Useimmiten yhteydenoton syyt liittyivät taloudelliseen tilanteeseen ja ihmissuhteisiin.

Vastaanotolla keskustelu aloitettiin usein taloudellisista asioista. Useamman tapaamiskerran jälkeen luottamus asiakkaan ja työntekijän välillä kasvoi ja asiakkaat uskalsivat kertoa henkilökohtaisemmistakin asioista. Haastateltavat kertoivat, että perheessä voivat taloudellisten huolien kasvaessa lisääntyä tai ilme-

tä myös parisuhdeongelmia tai jaksamattomuutta hoitaa asioita. Yhdessä asiakkaan kanssa lähdettiin miettimään perheen arkea.

Lapsiperheitä ohjattiin mieltien yhdessä ratkaisuja siihen, kuinka talous saadaan hallintaan. Vastaanotolla tavattiin yksi perheen jäsen tai lasten ollessa mukana, tuli koko perhe kohdatuksi. Asiakkaat ottivat itse yhteyttä diakonissaan tai tulivat vastaanotolle perhetyöntekijän, hanketyöntekijän tai sosiaalityöntekijän ohjaamina. Mielenterveyden edistäminen lapsiperheissä oli suurelta osalta taloudellista avustamista. Diakonissat kokivat taloudellisen avustamisen työsään raskaaksi.

Mielenterveyden edistämiseen liittyy ihan valtavan paljon taloudellisten asioiden selvittelyä ja sitä taloudellisen avun antamista. Aktiivinen puoli sitä edistämistä, sitä paremman elämän ja paremman maailman rakentamista on se taloudellisten asioiden selvittely ja sitä taloudellisen avun antamista niin kauan, että sitä jostakin muualta saisi tai joku asia pääsisi vähän paremmin toteutumaan. Ja sitä neuvomista ja turhautumisen kuuntelemista ja oikeastaan, sellaisena niin kuin rosкасankkona olemista. Että sitä kaikkea ikävää ja kurjaa ja pahaa, mitä ei voi jostakin muuhun osoitteeseen kunnolla edes, tai sitä ei kannattaisi niin kuin kaa-takaan, niin sen vastaanottajana. Sekin on tärkeää, sekin on mielenterveyden edistämistä, että joku ottaa sitä vastaan. (H8)

Haastateltavien mukaan asiakkaiden pitkään jatkunut työttömyys, toimeentulotuella pärjääminen ja vuosikymmenien velkataakka kiristi taloutta. Arjessa selviytymisestä keskusteltiin ja mietittiin yhdessä ratkaisuja. Haastateltavat totesivat, että se oli samalla sitä mielenterveyden edistämistä.

...nyt kun tämä taloustilanne on tällainen, on tullut paljon näitä lomautuksia...tätä työttömyyttä perheissä, toinen vaikka lomautetaan ja se aiheuttaa talousongelmat, alkoholi-ongelmia, velkaantumista. Helposti mielenterveysongelmat tulevat mukaan...minun mielestä lisääntyneet nuorissa perheissä ja työikäisissä perheissä...(H5)

Joissakin seurakunnissa toimi budjetoitu ruokapankkitoiminta. Ruokapankkitoiminnan kautta perheet tulivat diakonissan vastaanotolle ja keskustelujen perusteella arvioitiin taloudellisen tuen tarve ja tehtiin päätös mahdollisesta ruoka-

avustuksen myöntämisestä. Keskustelujen yhteydessä tuli ilmi perheen tilannetta kuormittavia asioita ja keskusteluja jopa lasten huostaanotoista. Yksi haastateltava kertoi, että vaikka hän työskenteli varakkaalla alueella, niin alueella oli hyvin paljon lapsiperheitä, jotka tarvitsivat taloudellista apua ruokaan. Ruokavun yhteydessä annettiin ruuanlaitto- ja leivontaohjeita.

Yksi kauppa lahjoittaa meille parasta ennen ja viimeinen käyttöpäivä tuotteita, mitä me sitten voidaan jakaa. Kyllähän siinä sitten ihan ruokaohjeita mietitään joskus äitien kanssa...otat lapset mukaan ja yhdessä leivotte ja kokeilkaapa, tässä on nyt vähän erikoisempaa...jos vaikka tekisitte juustopiirakkaa. (H1)

Eräs haastateltava kuvasi viime aikoina pintaan noussutta, kipeää ongelmaa, lasten harrastusten korkeita kustannuksia. Lasten pitäisi saada harrastaa, mutta pienipalkkaisessa työssä olevien vanhempien lapset jäivät harrastusmahdollisuuksien ulottumattomiin. Vanhemmat kipuivat, kun lapselle piti kertoa, että hänen täytyi jättää rakas harrastus, koska siihen ei ollut varaa. Haastateltavan kertoman mukaan harrastuksen jatkamiseen painetta lisäsi valmentajien taholta lapselle tulleet kommentit, kuinka taitava ja hyvä lapsi oli omassa lajissaan. Yksi haastateltava kertoi, että kahden edellisen viime vuoden Yhteisvastuukeräysvaroilla tuettiin ja mahdollistettiin syrjäytymisvaarassa olevien lasten harrastusmaksuja. Avustushakemuksia tehtiin joko omaan seurakuntaan tai harvemmin hiippakuntaan ja Kirkon diakoniarahastoon tai Tukikummit-säätiölle.

Haastateltavat totesivat, että tavallisten lapsiperheiden elämä oli taloudellisesti vaikeaa. Taloudellisia haasteita tuoviksi mainittiin korkeat asumiskustannukset sekä sähkön ja ruuan hinnan nousut. Neljä vuodenaikaa asettivat omat vaatimuksensa vaatehankinnoille. Erityisesti taloudellisia haasteita esiintyi silloin, kun oli kyse yksinhuoltajaperheestä. Eräs haastatelluista totesi, että yksinhuoltajuus oli yleistä ja yksinhuoltajuus oli riski lapsille. Vaikka perhe olisi elänyt keskiluokkaisessa perheessä, eron jälkeen perhe putosi väkisin riskiluokkaan. Haastateltavat kertoivat, että erityisesti yksinhuoltajaäitien kanssa keskusteltiin perheen jaksamisesta. Keskustelussa kartoitettiin perheen arjen sujumista ja jaksamista lapsen kanssa.

Taloudelliseen ahdinkoon liittyvät syyt tuovat vastaanotolle ja keskusteluissa tulee ilmi perheen koko tilanne...riitaisassa erossa kostaminen on niin yleistä ja välineenä kostamisessa on raha. Ja joskushan se on sitä parisuhteen asioista puhumista tai sitä...riikinäisen vanhemmuuden, niin kuin erotilanteiden tai siihen mahdolliseen eroon, mahdollista eroa ennen niin sen purkamista ja vastaanottamista... Erotilanteissa kostaminen yleistä ja raha usein koston välineenä. (H8)

Haastateltavat kertoivat asiakkaidensa taloudellisen ahdingon aiheuttaman ahdistuksen vastaanottamisesta. Henkisen tuen antaminen koettiin tärkeäksi taloudellisissa vaikeuksissa. Haastateltavat kertoivat lähtevänsä tarvittaessa asiakkaan mukaan sosiaalitoimistoon tai ottivat yhteyttä sosiaalityöntekijään varmistukseksi asiakkaalle kuuluvan taloudellisen etuuden. Asiakkaan voimavarojen ollessa vähäiset, häntä autettiin toimeentulotukihakemuksen tekemisessä.

...olen myös monesti lähtenyt asiakkaan mukaan, kun he eivät pysty välttämättä niin monisanaisesti kertomaan tilannettaan, että he sanovat siitä jotakin ja moni tulee tyhjin käsin pois. Esimerkiksi sosiaalitoimen toimeentulotukipuolelta, että he ei ole saaneet juuri mitään, että se kokonaisuus ei ole auennut siellä. (H7)

5.1.2 Vanhemmuuden ja parisuhteen vahvistaminen

Vanhemmuutta ja parisuhdetta vahvistettiin tukemalla vauvaperheitä ja parisuhdetta sekä tukemalla vanhempia kasvatusvastuussa ja tarjoamalla sosiaalista tukea ryhmätoiminnassa.

Usea haastateltava kertoi, että perheen kanssa yhdessä mietittiin ja etsittiin perheen voimavaroja uudessa tilanteessa vauvan synnyttyä. Keskusteluissa käsiteltiin yleensä perheen jaksamista ja arkea. Joukossa oli joitakin perheitä, joilla oli haasteita perheen elämässä, sairauksia tai työttömyyttä. Haastateltavat kuvasivat, että vanhempien kanssa työskennellessä työhön liittyi paljon ohjausta ja neuvontaa. Yksi haastateltava kertoi, kuinka hän ohjasi työssään nuoria äitejä vuorokausirytmien säilyttämisessä ja lasten hoidossa.

Minulle tuli maahanmuuttaja ex-anoppinsa kanssa vastaanotolle mukana vuoden ikäinen vauva...kun niitä asioita keskusteltiin ja selvitettiin, niin tuli ilmi, että vuo-

rokausirytmä on äidillä ja lapsella sekaisin, lapsi valvoo ja herättää äidin tunnin, puolentoista välein...Ajattelin, että ihan mielenterveyden edistämistä, kun keskusteltiin, että pitää syödä hyvin ja nukkua hyvin ja lapsellekin pitäisi saada jonkinlaisia rytmiä siihen vuorokauteen. Lapsi tarvitsee välillä olla lattiallakin ja konttailla, eikä tarvitse koko ajan sylissä pitää. (H1)

Kolme haastateltavaa kertoi olleensa mukana perhevalmennuksen toteuttamisessa. Vanhempia kannustettiin osallistumaan perhevalmennukseen. Perhevalmennus toteutettiin yhdessä lastenneuvolan terveydenhoitajien kanssa. Perhevalmennuksessa oli aiheina vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyviä teemoja. Seurakunnan perheneuvoja oli pitänyt parisuhdeluentoja, joko seurakunnan järjestämänä tai yhteistyössä neuvolan terveydenhoitajan kanssa. Yksi haastateltava kertoi, että kun hän piti neuvolassa perhevalmennusta, hän kutsui siellä perheitä perhekerhoon. Haastateltavan mukaan kutsu madalsi kynnystä tulla perhekerhoon. Vanhempia kannustettiin ottamaan yhteyttä diakonissaan, mikäli oli tarvetta keskustella tai oli huolia.

Yksi haastateltava kuvasi, että hänen työnsä vastuualueena oli ennaltaehkäisevää parisuhdetyötä ja diakonisessa perhetyössä enemmän korjaavaa parisuhdetyötä. Ennaltaehkäisevä työ sisälsi parisuhde-, perheleirien pitämisen ja parisuhdekurssien ja parisuhdeiltojen järjestämisen.

Yksi haastateltava mainitsi, että seurakunnassa oli järjestetty Toimiva perhekurssi muutamana vuotena. Kurssin ajaksi lastenhoito oli järjestetty ja näin oli ollut mahdollista tulla myös lasten kanssa. Nuorten keskuksen materiaalin mukaan oli järjestetty vanhempainryhmä, joka oli kokoontunut seitsemän kertaa. Myös tämän kurssin ajaksi oli ollut mahdollista saada lastenhoito järjestettyä joko opiskelijoiden tai lastenohjaajien avulla. Materiaalin pohjalta jokaiselle kokoontumiskerralle oli mietitty ohjelmarunko. Aiheina keskusteluille olivat oma perhe, lapsuuden perhe, lasten harrastukset, kasvatukseen liittyvät asiat, omat harrastukset ja jaksaminen.

Haastateltavat kertoivat havainneensa, että vanhemmilla ei riittänyt pitkäjänteisyyttä seitsemään kokoontumiskertaan ja kurssin sisältöä oli jouduttu tiivistä-

mään neljään kokoontumiskertaan. Haastateltava kertoi huomionsa, että nykyisin lapsiperheen vanhemmilla kyky pitkäjänteiseen sitoutumiseen kursseista puhuttaessa oli viime vuosina vähentynyt. Konkreettisesti se näkyi kursseille ilmoittautumisten yhteydessä, seitsemän kertaa kokoontuvalle kurssille ei tullut enää yhtään ilmoittautumista, mutta jos kokoontumiskertoja oli neljä tai viisi, silloin tuli useampia ilmoittautumisia.

Kaksi haastateltavaa kertoi, että seurakunnan järjestämällä kursseilla oli ollut myös vierailijoita ja asiantuntijoita, kuten esimerkiksi perheneuvoja perheasiain neuvottelukeskuksesta. Mielenterveyden edistämisen näkökulmasta perheiltä oli tullut myönteistä palautetta siitä, että kursseilla käsiteltiin parisuhteeseen liittyviä asioita ja pohdittiin miten perheet pysyisivät koossa. Toinen tärkeä aihe oli ollut lasten kasvatukseen liittyvät kysymykset, miten asettaa rajoja ja ”miten pinna kestää”.

Yhdellä diakonissalla työnkuvaan kuului perhetyön kerhoista vastaaminen. Yksi haastateltava kertoi pitäneensä perhekerhoa yhdessä lastenohjaajan kanssa. Perhekerhoihin osallistui paljon vauvaperheitä. Perhekerhoissa tavattiin äitejä ja isiä lasten kanssa ja isovanhempia lastenlasten kanssa. Perhekerhot ajateltiin vertaistukiryhmiksi, joissa samassa elämäntilanteessa olevat perheet keskustelivat ja saivat tukea toisiltaan. Perhekerhoissa tuli keskusteluja aikuisten kanssa kasvatukseen, jaksamiseen ja parisuhteeseen liittyen. Perhekerhoissa voitiin tukea jaksamista. Erään haastateltavan kokemuksen mukaan perhekerhotyössä tuli esille vanhempien vaikeus asettaa lapsille rajoja. Rakastaminen oli helpompaa, mutta turvallisten rajojen asettaminen koettiin haasteeksi.

Kutsu madaltaa kynnystä tulla perhekerhoon. Perhekerho on täällä niin kuin henkireikä. Eliikkä he sanovat, että kamala, kun ei nyt syyslomaviikolla ollutkaan kerhoa, tuntu aika niin pitkältä. (H4)

Perheleireillä voitiin keskustella syvemmin edellä mainittuihin aiheisiin liittyvistä kysymyksistä. Joitakin tempauksia järjestettiin vuosittain lapsityön kanssa yhteistyössä. Vanhempainryhmät ja keskusteluryhmät pienten lasten vanhemmille

kokoontuivat kerran vuodessa. Kokoonnuttiin muutama kerta ja jokaisella koontumiskerralla johonkin teemaan paneuduttiin paremmin ja syvällisemmin.

Haastateltavat kuvasivat järjestävänsä erilaisia teemailtoja ja tapahtumia. Yksi haastatelluista kertoi, että naisille järjestettiin vuosittain naisteniltoja. Kaksi vastaajaa mainitsi äitien kokeman yksinäisyyden ja jaksamiskysymykset vastauksissaan. Kehitysvammaisten lasten perheille oli järjestetty virkistyspäiviä, joissa oli myös nuoria perheitä mukana ja heidän kehitysvammaisia lapsiaan. Haastateltava kertoi, että lastensuojelun kanssa oli yritetty yhteistyössä järjestää arjen tukiryhmiä perheille, mutta lastensuojelun työntekijöitä ei ollut saatu sitoutettua toimintaan. Joskus pienten lasten vanhemmille oli pidetty keskusteluryhmää, mikä oli arjessa jaksamisen tukemista. Yksinhooltajille järjestettiin iltoja. Haastateltava totesi, että leiritoiminta edisti mielenterveyttä hetkellisesti, mutta leireiltä tuli asiakkuuteen perheitä, joiden kanssa työ jatkui.

Eräs haastateltava kertoi alueellaan olevan paljon muuttoliikettä. Alueelle muutettiin ja asuttiin vähän aikaa ja muutettiin taas toisaalle. Maahanmuuttajaperheet kokivat juurettomuutta ja irrallisuutta, koska suku oli kaukana. Perhekerhon kuvattiin mahdollistavan tutustumisen toisiin perheisiin ja kiinnittymisen asuinalueeseen. Perheleireillä käytiin syvempiä keskusteluja.

5.1.3 Oikea-aikaisen tuen tarjoaminen

Oikea-aikaisen tuen tarjoaminen pitää sisällään lapsiperheiden arjen kartoittamisen ja ohjaamisen, avuntarpeen tunnistamisen ja elämän kriiseissä tukemisen.

Haastateltavat pohtivat mielenterveyden edistämisen keinoja tilanteissa, joissa heihin otettiin yhteyttä. Yhdessä asiakkaan kanssa mietittiin mitä arjen hallinnan vahvistamiseksi voitiin tehdä. Taloudellisen avustamisen yhteydessä keskusteltiin miten perhe jaksoi, miten jaksettiin lapsen kanssa ja miten arki sujui.

Eräs haastateltava kuvasi, että äideillä oli joskus arkuutta kertoa neuvolakäyntien yhteydessä jaksamattomuuteen liittyvistä huolistaan. Diakonissan syventyessä kartoittamaan perheen kokonaistilannetta, saattoi ulkonaisesti hyvin pärjäävän äidin todellinen jaksaminen paljastua lähellä uupumusta olevaksi.

Joskushan on näitä äitejä, jotka tulee tänne niin tiptop... Monesti edes neuvola-henkilökunta ei huomaa, vaikka ne menee kotikäynnille. Kun ei uskalleta sanoa, että nyt menee huonosti, niin että pitää olla aika tarkkana siinä. Mutta se voi tulla vaikka yhdellä kysymyksellä. Sitte se tulee se itku sieltä. Niin tekee muutaman tarkentavan kysymyksen, niin siinä se vastaus, ettei kaikki olekaan ihan hienosti. Mutta ihmisillä, naisilla varsinkin, on niin arkuutta siinä paljastaa sitä, kun ne pelkää sitä lastensuojelua ja kaikkea... (H2)

Yksi vastaaja kertoi, että aina kun asiakas tuli vastaanotolle ja hän kuuli, että perheessä oli lapsia, niin hän pyrki kartoittamaan perheen kokonaistilannetta. Perheen äidin ahdistuksen, pelokkuuden, selviytymättömyyden ja toivottomuuden taustalla saattoi olla toimimaton parisuhde, joka oli mahdollinen uhka perheen äidille tai lapsille. Silloin perhe ohjattiin lastensuojelun puolelle, tai taloudellisessa ahdingossa ohjattiin sosiaalitoimen puolelle.

Diakonissat näkivät asiakkaan kannattelun ja tukemisen tärkeänä. Luottamuksellisen asiakaskontaktin syntyessä hiljalleen, avuntarve ja perheen kokonaistilanne oli turvallisempaa ilmaista ja yhdessä mieltä erilaisia auttajatahoja. Liialla kiireellä toimien asiakas ei ehtinyt työstää ajatusta avuntarpeestaan ja mahdollisuudestaan saada apua ja tukea eri auttajatahoilta.

Että jos on jo sellainen tilanne, että on pyydetty kotikäynnille, ja taustalla olisi ajatusta, että tässä olisi mielenterveyspuolen asioissa tarvetta, niin siinä menee niinkuin lähemmäs sitä yksilöä ja sen perhettä ja siihen voi antaa aikaa ja kuunnella ja taas sitä rohkaisua, tukea ohjausta ja neuvontaa. Jos tuntuu, että tämä perhe ei selviä omillaan, niin ohjaan vähän eteenpäin, mutta haluan pitää ensin perhettä lähellä, en heti luovuta muualle, koska ei ole varmuutta hakeutuuko he edes muualle, vai onko se vain minuun se kontaktin otto. (H 7)

Haastateltavien kokemusten mukaan diakoniatyössä kokonaisvaltainen kohtaaminen oli tärkeää ja että kohtaamistilanteissa oli valmius kuulla kaikki mitä

ihminen uskalsi tuoda esiin. Auttaminen kuvattiin yhteisen matkan kulkemisena niin vaikeuksissa kuin hyvissä asioissa. Asiakassuhdetta kuvattiin kantavan pohjan rakentamisena. Yksi haastateltava kertoi ohjanneensa äitejä psykiatrian poliklinikalle, kun äiti ei ollut neuvolassa uskaltanut kertoa masennuksestaan.

...aika montakin perhettä olen ohjannut tuonne pikkulapsipsykiatrian puolelle, kun olen huomannut, että jo odotusaikana on masennusta, eikä ole vielä neuvolassa uskaltanut puhua mistään masennuksesta. Mutta on ollut yks äiti, jonka olen kädestä pitäen vienyt psykiatrian poliklinikalle. (H 2)

Kaksi haastateltavista pohti viime aikoina tapahtuneita perhesurmia, joiden myötä heillä oli herännyt huoli, kuinka huomaisi perheen avuntarpeen ajoissa. Ensiarvoisen tärkeänä nähtiin lapsiperheistä puhuminen. Pelkona oli, että ei huomaa avuntarvetta ja kulkee avuntarvitsijoiden ohi. Haastateltava pohti, kuinka saataisiin oikea, kokonaisvaltainen apu ja tuki riittävän ajoissa perille.

Miten sitä apua pääsisi tarjoamaan ajoissa? Kyllä se on ensiarvoisen tärkeää tämä lapsiperheistä puhuminen. Miten raaissa olosuhteissa lasten pitää yhä edelleen elää. Ja vaikka puhutaan, että on tukimuotoja ja voitaisi tehdä sitä ja voitaisi tehdä tätä, mutta silti ei voida tehdä. Ei olekaan sitä apua kaikille tarjolla. Ja kuinka vaikeaksi sen tilanteen pitää mennä ennen kuin sitä apua rupeaa tulemaan? (H8)

Haastateltavat kertoivat mielenterveyden edistämisen diakoniatyössä olevan perheiden tapaamista ja tukemista kriiseissä. Tuki ilmeni keskusteluapuna. Eräs haastateltava kertoi tekevänsä nuorisotyöntekijän kanssa kotikäyntejä perheisiin, jossa nuorilla oli ongelmia. Huolena oli miten osaisi tarttua tilanteeseen, kun asiakas ei vielä sitä sanoittanutkaan. Yksi haastateltava kertoi, että asiakas oli kotiutettu liian varhain sairaalahoidosta ja koska diakonissa arvioi asiakkaan tarvitsevan pitkäkestoista hoitoa ja tukemista, hän ohjasi asiakkaan takaisin hoidon piiriin.

Ja tosiaan, jos pääsen kotikäynnille, niin sehän on...ei siinä tarvita mitään, kun silmät vaan päässä niin tällä kotikäynnillä näkee hyvin paljon. Onko se siivottu se koti. Onko se likainen ja epäsiisti, sotkuinen. Onko siellä kaikki rempallaan. Ovikellot ei toimi, verhot ei oo ikkunassa tai sit ne on kiinni jatkuvasti, ne verhot. Ja

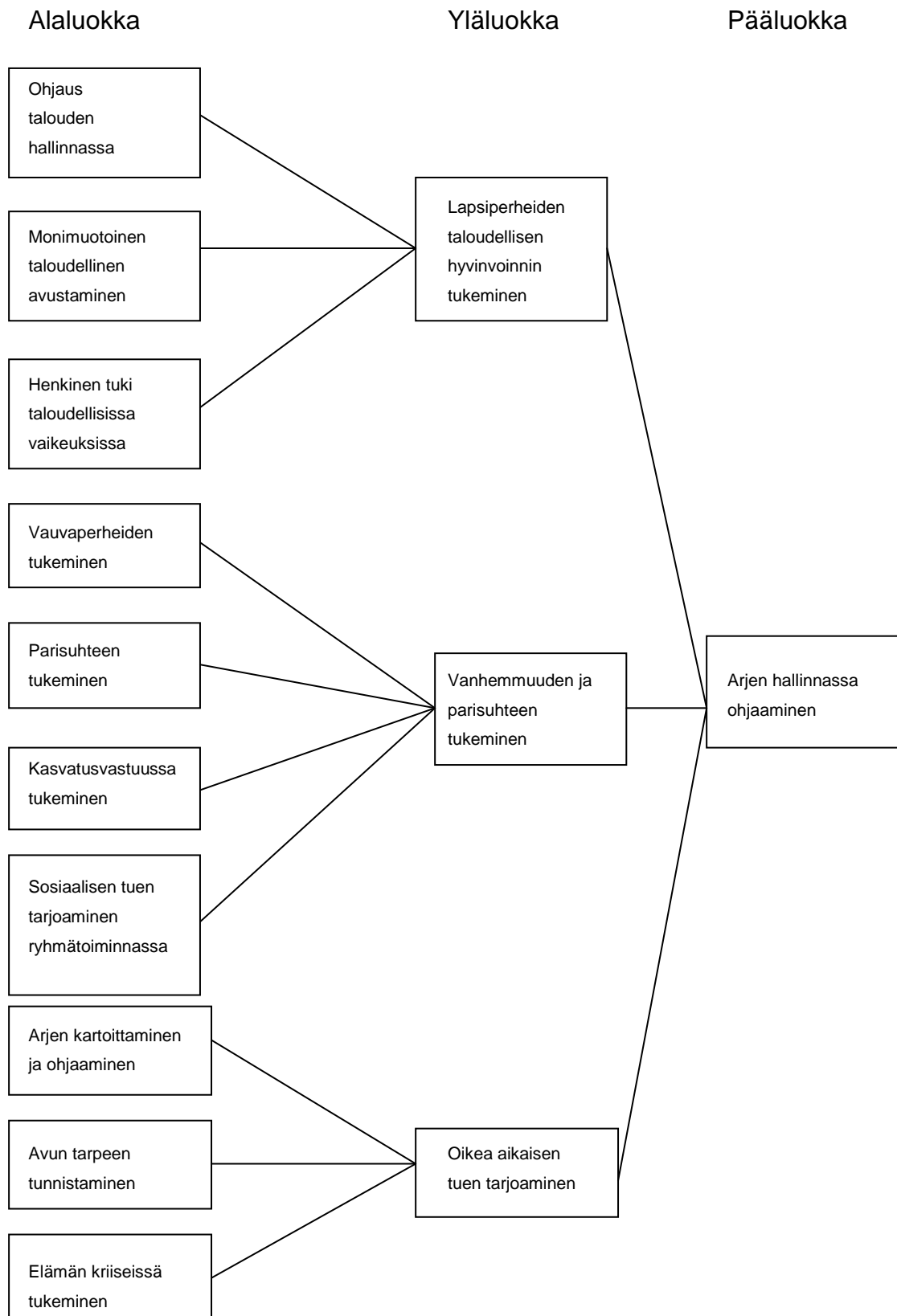
tämmöset asiat. Tupakansavu sisällä, tupakoidaan sisällä. Tämmöset, tämmöset. Ja ...No tässä oli justiin eilen, ku mä kävin jossain lapsiperheessä, niin mä sitä koira kattelin. Niillä oli ihana koira siinä, mutta oli kyllä niin hoitamaton se koira. No itse koin... perheen äitikin oli kyllä hyvin likasissa vaatteissa. Taisi lapsetkin olla. Mutta jopa tämmösestäkin, että onko se koira hoidettu vai ei. Niin nämä asiat paljastaa sit' jaksamista siellä perheessä. (H15)

Kahden vastaajan kokemuksen mukaan hengellinen tukeminen nähtiin voimavarana kriiseistä selviytymisessä. Voimavaraistavalla työotteella pyrittiin luomaan turvallisuuden, pystyvyyden sekä selviytymisen tunnetta.

Hengellinen puoli nähtiin voimavarana siinä mielessä, että elämä kuljettaa tietyllä tavalla ja aina ei voi valita kaikkia kulkureittejään. Mielenterveyden edistämistä on, että hyväksyy oman elämänsä reitit ja anteeksi saamisen ja anteeksi antamisen. (H 7)

Perheissä kriisitilanteita aiheuttivat äitien jaksamiskysymykset, työttömyys, yksinäisyys ja harvemmin väkivalta. Perheenjäsenen sairastuminen aiheutti perheessä kriisin ja koetteli psyykkistä jaksamista. Eräs haastateltava kertoi, että taloudellisten ongelmien ollessa yhteydenoton syy taustalta saattoi löytyä vaikeutuneet perhesuhteet tai alkoholin käyttöä. Haastateltava arvioi, että 80 prosenttia yhteydenotoista tuli taloudellisissa huolissa.

Palvelevan puhelimen kautta tuli yhteydenottoja, joissa purettiin parisuhteeseen liittyviä ongelmia ja puhuttiin isompien lasten huumeiden- ja alkoholinkäytöstä johtuvista murheista. Mielenterveyden edistämisenä nähtiin se, että joku jaksoi kuunnella parisuhteen asioista puhumista, rikkinäisen vanhemmuuden, avioerotilanteiden tai mahdolliseen eroon liittyvien asioiden purkamista. Monesti ihmiset olivat jo avun piirissä, esimerkiksi mielenterveystoimistoon oli asiakkuus, mutta ihmiset kokivat, että saivat liian harvoin aikoja, joten he halusivat käydä rinnakkain molemmissa, sekä diakoniatyöntekijän vastaanotolla keskustellessa että mielenterveystoimistossa.



KUVIO 2. Diakonissojen tekemä mielenterveyden edistäminen lapsiperheiden parissa

5.2 Ikääntyneiden mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen

Tämän opinnäytetyön toinen tutkimuskysymys oli miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä mielenterveyden edistämistä ikääntyneiden parissa. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden parissa ilmeni mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistamisena. Mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sisälsi itsenäisen selviytymisen tukemisen, sosiaalisen osallisuuden mahdollistamisen sekä hengellisten voimavarojen vahvistamisen (Kuvio 3, sivulla 56).

5.2.1 Itsenäisen selviytymisen tukeminen

Itsenäisen selviytymisen tukeminen sisälsi ikääntyneen yksilöllisen elämäntilanteen huomioimisen, ikääntyneen arvostavan kohtaamisen, elämäntilanteen riskitekijöiden huomioimisen sekä ohjauksen ja neuvonnan mielenterveyttä edistäviin valintoihin.

Haastateltavien mukaan kotikäyntityö korostui ikääntyneiden kohdalla tehtävässä diakoniatyössä ja mielenterveyden edistämisessä. Haastateltavat kokivat, että kotikäynneillä toteutui kahdenkeskinen kohtaaminen ja läsnäolo. Ikääntyneillä oli tarve puhua elämäntilanteestaan ja kotikäynneillä he saivat rauhassa kertoa mieltä askarruttavista asioista. Diakonissat halusivat välittää ikääntyneelle tunteen, että heidän omaa elämäntarinaansa kuunneltiin ja kuultiin. Elämäntilannetta haluttiin lähestyä kokonaisvaltaisesti ja ikääntyneiden yksilölliset tarpeet huomioiden.

Kotikäyntejä varten varattiin aikaa, jotta voitiin rauhassa keskittyä niihin keskusteluaiheisiin, joita ikääntynyt halusi käsiteltävän. Eräs haastatelluista toi esille kuinka kotikäynnit vaativat runsaasti aikaa, joten hän käy aina yhden henkilön luona harvakseltaan.

Kun mä meen sinne kotiin, niin en mä mitään vartin käyntejä, puolen tunnin käyntejä tee, et mä varaan puolesttoist tunnista kahteen tuntia aikaa, kun mä menen.

Mut mä meen harvakseltaan. Niissä mun mielestä vanhukset pääsee puhumaan niistä ajatuksistaan... (H7)

Diakonissat kiinnittivät huomiota ikääntyneen ulkoiseen olemukseen, vuorovaikutukseen, kotona selviytymiseen ja heidän toimintakykyynsä. Mikäli diakonissat huomasivat muutoksia esimerkiksi ikääntyneen ulkoisessa olemuksessa, vuorovaikutuksessa tai kodin siisteydessä, he ottivat asian puheeksi ja tarvittaessa ottivat yhteyttä omaisiin tai esimerkiksi kotihoitoon. Huolta aiheuttavia muutoksia ulkoisessa olemuksessa olivat esimerkiksi hiusten epäsiisteys ja ruokatahrat vaatteissa. Diakonissat kuvastivat myös huolta aiheuttavan muutokset vuorovaikutuksessa, jolloin aiemmin sosiaalinen ikääntynyt alkoi vetäytyä vuorovaikutuksesta tai hänen puheensa oli ristiriitaista.

Ikääntyneillä oli enemmän tarvetta kotikäynteihin kuin työntekijöillä oli resursseja. Eräs haastatelluista kuvasi, kuinka hänen työpäivänsä täytyisivät pelkästään toivotuista kotikäynneistä. Yksi haastatelluista kuvasi, kuinka kotikäyntejä voidaan tehdä vain huonokuntoisten ikääntyneiden luokse ja hyväkuntoisten luona käydään esimerkiksi onnittelukäyntien yhteydessä. Eräs haastatelluista toi esille kuinka ne, jotka kipeimmin apua tarvitsevat, ottivat yhteyttä vähiten, koska ikääntyneellä ei ollut voimavaroja soittaa itse. Kotikäyntipyynnöt tulivat tällaisissa tilanteissa omaisilta, jotka olivat huolissaan kotiin jääneistä vanhuksista tai jonkin verran kotihoidon ja yhdistysten kautta. Joskus huoli heräsi myös naapureilla tai pitkäaikaisilla tuttavilla. Yhteydenotot ja yhteinen huoli ja vastuunkanto ikääntyneistä herättivät iloa ja tyytyväisyyttä.

Diakonissat auttoivat tarvittaessa huonokuntoisia ikääntyneitä kotiavun saamiseksi avustamalla yhteydenotoissa tai välittämällä tietoa kotiapuun. Eräs haastatelluista kertoi luottamuksen diakoniatyöntekijöihin olevan taustatekijänä siihen, että ikääntynyt toivoo juuri diakonissan tulevan kotikäynnille.

... vaikk ollu mielenterveydenongelmia jo pitemmän aikaa, niin he eivät halua kehtää ulkopuolista. Mutt haluavat sen takia diakonissan, koska niinku kokee ett voi luottaa. Että diakonissoihin, diakoniatyöntekijöihin yleensä, voi luottaa. Että heidät voi päästää kotiin. (H8)

Eräs haastatelluista pohti yhteiskunnallista ja kulttuurista muutosta seurakunnasta etääntymisen, kotikäyntityön ja diakoniatyöhön luottamisen näkökulmasta. Hän pohti jatkuuko kotikäyntityö tulevaisuudessa nykyisenlaisena? Säilyykö tulevaisuuden ikääntyvillä seurakuntalaisilla luottamus seurakunnan työntekijöihin ja avataanko enää ovia koteihin tulevaisuudessa?

Haastateltavat kokivat mielenterveyden edistämisen kannalta hyvin merkittäväksi ikääntyneiden arvostavan ja kunnioittavan kohtaamisen. Diakonissat kokivat tärkeäksi sen, että ikääntynyt kokee tulevansa nähdyksi, kuulluksi ja kohdatuksi yksilöllisesti. Ikääntyneen itsemääräämisoikeutta, todesta ottamista, kunnioittamista ja arvostamista loppuun saakka korostettiin.

...en tiää voisko nostaa, että tärkeintä on - suurin tai tosi merkittävä on just tää, että kokee, että hän on arvokas ja häntä kunnioitetaan, arvostetaan ihmisenä. Että ihmiselle tulee semmonen tunne, että kuuntelen ja kohtaan mitä hänellä on sanottavaa ja miten hän niinku omaa elämäänsä sanottaa. Ja tuota yhdessä niinku mietitään sitä elämää ja niitä asioita. Että hänet otetaan todesta. Ja että hän on tärkeä. Ja jotenki mä aina ajattelen, että tässä työssä sen, että lähtökohta on se, että me ollaan ihmisinä niinku Jumalan edessä tasavertasia ja samanlaisia. (H3)

Haastateltavat toivat esille ikääntyneen elämäntilanteeseen liittyvien, mielenterveyden kannalta merkittävien, riskitekijöiden huomioimisen. Näitä olivat yksinäisyys, elämänvaiheeseen liittyvät pelot, sairauden ja kuoleman kysymykset sekä taloudelliset huolet.

Ikääntyneiden yksinäisyyden huomioimisen tärkeys ja yksinäisyyden yleisyys tulivat esille vastauksissa. Yksinäisyyden syinä esille tulivat sosiaalisten suhteiden vähyys, eristäytyminen kotiin sekä leskeytyminen iäkkäänä. Diakonissat kokivat tärkeänä tukea pitkän avioliiton jälkeen leskeytyneitä uudessa elämäntilanteessa. Yksinjäineiden leskien riski sairastua fyysisesti tai psyykkisesti tunnistettiin. Erään haastateltavan työn painopisteenä oli nimenomaisesti syrjäytymisriskissä olevat ikäihmiset. Eräs haastateltava pohti kuinka mielenterveydellisistä ongelmista kärsivät ikääntyneet kiintyvät työntekijään muiden ihmissuhteiden vähäisyyden vuoksi.

Jotkut on tosi sairaita, on skitsofrenia ... he niinku ystävystyy ja ku heijän on vaikeus luoda näitä ihmissuhteita. Niin just ku tämä työntekijä tulee, jonka kanssa on niinku helppo kommunikoida ja ystävystyä ja he niinku ystävystyy hirveen helposti. He laittaa mulle nimipäiväkortit..." (H14)

Diakonissat kuvasivat ikääntyneillä olevan tarvetta puhua ikääntymiseen liittyvistä peloistaan, surusta ja kuolemanpelosta. Elämänvaiheen pelot otettiin puheeksi kotikäynneillä, mikäli ikääntynyt vähääkään niihin viittasi. Vain yksi haastatelluista toi esille keskustelleensa ikääntyneiden kanssa parisuhteeseen liittyneistä ongelmista.

Haastateltavat tunnistivat ikääntyneillä olevan myös taloudellisia huolia. Matala, pienistä eläkkeistä johtuva, tulotaso aiheutti ikääntyneille huolta. Ikääntyneet olivat kertoneet diakonissoille taloudellisten huolten vaikuttavan mielenterveyteen haitallisesti. Lääkemenot oli myös tuotu esille taloudellisena rasitteena.

"... eläkkeet on pieniä ja jos lääkkeitä on ja, niin kyllä se tiukkaa on ja se ei varmaan sitte kyllä tee hyvää sille mielenterveydelle. Joku on sanonu, vaikka ei varsinaisesti kärsi mielenterveysongelmista... ett tässähän menee niinkun mielenterveyskin, että kun pitää niinku... Se vie niin paljon voimia, ku pitää joka penni tai sentti laskee ja miettiä mistä rahat riittää." (H3)

Kotikäynneillä annettiin ohjausta ja neuvontaa mielenterveyttä edistäviin valintoihin. Ohjausta ja neuvontaa annettiin arjen sujumiseen, ravintoon, lepoon, liikkumiseen, terveyteen, taloudellisiin asioihin, tukipalveluihin liittyen sekä kerrottiin seurakunnan järjestämästä toiminnasta. Ratkaisuja etsittiin yhdessä ikääntyneen kanssa tai tarvittaessa laajemmin yhdessä ikääntyneen, omaisten tai jonkun muun auttajatahon kanssa.

"...että ihminen niinkun ite ymmärtää, että niin hyvä uni, hyvä ruoka, itsestä huolehtiminen, liikkuminen ja ihmisten kans yhdessä oleminen ja kokoon tuleminen, niin ne niinku edesauttaa sitä mielenterveyttä ja siltä osin terveyttä ja hyvää oloa. Ja sitte omalta osaltaan toimitaan niin, niinku seurakunnasaki, että mahdollistetaan näitä asioita." (H3)

Ikääntyneiden alkoholinkäyttöön liittyvät kysymykset toi esille vain yksi haastatelluista. Hän koki ikääntyneiden alkoholinkäytön olevan melko salattua. Alkoholiongelmat tulivat harvoin esille kahdenkeskisissä keskusteluissa, vaan ne tulivat esille kiertoteitse, esimerkiksi siten, että ikääntynyt asiakas soitti diakonisalle päihtyneenä. Diakonissa pyrki tekemään kotikäynnin ikääntyneen luokse mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen. Hän otti alkoholinkäytön esille avoimesti ja tekemällä suoria kysymyksiä, mutta koki, että ikääntynyt pyrkii kieltämään alkoholiongelman.

Jotenki on oppinu, että aina suorilla kysymyksillä. Niin ihan suorilla kysymyksillä ... että oot soittanu minulle vaikkapa tiistaina ja olit selvästi päihtyny ja mistä oli kysymys. (H11)

Haastateltava arveli, että alkoholiongelma oli helppoa salata diakoniatyöntekijöiltä sen vuoksi, koska kotikäyntien ajankohdat sovittiin etukäteen. Tällöin ikääntynyt osasi varautua työntekijän tuloon, eikä käyttänyt päihteitä. Haastateltavan kokemus oli, että kotihoidossa ikääntyneiden alkoholiongelmiin törmättiin useammin kuin diakoniatyössä.

Haastateltavien tekemien onnittelukäyntien yhteydessä keskusteltiin myös monipuolisesti arkeen ja terveyteen liittyvistä asioista ja annettiin tarvittaessa ohjautta ja neuvontaa. Näillä käynneillä saattoi tulla esille myös mielenterveyteen liittyviä riskitekijöitä ja esimerkiksi alkavaa masennusta.

”Mutta yleensä he avaa koko elämänsä sitten meille. Kun me tehdään joku synttärikäynti, niin siellä voi tulla jos jonkin moista.” (H2)

5.2.2 Sosiaalisen osallisuuden mahdollistaminen

Sosiaalisen osallisuuden mahdollistaminen sisälsi ryhmätoiminnan järjestämisen ja vertaistuen omaishoitajille ja sureville. Ikääntyneille oli tarjolla monenlaisia ryhmätoimintaa: ryhmiä, kerhoja, retkiä ja leirejä. Ryhmätoiminnan avulla kuvattiin mahdollistettavan yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokeminen. Ryhmä-

toiminnot koettiin ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi, jotka toivat virkistystä ja sisältöä ikääntyneiden arkeen. Tärkeäksi nähtiin, että kerhojen avulla mahdollistetaan ikääntyneiden kokoontuminen yhteen, jolloin ikääntyvillä on mahdollisuus löytää jokin tietty ryhmä, paikka, mihin tuntee kuuluvansa. Eri kerhoissa ja ryhmissä ikääntyneet voivat vaihtaa kuulumisia, kokea yhteenkuuluvuutta ja ystävyyttä.

”... tai sä osallistut johonki toimintaan, niin tavallaan se vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa ja se jakaminen, se tavallaan niinku laajentaa sitä suhtautumista itteensä. Siis sillä tavalla, että sä et käperry jotenki sen oman ittensä ympärille, vaan jotenki katot elämää laajemmin ja silloin se tuo sitä hyvinvointia itelle. Ja sitä mielenvirkeyttä ja ulottuvuutta ... Että se on yllättävän merkittävää sitte mun mielestä ne toiset ihmiset.” (H11)

Ryhmissä pidettiin esillä erilaisia teemoja hyvinvoinnista, toimintakyvyn ylläpitämisestä, mielenterveydestä ja kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä. Eräs haastateltava kuvasikin, etteivät ikääntyneet halunneet askarrella, vaan he halusivat nimenomaan keskustella. Etenkin jos ikääntyneellä oli arkuutta, pelokkuutta, taipumusta eristäytyä tai hän oli vaarassa syrjäytyä sosiaalisesta kanssakäymisestä, vastaajat pitivät tärkeänä mahdollisuutta kutsua heitä johonkin ryhmätoimintaan ja näin katkaista yksinolo ja vähentää sosiaalisen syrjäytymisen riskiä. Diakonista vanhustyötä tekevä haastateltava saattoi keskittyä työsään nimenomaan kotiin jääneisiin, syrjäytymisriskissä oleviin, ikääntyneisiin. Eräs haastateltava otti esille osallistujien tasapuolisen huomioimisen tärkeyden ryhmätilanteissa, ettei ikääntynyt osallistuja joudu kokemaan itseään ryhmässäkin ulkopuoliseksi.

Vertaistukitoimintaa järjestettiin omaishoitajille ja sureville. Omaishoitajien ryhmiä järjestettiin omaishoitajille yleensä sekä eräässä seurakunnassa kokoontui mielenterveyskuntoutujien omaisten ryhmä. Omaishoitajien tuen tarve tunnistettiin ja heidän tukeminen nähtiin tärkeänä mielenterveyden edistämisen kannalta. Omaishoitajille järjestettävät ryhmät koettiin tärkeäksi työmuodoksi. Jotkut haastateltavat kuvasivat omaishoitajien olevan väsyneitä ja jaksavan huonosti. Eräs haastateltava kuvasi omaishoitajuuden sitovuuden ja toisinaan myös fyysisen väkivallan uhkan aiheuttamaa väsymystä ikääntyneelle omaishoitajalle.

Eräässä seurakunnassa oli oma ryhmä jo leskeytyneille omaishoitajille, jossa oli mahdollisuus käydä läpi menetystä ja jaksamattomuuden ja syyllisyyden tunteita.

Sitä aattelen tässä mielenterveyden edistämässä, että mikä on aika akuutti ryhmä ja ... joita ikäihmisissä paljon on, on omaishoitajat. Että niitten kohdalla mä niinku nään, että on siitä väsymyksestä, just tästä toisen hoitamisesta ja toisen terveyteen liittyvästä jaksamisesta ja asioitten järjestelemisestä ja siitä sitovuudesta. Niin minun mielestä omaishoitajat jaksavat tosi huonosti. Ja ajattelen, että niitten välisissä suhteissa on paljo varmaan semmosta kodin sisäistä... no varmaan ihan sitä masentuneisuutta, yksin jäämistä asioitten kans, vaikka tukiverkostoa on paljon. Ja sitte varmaan semmosta jonkin asteista väkivaltaa. ...se voi olla myös henkistä, ei välttämättä mitään niin suurta, mutta kuitenkin just semmosta, kovasti tarttumista ja ehkä läimäyttelemistä ja vähä niinku tökkimistä ja pukkimista ja osittain myös semmosta seksuaalista häirintää ja jotain semmosta. Et se on varmaan sellanen ryhmä, jossa justinsa kun yrittää niin pitkälle jaksamaan ja hoitamaan toista ja olla hirveen lähellä monessa tilanteessa toista. Se on varmaan sellanen ryhmä joka... Ja kyllä diakonian puolelta niihin ollaanki paljon yhteyksissä. (H11)

Eräs haastateltava kertoi pitävänsä mielenterveyskuntoutujien omaisten ryhmää, missä oli mukana eläköityneitä, yli 65-vuotiaita omaisia. Tässä ryhmässä käytiin vapaata keskustelua kuulumisista ja jaksamisesta sekä jaettiin tietoa. Jokaisella kokoontumiskerralla oli keskusteluteema, jonka alusti joko diakonissa itse tai joku vierailija. Ryhmäläiset pitivät toimintaa tärkeänä tukimuotona jaksamiselleen.

Sureville järjestettiin vertaistukiryhmiä. Sururyhmien koettiin olevan ennaltaehkäiseviä ja mielenterveyttä edistäviä. Läheisen kuolema tunnistettiin kriisikohdaksi ikääntyneelle, johon liittyi riski sairastua fyysisesti tai psyykkisesti. Jotkut haastatelluista soittivat järjestelmällisesti iäkkäille leskille. He kysyivät leskeytyneiden hyvinvointiin liittyvistä asioista, tarjosivat kotikäynnin mahdollisuutta ja kutsuivat sururyhmään sekä muuhunkin seurakunnan toimintaan. Palautepuhelinsoitoista leskeytyneille oli ollut myönteistä. Eräs haastateltava kertoi, että oli tärkeää valmistautua puheluihin ennakolta ja varata tarpeeksi aikaa. Hän koki,

ettei puheluita voi soittaa yhtäkkiä joidenkin muiden työasioiden hoidon lomassa.

5.2.3 Hengellisten voimavarojen vahvistaminen

Haastateltavat kuvasivat hengellisten voimavarojen vahvistamisen sisältävän hengellisten tarpeiden huomioimisen ja hengellisen hoitotyön menetelmien käyttämisen. Hengellisten tarpeiden huomioimiseen sisältyi hengellisyyden tukeminen, elämän tarkoituksen pohdinta, laitoksissa olevien hengellisten tarpeiden kohtaaminen sekä hengellisten tilaisuuksien järjestäminen.

Hengellisyys kuvattiin ikääntyneelle tärkeänä voimavarana, jonka koettiin antavan turvaa ja toivoa tulevaisuuteen. Haastateltavat kuvasivat kuinka ikääntyneen identiteetti saattoi vahvistua hänen kokiessaan Jumalan hyvänä ja rakastavana ja siten voivansa tuntea myös itsensä arvokkaaksi. Haastateltavien mukaan hengellisistä asioista tulisi puhua entistä rohkeammin, sillä sitä usein seurakunnan työntekijältä odotettiin.

Ikääntyneiden kuvattiin löytävän hengellisyydestä voimavaroja pohdintoihinsa elämän tarkoituksesta vanhana ja raihnaisena. Hengellisten pohdintojen kautta ikääntyneen oli mahdollista saada kokea olevansa Jumalan silmissä ainutlaatuinen ja armahdettu. Tämä hengellisyyden tuoma kokemus elämän arvokkuudesta myös ikääntyneenä, oli koettu merkittäväksi tueksi positiiviselle mielenterveydelle.

No pohjimmiltaanhan se on monelle turvan tuoja. Ja toivon tuoja. Mutta sitte mä just aattelen sitä, että se hengellisyys on kuitenkin siinä ihmiskäsityksessä. Siinä jotenki se, että jos asiakas kokee, että...ja luottaa tai uskoo siihen, että on jotenkin ainutkertanen ja jotenkin Jumalan armahtama tai toisten ihmisten arvostama siinä merkityksessä, että juuri mun elämällä on tarkoitus. Ja mun mielestä se... siinä ihmisessä antaa hirveesti toivoa myös sen sairauden ja monien kysymysten keskellä. Ja kelpaa..jos mä aattelen, mikä on yleisin keskustelu ikäihmisten kanssa näissä hengellisissä, niin sanotuissa hengellisissä keskusteluissa, joka on tosi laaja käsite, niin kyllähän ne hirveään paljon pohtivat kelpaamista. Ja sitä

kelpaanko minä. Ja onko mun elämällä enää tarkotusta, kun mä oon näin raih-nainen. Kun liikunta on rajoittunut, mun aistitoiminta on rajoittunutta, mun ihmis-suhteet ovat harventuneet, onko mun elämällä jotenki mieltä tai tarkotusta. Ja jos siinä ihminen kokee, että mun elämällä on loppuun asti tarkotus, niin on se aika merkittävä mielenterveyden tuki. (H11)

Sielunhoidollisten keskustelujen koettiin edistävän mielenterveyttä ja tukevan myös silloin, kun ilmenee mielenterveysongelmia. Eräs haastateltavista kuvasi, kuinka tärkeää ikääntyneelle on se, että voi rukouksessa pyytää huoliinsa Jumalan apua ja siunausta. Haastateltavilla oli kokemuksia siitä, kuinka mielenterveyden häiriöissä hengelliset kysymykset voivat aktivoituvat. Ihmisen voidessa huonosti, niihin saattaa kietoutua erilaisia syyllisyyden tunteita ja monenlaista pahoinvointia. Haastateltavat tunnustivat, että joskus harvoin hengellisyys saa epäterveitä piirteitä. Hengelliset asiat tulevat liian keskeisiksi ja lähes kaikki asiat voidaan hengellistää. Tällöin tuettiin terveeseen hengelliseen elämään ja tuo-tiin esille hengellisyyden turvallisuutta tuova puoli.

”...et se vaatii työntekijältäkin semmosta niinku jotenki tajuta, että ei koskaan mennä niinku, ei mennä sinne sairauden puolelle vaan tuetaan sitte sitä tervettä puolta siinä hengellisyydessäkin. Ja tota niin tuodaan esille, et Jumala on hyvä ja rakastava ja tällai. Se luo sitä niinku turvallisuutta. Ja myös myös sit ku ajatellaan niinkun ihmistä kokonaisuutena, kun sillä ihmisel on arvo ja sillä on merkitystä sil-lä ihmisellä, niin tämän asian tuominen myös esille niin vahvistaa heidän sitä identiteettiä ja sitä et mäkin oon hyvä näitten muitten joukossa vaik onkin ongel-mia.” (H10)

Hengellisten tilaisuuksien, kuten jumalanpalvelusten, hartauksien ja eri tilai-suuksien järjestäminen mahdollisti ikääntyneille tilaisuuden kohtaamiseen, yh-teisöllisyyteen ja saamaan hengellistä tukea. Haastateltavat käyttivät työssään hengellisen hoitotyön menetelmiä, kuten virsilaulua, Raamatun lukua, rukousta ja sielunhoidollisia keskusteluja. Rukoilemisen koettiin auttavan ja helpottavan vaikeina hetkinä. Rukoilun ehdottamista ei pidetty aina helppona, mutta osa haastatelluista kertoi rohkaistuneensa siinä ja siitä oli saatu myönteistä palau-tetta. Eräs haastateltava kertoi kokeneensa virsien virkistävän ja kohottavan ikääntyneen mielialaa. Hän koki virret hoitavina ja toi esille virsien laulamisen vaikuttavan rentouttavasti.

Ikääntyneen siirryttyä laitokseen, haastateltavat kävivät heitä tapaamassa. Haastateltavat halusivat käynneillään tuoda laitoksessa oleville ikääntyneille toivoa ja välittämisen tunnetta. Mikäli hengelliset asiat oli koettu voimavaroja antavaksi jo aiemmin, koettiin niiden lohduttavan ja tuovan turvallisuutta myös laitoksessa.

”...että on sairaalassa vanhus...niin mä pidän ne niin tärkeinä, että sinne tois sitä toivoo, semmosta välittämistä. Että kun ajattelen, että ei niillä hoitajilla oon paljon aikaa. Keskustella, pysähtyy, kuunnella. Ja sitte tää hengellinen puoli siellä sairaalassa. Että jos mä tiedän varsinki, että vanhuksella on se voimavarana, niin silloin mä toisin sinne just sitä virttä, tuttua rukousta, tuttu Raamatun kohta, Psalmi. Että rohkeesti niinku tätä rukoustaki pitää yllä, että rukoillaan ihmisen puolesta. Niin mä näkisin, että se on aika suuri, myös tämmönen lohduttava ja turvallisuutta tuova asia siellä sairaalassa varsinki. (H15)

5.3 Valmiudet asiakaslähtöiseen mielenterveyden edistämiseen

Tämän opinnäytetyön kolmantena tutkimuskysymyksenä oli miten diakonissat kuvaavat mielenterveyden edistämisen valmiuksiaan. Diakonissojen kokemukset ilmenivät valmiuksina asiakaslähtöiseen mielenterveyden edistämiseen, johon sisältyi koulutuksen antamat valmiudet, kokemuksen tuomat valmiudet sekä käyttämättömät valmiudet (Kuvio 4, sivulla 65).

5.3.1 Koulutuksen antamat valmiudet

Koulutuksen antamat valmiudet sisälsivät peruskoulutuksen ja lisäopintojen antamat valmiudet, kohtaamisvalmiudet ja menetelmälliset valmiudet.

Haastateltavat kokivat diakonissa-sairaanhoitajan koulutuksen antaneen hyvät pohjatiedot ihmisen terveydestä ja sairaudesta. Diakonissat kuvasivat hyvin laaja-alaisesti sitä, mitä mielenterveyden edistämällä tarkoitetaan ja näin tunnistiivat sen käsitteenä. He kuvasivat kuitenkin mielenterveystyön opintojen jääneen perusopinnoissa vähäisiksi ja tietopohjan ohueksi. Perusopintojen koettiin antaneen valmiuksia ja uskallusta kohdata mielenterveyteen liittyviä kysymyksiä, mutta esimerkiksi teorian tiedot mielenterveyden häiriöistä koettiin olevan vähäisiä.

- ehkä sieltä on jotaki semmosta tietoa sitte, mutta ite jotenki koen, että se tietopohja on, nimenomaan niinku tuolta puolelta, on vähäistä. Että muistan, että ne kurssit ois ollu hirveen mielenkiintosa, ne ois mua kiinnostaneet, mutta sitä opetusta siltä alalta oli vähän (H4)

Haastatelluista kolmella oli psykiatrisen sairaanhoitajan pätevyys, yhdellä oli musiikkiterapeutin pätevyys ja yhdellä oli psykoterapiaopinnot meneillään. Erikoistumisopinnot koettiin vahvuutena ja voimavarana työssä ja niiden kuvattiin antaneen valmiuksia asiakkaiden kohtaamiseen, ohjaamiseen ja perustiedot mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseen. Eräs haastateltava, jolla oli psykiat-

risen sairaanhoitajan koulutus, kuvasi saaneensa myös asiakkailta hyvää palautetta laajasta tietomäärästään mielenterveyden kysymyksiin liittyen.

Joku asiakas tuossa kerran sanoi, kun se kertoo kaikista lääketeuista, että sä sopisit kyllä hyvin tuonne mielenterveystoimistoon. Aika moni on kysynyt, että miten sinä tiedät näistä asioista näin paljon. Että se on niinku hyvä. Ja sit ku on sitä tietoo, niin on ollu helppo huomata ihmisestä. Ja sitten on ollu helppo, kun on suhteet kunnossa tuonne psykiatrian polille, niin on ollu helppo sitte ohjata asiakas sinne ensimmäistä kertaa tai viedä. On aika paljon tämmöstä kädestä pitäen ohjaustakin ollu. (H2)

Osa täydennyskoulutuksista antoi lisävalmiuksia mielenterveyden edistämiseen. Näistä koulutuksista mainittiin erityisesti sielunhoidon erityiskoulutus, hengellisen matkakumppanuuden koulutus sekä Senioripysäkkikoulutus. Sielunhoidon erityiskoulutuksen koettiin antaneen valmiuksia itsetuntemuksen kehittämiseen sekä sairauden ja kuoleman kysymysten käsittelyyn.

Haastateltavat tunnistivat lisäkoulutustarpeen mielenterveyden edistämiseen liittyen. Eräs haastateltava oli aikeissa hakeutua opiskelemaan joko psykoterapeutteja valmiuksia tai psykologiaa. Eräs toinen haastateltava oli kiinnostunut mindfulness-koulutuksesta. Haastateltavat kuvasivat, että heidän täytyi olla itse aktiivisia ja hankkia lisää tietoa esimerkiksi asiakkaidensa käyttämistä lääkkeitä ja sairauksista, jotka voivat olla riskitekijöitä mielenterveydelle.

Diakonissan koulutuksen koettiin antaneen valmiuksia asiakkaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Haastateltavat kuvasivat monipuolisesti kohtaamisvalmiuksiaan mielenterveyden edistämiseen liittyvässä asiakastyössä. Haastateltavat kuvasivat ihmisen kokonaisvaltaisen kohtaamisen tärkeyttä ja sitä kuinka kokonaisyhyvinvointiin vaikuttivat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen terveys.

...ihminen on kokonaisuus, että jos se fyysisesti voi huonosti, jos on jotakin fyysistä sairautta, on aivan selvä, että silloin se vaikuttaa myös mieleen. Tai päinvastoin. Et jos ihminen on masentunut, niin ei se tuota jaksa pitää myöskään siitä fyysisestä kunnosta niin hyvin huolta. Tai se, että jos ihminen joutuu kriisiin, taik-

ka avioero tai läheisen menettäminen, tai joku tämmönen, niin se vääjäämättä vaikuttaa hänen terveyteensä sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen. (H1)

Eryteisesti haastateltavat pitivät tärkeänä vuorovaikutustaitoja, läsnäolon taitoa sekä rohkeutta ottaa puheeksi. Läsnäolon merkitystä useat haastateltavat kuvasivat erityisen tärkeäksi. Merkitykselliseksi nähtiin se, että asiakas kohdattiin kiireettömästi ja varattiin tarpeeksi aikaa kuunteluun ja keskusteluun, eikä lähdetty liian nopeasti tilanteesta pois. Haastateltavat kuvasivat kuinka he asiakkaan kanssa keskustellessaan kartoittivat kokonaistilannetta laajasti, kysellen arjen sujumista, fyysistä jaksamista, ravitsemusta, lepoon liittyviä asioita, taloudellista tilannetta, sosiaalisia suhteita ja hengellisiä kysymyksiä.

Asiakkaan tukemisessa lähtökohtana oli asiakaslähtöisyys. Lähtökohtana oli asiakkaan itsensä kuvaama elämäntilanne ja se mihin hän koki tarvitsevansa tukea. Asiakkaan oman etenemisaikataulun kunnioittaminen koettiin tärkeäksi. Tähän liittyen keskeisiä valmiuksia olivat tilannetaju, intuitio sekä sosiaaliset taidot. Eräs vastaajista koki diakonisojen työajattomuuden lisäävän valmiutta joustavuuteen ja mahdollistavan asiakkaiden avun saannin myös tavanomaisen virka-ajan ulkopuolella.

...asiakkaan, avuntarvitsijan kannalta...että kun se ei katso virka-aikaa se avun tarve niin mä ajattelen et se on varmaan yks tommonen.. Et kyllä jos sillä keinoin sitä voidaan edistää niin...että ihmisellä on mahdollisuus jotenkin toivoa saavansa yhteyttä myös virka-ajan ulkopuolella. Että löytyy joku, joka kuuntelee tai joka ottaa puhelun vastaan ja saa ajan vaikka seuraavalle päivälle. Ja sekin jo, että sekin on jo lupaus paremmasta, että jollen mä iltaan vaikka, tai että pystys otetaan, niin se ihminen kuulee, että tota hänet on niinku kuultu ja hänet on niinku huomioitu ja hänelle on nyt varattu aikaa sen asian käsittelylle. Niin must se on aika hyvä asia. (H5)

Haastateltavat tunnistivat asiakkaittensa arkielämään sisältyviä riskitekijöitä mielenterveydelle. Mielenterveyteen liittyvien kysymysten kuvattiin tulevan usein esille epäsuorasti, tai kuten eräs haastateltava kuvasi ”rivien välistä”. Haastateltavat kuvasivat, kuinka tärkeää oli erityisen herkästi kuulla näitä, usein hyvinkin pieniä vihjeitä.

...kyllä se mielenterveys on monella tavalla monella, niinku aattelee tätä omaa asiakaspiiriä, niinku silleen niinku uhattuna. Sillä tavalla sitte, että kun sitten on kaikki tämmönen, yks asia tai vaikeus johtaa toiseen. Sitte semmonen niinku alkaa kasaantua ne asiat ja voimat alkaa siinä vaiheessa olla vähissä. Niin kyllä hän siinä jo on niitä riskitekijöitä. Voi olla aika monenlaisia ilmassa. Kaikki talousvaikeudet ja velkaantuminen...(H4)

Eräs haastateltavista pohti, kuinka aina jäi osin salaisuudeksi se, miten kohtaaminen asiakkaan kanssa lopulta vaikuttaa hänen tilanteeseensa ja mielenterveyteensä. Hän kuvasi myös arkuuttaan tuoda julki sitä, kuinka on keskustelujen avulla tullut tehneeksi nimenomaisesti mielenterveyden edistämistyötä.

Sielunhoidollinen osaaminen nähtiin diakoniatyön vahvuutena ja voimavarana. Eräs haastateltava toi esille hengellisentyön osaamisen olevan diakonissan yksi ydinosamisalueista. Mielenterveyden edistämisen näkökulmasta nähtiin nimenomaan toivon ylläpitäminen ja lohdutus tärkeinä tekijöinä. Diakonissojen kuvattiin olevan ehkä liiankin arkoja ottamaan puheeksi hengelliset asiat, vaikka asiakkaat odottaisivat työntekijän puhuvan niistä.

He oikeestaan oottaaki meiltä sitä, että me otettais niitä asioita esille. Mutta meillä ehkä työntekijöillä on semmosta vähä varovaisuutta ja semmosta liian hienotunteisuuttaki tai miten mää nyt sanosin, että että tuota ei oteta. Vois rohkeemminki ottaa niitä esille...niinku ihan arkielämässä niin se on varmaan semmonen lohdun tuoja ja ...että ihminen ymmärtää, että ei kaikki niinku elämä oo tässä vaan, että on jotain jotakin häntä suurempaa ja niinku tämmösiä ajatuksia ihmisille varmaan herää sitten. (H14)

Koulutuksen antamat menetelmälliset valmiudet olivat monimuotoisia. Haastateltavat kuvasivat käyttävänsä keskustelua, kuuntelua ja havainnointia työmenetelminään. Osa haastateltavista toisaalta mietti ovatko keskustelu, kuuntelu ja havainnointi menetelmiä. Diakonissat kuvasivat laajasti järjestävänsä erilaista ryhmä- ja vertaistukitoimintaa, mutta kukaan heistä ei yksilöinyt mitä valmiuksia näiden toimintojen järjestäminen vaatii.

Haastateltavilla oli myös valmiuksia käyttää toiminnallisia menetelmiä. Kaksi haastateltavista kuvasi käyttävänsä musiikkia työvälineenä, joko soittaen, kuun-

nellen tai laulaen. Muistelua käytettiin ikääntyvien kanssa työskenneltäessä. Kaksi haastateltavista käytti myös kuvataiteita, etenkin tunteiden käsittelyn apuvälineenä. Yksi haastateltava ohjasi asiakkaitaan kirjoittamaan kokemuksistaan ja siten käsittelemään tunteita. Yksi haastateltavista käytti tunnekortteja apuvälineenä keskustelujen syventämiseen.

...hirveen hyvät jotku tämmöset tunnekortit, jotka avaavat keskustelua. Ja niissä taas päästään hyvinki syvälle niihin mielenterveys asioihin ja mielenterveyden kartoittamiseen näissä tunneasioissa. (H15)

Useimmat kuvasivat käyttävänsä voimavaraista lähestymistapaa. He kuvasivat tukevansa asiakkaitaan etsimään niitä asioita, jotka ovat elämässä hyvin. Asiakkaita, jotka elivät haastavassa elämäntilanteessa, rohkaistiin huomioimaan konkreettiset, pienet edistysaskeleet. Osa haastateltavista kuvasi käyttävänsä ratkaisukeskeisen lähestymistavan elementtejä. Eräs haastatelluista kuvasi, että tulisi hallita useampia menetelmiä, jotta niitä voisi käyttää yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti.

Minä en oikeen usko semmoseen, ihan semmoseen, selkeeseen niinku menetelmälliseen juttuun. Että on vaan niinku yks putki jossa niinku tavallaan mennään. Mutta että niinku ajattelen, täytyy olla myös joku tämmönen teoreettinen juttu...esimerkiksi tämmönen menetelmä, vaikka joku ratkaisukeskeinen lyhytterapia, tai joku puheeksi ottaminen, josta voi sitten niinku ammentaa tavallaan teoriatietoa, pohjaa omalle työlleen. Ihmiset on niin yksilöitä, että yksi sopii yhdelle ja yks sopii toiselle. Sillä tavalla pitäis olla laaja kirjo niitä menetelmiä mitä vois miettiä tai kokeilla. (H1)

Vain yksi haastatelluista kertoi käyttäneensä alkoholin käyttöä kartoittavaa Audit-kyselyä (Alcohol Use Disorders Identification Test). Tämän lisäksi hän kysyi asiakkaalta, oliko hänelle tehty masennustestejä, mutta niitä hän ei ollut itse työssään käyttänyt.

Osan haastateltavien kokemukset menetelmien käytöstä olivat ristiriitaisia. Kolme heistä kertoi, etteivät he osaa tai hallitse erityisiä työmenetelmiä. Eräs heistä totesi, että jos ei hallitse menetelmien käyttöä, on parempi pysyä auttavassa

keskustelussa. Eräs haastatelluista ei kokenut tietävänsä mitään hienoja menetelmiä tai terapioidia. Kuitenkin hän oli aiemmin kuvannut kokonaisvaltaisen kohtaamisen tärkeyttä ja käyttävänsä voimavaralähtöistä lähestymistapaa. Eräs toinen haastateltava kertoi vastustavansa menetelmien käyttöä korostaen, kuinka tärkeää on kohdata ihminen ihmisenä, ilman mitään menetelmiä. Kuitenkin hän kuvasi ottavansa eri elementeistä osioita ja tekevänsä niistä ikään kuin synteesiä.

...mallia sieltä ja mallia täältä, sujuvasti sekotellen. Ei oo niinku mitään...en käytä mitään ratkaisukeskeisiä enkä kognitiivisia malleja, mä vastustan niitä. Aina pitää sitä ihmistä kuunnella ja katkoa, että miten mä tuon kanssa menettelen. Että kaikille ihmisille ei missään tapauksessa sovi mikään ratkaisukeskeinenkään malli.
(H2)

Haastateltavat kuvasivat omaavansa monipuoliset valmiudet ohjata asiakkaita. Ohjausvalmiuksiin sisältyi valmiudet ohjata terveyteen liittyvissä kysymyksissä, palveluohjaus, ohjaus arjen toiminnoissa, taloudellisen ohjauksen valmiudet, varhaisen puuttumisen valmiudet sekä hoitoonohjauksen valmiudet. Näihin edellä mainittuihin valmiuksiin kuului oleellisesti valmiudet tehdä moniammatillista yhteistyötä esimerkiksi lastenneuvolan, sosiaalityöntekijöiden ja terveyskeskuksen henkilökunnan kanssa.

5.3.2 Kokemuksen tuomat valmiudet

Kokemuksen tuomat valmiudet sisälsivät työkokemuksen ja elämäkokemuksen tuomat valmiudet. Työkokemuksen kuvattiin tuoneen varmuutta työskenteleeseen ja monenlaisten asiakaskohtaamisten kuvattiin antaneen perspektiiviä mielenterveyden edistämiseen. Työkokemuksen karttuessa oli kasvanut myös tietoisuus ja rohkeus ottaa asioita puheeksi. Mielenterveyden ongelmista haluttiin puhua suoraan niin kuin mistä tahansa muusta terveydellisestä ongelmasta

Mut että kyllä ne on vaan otettava puheeksi ja minä ite oon koittanu ajatella niin, että yks tehtävä mielenterveydenedistämässä diakoniatyössä minulla on, että minä otan ne asiat puheeksi ja koetan arkipäiväistä niitä. Ja koetan puhua, että

ei se oo sen kummempaa, että jos nyt esimerkiks on joku sairaus, vaikka diagnostisoidaan vaikka kaksisuuntainen mielialahäiriö tai tämmönen. Että tänä päivänä on olemassa lääkkeitä, sen kans oppii elämään, se on krooninen sairaus. Joudut opettelemaan elämään samalla tavalla kuin diabeteksen kanssa, mutta se on mahdollista. Et ei se oo kuolemantuomio, et niinku itelle semmosta tietoisuuden kasvattamista, et koko uran ajan ollut, että niistä asioista on puhuttava ja ne on otettava esille. Tietoisuuden kasvattamista koko uran ajan. (H1)

Omaehtoisten kokemusten koettiin auttavan ymmärtämään asiakkaiden tilannetta ja kokemusmaailmaa. Erityisesti haastateltavat mainitsivat omassa elämässä kohtaamiensa vaikeuksien ja niistä selviämisen lisänneen ymmärtämystä asiakastyössä. Omat kokemukset vaikeuksista olivat auttaneet ymmärtämään kuulluksi tulemisen ja todesta ottamisen merkityksen mielenterveyden edistämisessä. Eräs haastateltavista kuvasi tällaisen kohtaamisen antavan kokemuksen arvokkuudesta ihmisenä.

Eräs haastatelluista oivalsi haastattelun aikana mielenterveyden edistämisen olevan hänen työssään läpileikkaavana elementtinä, ”punaisena lankana”. Hän kuvasi sen kuuluvan työhönsä niin luonnollisena, ettei ole tullut siihen erityisesti kiinnittäneeksi huomiota.

Niin tota kyllä se mielenterveyden edistäminen oikeestaan ihan nytki, vaikka mä en sitä aikasemmin ajatellu, että se olis mun työssä jotenki semmonen, jota erityisesti mun täytyis niinku katsoa suurennuslasilla ja miten mä vois in sitä edistää. Niin kyllä se on koko ajan siellä punasena lankana. (H8)

5.3.3 Käyttämättömät valmiudet

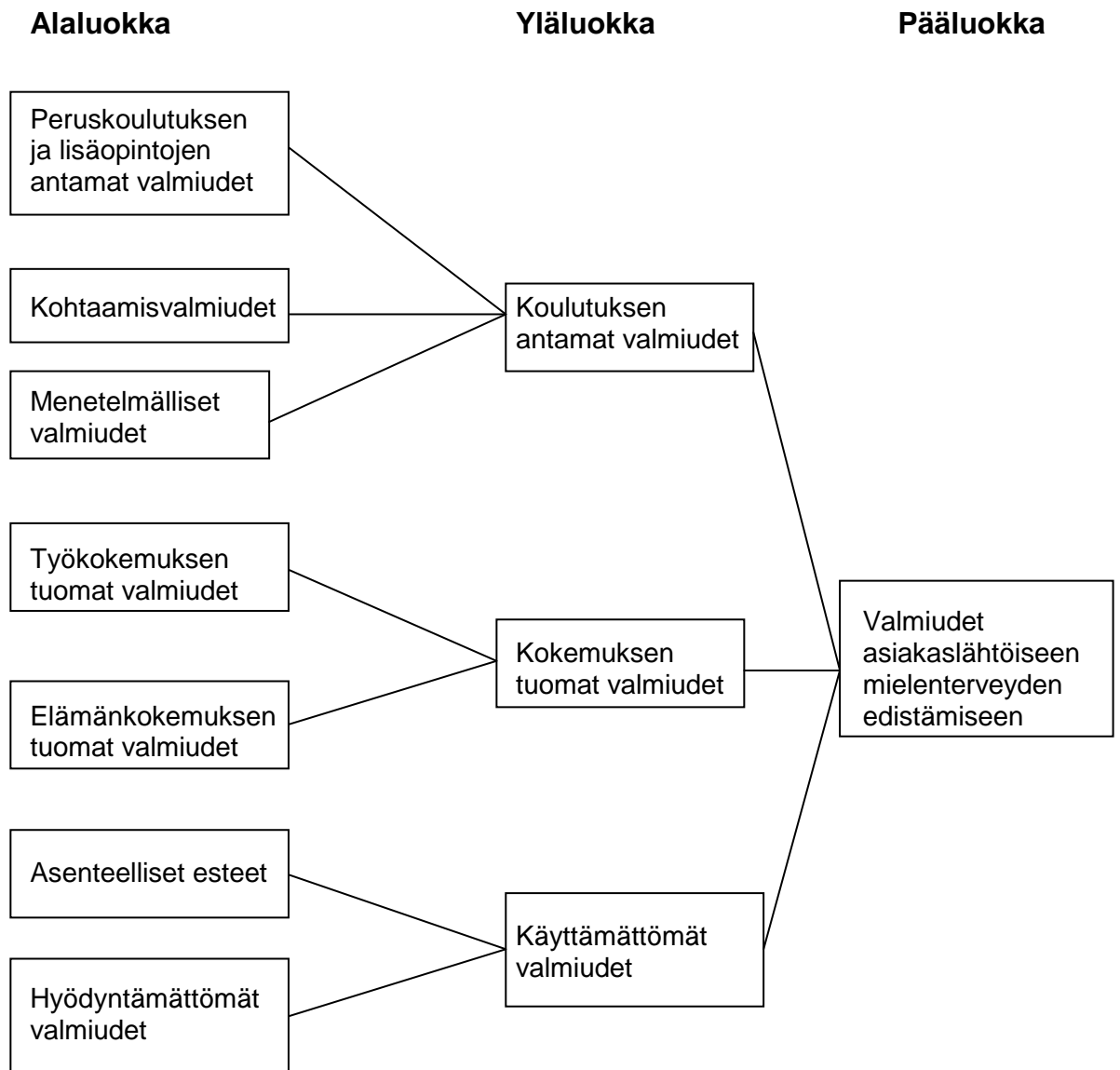
Käyttämättömät valmiudet ilmenivät asenteellisina esteinä ja hyödyntämättöminä valmiuksina. Asenteelliset esteet sisälsivät vastustusta menetelmien käyttämiseen. Erään haastateltavan mielestä diakoniatyöhön eivät kuulu mitkään haastattelukaavakkeet. Kaksi haastateltavista olivat aina kokeneet erilaiset menetelmät ja hoitamisen mallit ”vastenmielisinä”. Eräs haastatelluista kuvasi kammoksuvansa ajatusta, että hän käyttäisi ihmistä kohdatessaan jotakin työ-

menetelmää, toisaalta hän kuitenkin koki tarvitsevansa lisätietoa ja taitoa mielenterveyden edistämiseen.

Haastatteluissa tuli ilmi, ettei seurakunnan sisällä oltu työnjaollisesti hyödynnetty diakonissalla olevaa psykiatrisen erikoissairaanhoidajan erikoisosaamista. Esimerkiksi erityiskoulutus ei ollut vaikuttanut työn painopistealueen määräytymiseen.

Eräs haastateltavista toi esille, että asiakkaiden auttamista vaikeuttaa se, että diakoniatyöstä puuttuvat rakenteet mielenterveyden edistämiseen liittyen. Diakonissoilla ei ole myöskään käytettävissä asiakkaiden terveystietoja. Vastaja koki, että asiakastyössä on välillä kuin ”tyhjän päällä” ja joutuu selviytymään ilman mitään esitietoja asiakkaasta. Hän koki tämän puutteena ja kehittämissaasteena.

Tietysti diakoniatyössä mun mielestä ollaan sillai heikoilla jäillä. Meillä ei oo semmosta hoitoselostetta, meillä ei oo niitä mistä me voitais kattoo että aijaa tämmönen lääke. ...ja me ollaan todella niinku vastuullisessa asemassa missä kohtaamme asiakkaita. Et meillä ei oo kauheesti pohjatietoo asiakkaista ja meidän pitäis siinä hetkessä koettaa löytää keinoja miten me autetaan. Että semmoseen ehkä kaipaisin vähän tukevampaa otetta. Ei niin, että meidän tarvii olla hoitopuolen toimijoita samalla tavalla, mutta jotain niinku kättä pitempää siihen. Ettei tulis semmosta tunnetta, että mä hyppään johonkin tuntemattomaan, että hups, missä ei oo mitään tämmöstä, niinku tämmösiä rakenteita. Semmosia mitkä on taas niinku turvana tuolla hoitopuolella, että kirjaamiset. Tässä meillä on kehitettävää. (H12)



KUVIO 4. Diakonissojen valmiudet mielenterveyden edistämässä

5.4 Yhteistyön kehittämisen tarve

Tämän opinnäytetyön neljäs tutkimuskysymys oli miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä paikallista yhteistyötä mielenterveyden edistämisessä. Haastattelujen kokemuksista paikallisesta yhteistyöstä mielenterveyden edistämisessä nousi esille yhteistyön kehittämisen tarve. Yhteistyön kehittämisen tarve kuvattiin sekä mahdollisuuksina että haasteina yhteistyössä. Yhteistyön mahdollisuuksia kuvattiin paikallisten yhteistyötahojen kanssa tehtynä monimuotoisena yhteistyönä ja yhteistyön kehittämisenä. Haasteina yhteistyössä kuvattiin rajapinnoilla työskentely ja yhteistyötä vaikeuttavat tekijät. (Kuvio 5, sivulla 75.)

5.4.1 Mahdollisuudet yhteistyössä

Useat haastateltavat totesivat tekevänsä moniammatillista yhteistyötä perusterveydenhuollon, kotisairaanhoidon, mielenterveysneuvolan, kotipalvelun ja sosiaalitoimen kanssa. Haastatteluissa kävi ilmi, että yhteistyötahot arvostivat diakoniatyössä tehtävää kotikäyntityötä ja muutamat haastateltavat tekivät kotikäyntejä vuorotellen yhdessä psykiatrisen sairaanhoitajan tai kotisairaanhoidajan kanssa. Kaksi haastateltavaa mainitsi diakoniatyön työajattomuuden mahdollistavan, että diakoniatyöntekijät voitiin tavoittaa virka-ajan ulkopuolella ja he olivat valmiita lähtemään työtehtäviin kellonajasta riippumatta. Yksi haastateltava totesi, että oli tärkeää, että kolmannen sektorin toimijat olivat yhteistyökumppaneita. Haastateltavat kertoivat, että moniammatillinen yhteistyö oli tarpeen parhaan mahdollisen tuen ja avun saamiseksi asiakkaalle.

Minä ajattelen, että on äärimmäisen tärkeää, että meillä on kolmannen sektorin toimijat ja meillä on tuota terveydenhuoltoa ja sosiaalipuoli ja kaikki niin kuin voidaan toimia yhdessä sen ihmisen parhaaksi. Että tarvittaessa voidaan kutsua eri tahoja koolle miettimään että miten sen ihmisen tilanteessa olisi viisautta toimia ja mikä olisi kunkin tehtävä ja rooli. Ajatellaan vaikka terveydenhuollolla on oma vastuu, meillä ei ole sitä hoitovastuuta, mutta me voimme olla toiselta puolesta tuomassa virkeyttä ja virikettä ja ottaa mukaan retkille. (H1)

Yksi haastateltava kertoi, että hän oli yhteyksissä paikallisen asukastuvan kanssa, koska siellä oli ihmisiä, jotka elämäntilanteensa takia olivat riskiryhmässä ja joille mielenterveyden edistämisen näkökulmasta yhteistyö oli erityisen tärkeää.

Etä hei minä olen olemassa ja kiva tule vain juttelemaan, jos on semmonen olo ja tunne. Mutta ite niin kuin käyn siellä sitten, vähän niin kuin teen tikusta asiaa joskus, että voisin hoitaa puhelimellakin sen asian, soittaa sinne, mutta menen paikan päälle. Ja vaihdan siinä sitten muutaman sanan sitten ja otan kahvikupposen ja istahdan siihen sitten. (H4)

Kaksi haastateltavaa kertoi, että neuvolan kanssa oli hyvää yhteistyötä. Yhteistyön teki helpoksi se, että työntekijät tunsivat toisensa. Haastateltava kertoi, että neuvolaan otettiin yhteyttä, mikäli oli huoli jonkun perheen lapsista tai aikuisten jaksamisesta. Neuvolan terveydenhoitajien ja diakoniatyöntekijöiden välinen yhteistyö koettiin hyväksi, ja yhteyttä otettiin molemmin puolin tarvittaessa. Haastateltava kertoi, että hän oli pyytänyt neuvolasta asiantuntijaluentoja perhekerhoihin ja vanhempainryhmään.

Seurakunta järjestää tosiaan edullisia perheleirejä, jos ei ole muuta lomailumahdollisuutta perheillä, niin sitten mielellään neivolakin mainostaa meidän perheleirejä. Perhekerhoja... Terveydenhoitajakin siellä neivolassa on lähettänyt asiakkaita. Ker-tonu, että diakoniatyöntekijä on tavattavissa silloin ja silloin, että jos haluaa puhua niin kuin enemmän vielä taloudellisista ongelmista jotka mieltä rasittaa. tai kasvatukseen liittyvistä ongelmista tai muuten lasten harrastuksista, kerhotoiminnasta. Ja sitten sosiaalityöntekijöiden kanssa asiakkaiden auttamiseksi neuvotellaan. ... Sit-ten meillä on sellaisia yhteisiä koulutustilaisuuksiakin ollu, että on järjestetty ja kut-suttu näitä meidän yhteistyökumppaneista neivolasta sosiaalitoimesta, päivähoidos-ta, Martoista. Tämmönenki oli Saara Kinnusen luento "Usko lapsen elämän voima-varana". (H15)

Yksi haastateltava kertoi, että hänen kokemuksensa mukaan mielenterveys-työntekijät arvostavat seurakunnan diakoniatyötä ja kaksi haastateltavaa kertoi, että kriisiryhmissä tehtiin yhteistyötä. Yksi haastateltava kertoi, että ei ollut mis-sään virallisessa yhteistyöryhmässä jäsenenä, mutta vapaaehtoistyön organi-soijana hän oli keskellä moniammatillista yhteistyötä ja toimijoita.

Tässä vapaaehtoistyöntekijöiden kentässä on hyvin moniammatillinen joukko, siis ei virallinen semmonen, että on virallisia palavereja vaan se voi olla tämmöstä niin kuin yhteistyötä esimerkiksi keskussairaalan kanssa. Sillai, että kun siellä koulutetaan jotakin niin sama koulutus tuodaan meille vapaaehtoisille. Säästetään rahaa. Samat teemat ...väkivallan tunnistaminen. (H6)

Neljä haastateltavaa kertoi, että kaupungin kotihoidon kanssa oltiin yhteistyössä tarvittaessa puolin ja toisin. He kertoivat pitäneensä vuosittain yhteispalavereja kotihoidon ja diakoniatyön kanssa. Yksi haastateltava kertoi, että kaupungin ja Raha-automaattiyhdistyksen yhteistyönä oli järjestetty muutaman vuoden kestävä hanke, jonka tarkoituksena oli estää vuokratien syntymistä tai edistää niistä selviytymisessä. Hankkeessa työtä tehneet hanketyöntekijät ottivat yhteyttä mielenterveyden kanssa painiskelevien äitien tilanteesta tai hankalassa taloudellisessa tilanteessa olevista henkilöistä. Hanketyöntekijät olivat haastateltavan mukaan havainneet, että vaikka he olivat jo auttaneet monin eri tavoin, niin heidän kohtaamansa ihmiset tarvitsivat lisää taloudellista tai henkistä tukea tai molempia.

Useat haastateltavat kertoivat, että lastensuojelun kanssa tehtiin yhteistyötä niin, että diakoniatyö tiedotti ryhmistä ja leireistä lastensuojeluun ja lastensuojelun työntekijä oli lähettänyt asiakasperheitään seurakunnan perheleireille. Yksi haastateltava kertoi, että uusavuttomissa nuorissa lapsiperheissä oli Marttojen kanssa järjestetty Kotirumba rullaamaan ruokakurssia ja taloudenhallintakurssia diakoniatyön asiakasperheille.

Yksi haastateltava kertoi, että alueellisiin yhteistyöryhmiin kuuluviissa vanhus- ja vammaistyöryhmissä pohdittiin yhdessä mikä ihmistä tukisi ja auttaisi. Kaksi haastateltava pohti, että heillä oli sellainen käsitys, että pienillä paikkakunnilla kunnallisten verkostojen kanssa tehtävä yhteistyö oli paljon tiiviimpää kuin suurilla paikkakunnilla. Haastateltavat kertoivat tekevänsä yhteistyötä palvelutalojen ja vanhustentalojen toiminnanohjaajien, asukastupatoiminnan, muisti- ja omaishoitajayhdistyksen kanssa ja ikäkeskuksen kanssa. Ikäkeskuksen palveluihin kuului ohjata ja neuvoa omaishoitajien asiat ja turvapuhelimet. Työntekijöinä oli muistihoitajia, sosiaalityöntekijä ja palveluohjaajia. Yksi haastateltava kertoi tekevänsä mielenterveystuki ry:n kanssa yhteistyötä kesäaikaan leirien ja retki-

päivien muodossa. Mielensterveyskuntoutujien omaisten ryhmässä kävi vierailija kerran kuukaudessa valtakunnallisesta Oma ry:stä (mielensterveyskuntoutujien omaisten ryhmä) ja heillä oli kokoontumiskerroilla teema mistä yhdessä keskusteltiin. Yksi haastateltava kertoi pitävänsä keskusteluryhmää päiväsairaalassa.

Taloudelliseen avustamiseen liittyen tehtiin yhteistyötä useiden eri tahojen kanssa. Yksi haastateltava kertoi hakeneensa asiakkaille sosiaaliluottoa ja velkaneuvontaan oli ohjattu tai saateltu asiakkaita.

Yksi haastateltava kuvasi tärkeäksi sen, että oli saanut olla mukana päivittäisessä ikääntymispoliittisista strategioita, joka oli eri toimijoitten yhteistyönä tehty strategia. Haastateltava kertoi lisäksi osallistuneensa palvelurakenteen työryhmään ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen työryhmään. Haastateltava kuvasi, että mielensterveyden edistämistä sivuttiin työryhmissä. Työryhmissä oli pohdittu, mikä olisi kokonaisvaltaista hyvinvointia ikääntyneille ihmisille niin, että heillä olisi mahdollisimman hyvä elää ja olla ja että asuminen, palvelut, terveyden- ja sairaanhoito toimitivat. Haastateltava totesi, että hän koki, että hänet otettiin todesta työryhmissä ja hän sai tuoda näkemyksiään esille.

...että tietää ketkä tekee työtä vanhusten parissa, heidän hyväksi. Sitten on helppo ottaa yhteyttä, kun on nähty ja on oltu jossakin yhteisissä työryhmissä. Kaupungin kotihoidon kanssa se on tietysti arkipäivää, että ollaan yhteyksissä tarvittaessa puolin ja toisin. Meillä on siellä yksi psykiatrinen sairaanhoitaja, joka keskittyy tähän mielensterveyspuoleen, toki niin kuin ikään katsomatta, että ihan nuorista vanhuksiin. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen työryhmässä oli mukana ammattikorkean edustajia. (H3)

Yksi haastateltava nosti esille koulun ja diakoniatyön yhteistyön kehittämisen tarpeen. Haastateltavan mielestä oli tärkeää yhdessä puhua perheiden haasteista. Haastateltava toi esille, että olisi helpompi kehittää yhteistyötä, jos koululta sanoitettaisiin, mitä he tarvitsivat tai kaipasivat diakoniatyöltä. Koulukuraattori mainittiin tärkeänä yhteistyökumppanina yhden haastateltavan vastauksissa.

Elikkä käynhän minä siellä pitämässä hartauksia, mutta kun koen, että se voisi olla se mun oleminen siellä jotakin ihan muutakin. Lähinnä jossakin oppilashuoltoryhmässä tai näin, että jos siellä on semmosia perheitä, jotka minä tietäisin oman alueen perheitten haasteita. Tuntuu tärkeältä jotakin perheitten kanssa tehdä enemmän, ja tommosten sanotaan noiden murkkuikäisten nuorten ja tai semmosten perheitten kanssa jossa on. (H4)

Haastateltavat kertoivat, että mielenterveyskeskuksen psykiatriset sairaanhoitajat pyysivät harvoin yhteistyötä, mutta jos he sattuivat diakoniatyöntekijän kanssa yhtä aikaa kotikäynnille, silloin tehtiin asiakkaan tilanteesta yhdessä arviointia. Yksi haastateltava kertoi tekevänsä asiakkaan luona kotikäyntejä vuorovieroin psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Eräs haastateltava kuvasi yhteistyön tarvetta siten, että tuntemalla toisten toimijoiden työt ja vastualueet osasi työsäännön ohjata asiakkaita oikeisiin paikkoihin apua saamaan ja näin vältyttiin päällekkäisiltä töiltä.

Jos ajatellaan jotakin ihmisten ongelmia, niin hirveän monessa paikkaa ne käy, vaikka missä virastoissa. Niin se, että viraston eri työntekijät tietäisi että mitä kukin tekee ja yhdessä vaikka istuttaisi ja kuunneltaisi mitä se ihminen toivoo ja mihin lähetään viemään. Kaikki niinku tukis samaan suuntaan sen asiakkaan parhaaksi. Sekin, että asiakas voi selvästi pelata ja venkoilla siinä järjestelmässä, että on näitäkin puolia, koska sen oman elämänmuutoksen tekeminen sehän ei oo helppoa. Kerrotaan yksi asia elämästä toiselle ja yksi toiselle, se kokonaisuus jää vähän piiloon ja hataraksi. (H13)

Viisi haastatelluista nosti esille seurakunnan sisällä tehtävän yhteistyön. Yhteistyötä tehdään lastenohjaajien, nuorisotyöntekijöiden ja pappien kanssa. Lastenohjaaja välitti yhteydenottopyynnön diakonissalle, jos perhekerhoissa havaittiin ongelmatilanne. Nuorisotyönohjaaja välitti yhteydenottopyynnön rippikoulu-leireillä havaitsemistaan asioista. Diakonissat pitivät rippikoulutunteja rippikoulu-leireillä ja näin tapasivat nuoria. Kaksi haastateltavaa kertoi, että heidän seurakunnassaan oli perhetyön tiimi, johon kuului pappi, diakoniatyöntekijöitä, nuorisotyöntekijöitä ja lapsityöntekijöitä. Tiimissä tehtiin perhetyötä, suunniteltiin perhekerhot, leirit, retket ja vanhempainryhmät ja toteutettiin ne yhdessä. Seurakunnan sisällä tehtävä moniammatillinen yhteistyö kuvattiin rikkautena. Seurakunnan sisällä eri työalojen kesken jokainen voi tuoda oman erityisosaamisensa

ja näkökulmansa tilanteeseen. Yksi haastateltava kuvasi, että pienissä seurakunnissa yhteistyö oli luonteva juttu, mutta organisaatiomuutokset toivat oman haasteensa yhteistyölle. Haastateltava pohti, että mielenterveyden edistämisen kannalta papisto kohtasi ihmisiä erilaisissa tilaisuuksissa ja pappi voi erilaisista syistä johtuen pyytää tapaamaan asiakasta, tietysti asiakkaan luvalla.

Yksi haastateltava kertoi aikaisemmin pitäneensä Marttaliiton kanssa yhteistyössä arjen tukiryhmää nuorille eläkeläisille, ryhmän tavoite oli ollut tarjota alueella jotakin, mihin ihmiset voisivat sitoutua. Useat diakonissat kertoivat, että yhteistyötahot eivät tienneet mitä diakoniatyöntekijät tekivät ja mitä työtehtävät olivat.

Aika unohduksiin me jäädään, vastahan oli tutkimuskin tehty, että hirveen huonostihan meidän työtä tunnetaan ja tiedetään ja ihmiset, niin kuin yhteistyötahotkaan, ei ole kartalla että mitä diakoniatyö tekee. Ja kyllä minä tuon semmosen ymmärrän, kun meillä on niin monilaajainen että tässä on niin kauheasti tässä työssä et sitä ole vaikee jollekin edes selittää että mitä mä teen. (H13)

Useat haastateltavat mainitsivat yhteistyön muotona olevansa mukana Diakonia-ammattikorkeakoulun ja Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen hankkeessa. Haastateltavista muutama kertoi, että teki alueellaan aktiivisesti diakoniatyötä tutuksi esimerkiksi esittäytymällä kotihoidon aluetoimistoissa ja osa vei sairaalan ilmoitustauluille tiedotteita seurakunnan järjestämästä toiminnasta ja yhteystietoja. Yksi haastateltava kuvasi, että olisi tärkeää pitää esimerkiksi teemaviikko, jolloin kerrottaisiin diakoniatyön sisällöstä. Yksi haastateltava kertoi, että hankkeen myötä luotiin yhteistyöverkostoa, joka tosin oli vähän hiipunut, mutta hankkeen tiimoilta oli järjestetty infopäiviä joissa oli jaettu tietoa torilla, kauppakeskuksissa ja sairaalassa mistä eri tahoista mitäkin apua sai.

5.4.2 Haasteet yhteistyössä

Haastateltavista eräs toi julki huolensa siitä, että kun katsoi sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtyä suunnitelmaa, niin kaikissa suunnitelmissa kolmannen sek-

torin ja vapaaehtoisten varaan laskettiin hirveästi. Vastaaja arvioi, että yhteistyö saa tulevaisuudessa uusia muotoja, kun kunnat leikkaavat menojaan.

Haastateltava kuvasi omalla alueellaan tapahtuvan yhteistyön olleen suurimaksi osaksi hyvää, mutta kertoi virkauralle sattuneen semmoisiakin verkostopalavereja joissa yhteistyö ei ollut oikein toiminut.

...että ihan oikeesti oon aatellu, että kauhee asiakkaan istua siinä ja meitä on 10 eri toimijaa ja hän siinä yksin, ettei ihan uskallus ja ymmärrys, rohkeus riitä hänellä vaikka yrittääkin sanoa, niin jokaisella on ne tietyt toimet, toimintamallit ja että siitä ei varsinaisesti ole ollut mitään hyötyä, jos ei meille toimijoillekaan ole ollut mitään hyötyä.(H1).

Eräs haastateltava kuvasi yhteistyön olleen haastavaa työn sirpaleisuuden vuoksi. Mikäli yhteistyötä ei tehty, asiakas oli kuin ristiaallokossa työntekijöiden välissä. Voidakseen tukea asiakasta parhaalla mahdollisella tavalla, oli tiedettävä kuinka muut auttajatahot tukivat asiakasta. Haastateltavista yksi kertoi, että mielenterveyden työntekijät halusivat rajata työtään niin, etteivät he keskustelleet asiakkaan kanssa hengellisistä asioista. Useat haastateltavat kertoivat, että asiakkailta oli samaan aikaan asiakkuus mielenterveystoimistoon ja diakonia-toimistoon, osittain siitä syystä, että mielenterveystoimistoon oli harvakseltaan aikoja ja osittain tarpeesta keskustella hengellisistä asioista. Yksi haastateltava kertoi, että sosiaalitoimistosta ohjattiin ihmisiä diakoniat toimistoon keskustelun apua saamaan, koska paikalliseen perheneuvolaan oli pitkät jonotusajat, jopa kolme kuukautta.

Haastateltava kertoi, että tukea tarvitseva perhe oli saanut perheneuvolaan vain yhden ajan, mutta ei jatkossa tapaamisia. Lastensuojeluasiakkuuden perusteella perheneuvolaan sai aikoja, mutta jos asiakkaalla oli meneillä riitaisa ero ja lapsi reagoi tai lasta käytettiin erossa pahasti välineenä, niin perheneuvolaan ei saanut aikaa, koska kyse oli ensisijaisesti parisuhdeongelmasta. Myöskään perheasiainneuvottelukeskus ei ollut kyseisiä tapauksia varten. Sosiaalityö ei ollut voinut tehdä huoltajuusriita-asioissa mitään, vaan ohjeisti, että käräjäoikeus käsitteli huoltajuusriidat. Sosiaalitoimesta asiakas ohjattiin diakoniatyönteki-

jän luokse, joka oli ainoa taho jossa asiakas kohdattiin. Haastateltava totesi, että diakoniatyössä paikattiin yhteiskunnan riittämättömiä resursseja. Useat diakonissat toivat esille, että diakoniatyö oli yhteiskunnan palveluiden rajapinnoilla työskentelyä. Erityisesti taloudellisen avustamisen yhteydessä käytiin keskustelua siitä, mikä vastuu kuului sosiaalityölle ja mikä diakoniatyölle.

Niitä on luotu pitkin ja poikin yhteisiä periaatteita mikä kuuluu sosiaalityölle ja mikä diakoniatyölle. Aina siitä lipsutaan. Esimies on tosi tarkka. Me ei olla sosiaalityön jatke. Vastuuttamista, että mikä kuuluu yhteiskunnalle ja mikä seurakunnalle (H2)

...tässä mielenterveystyössä seurakuntien on hyvä muistaa, ettei ota liian suurta roolia, mielenterveyden hoitovastuu on aina julkisen terveydenhuollon puolella. Diakoniatyön ykköstehtävä ei ole jakaa ruokaa ja tehdä taloudellisia avustuspäätöksiä, se on paljon muuta. (H5)

Kaksi haastateltavaa toi esille, että sekä diakoniatyöntekijät että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö vetosivat kiireeseen ja ettei ollut aikaa yhdessä perehtyä asiakkaan asioihin. Yksi haastateltava toivoi, että lastensuojelupuolen kanssa yhteistyö avautuisi. Mahdollisuuksia ja tarvetta tiedostettiin, mutta jostakin syystä yhteistyö ei käynnistynyt.

Kun se työntekijä ajattelee vain lapsen etua, kun sen tehtävä on ajatella vain lapsen etua, sen ei kuulukkaan ajatella sitä äitiä ja isää, tietenkin hyvä työntekijä ajattelee, että miltä se tuntuu. Siinä on monesti se kadotettu vanhemmuus tai se on hukassa hetkellisesti tai pysyvästi, niin minä ajattelen, että diakoniatyöntekijä voisi olla vanhempien tukena, ei tietenkään rikkomassa sitä mitä lastensuojelun työntekijä tekee...ikään kuin rakentamassa sitä ymmärrystä. (H13)

Eräs haastateltava toi esille ajatuksen, että seurakunta oli kipuillut sen kanssa, kuinka ammattitaitoisena ja osaavana työmuotona diakoniatyö otetaan mukaan yhteistyöhön. Useiden haastateltujen kokemus oli, että seurakunnan diakoniatyö on yhteistyötahoille jossakin määrin tuntematonta. Useat haastatellut pitivät tärkeänä ammattitaitonsa tunnetuksi tekemisen. Eräs haastateltava kertoi kokemuksestaan yhteistyöstä seuraavasti:

...sen yhden äidin kohdalla mäkin pääsin mukaan siihen verkostoon, oli lääkäriä ja sairaanhoitajaa ja monenmoista työntekijää, kyllä mä huomaan, että diakoniatyöntekijään liittyy paljon ennakkoluuloja. Ne luulee, että se on sitä Raamatun lukemista ja virren veisuuta, niin joskus on vähän vaikia tukkia itteään mukaan johonkin työryhmään. Ne ei varmaan niinku tiedä sitä meidän ammattitaitoa, että meillä on useamman sortista koulutusta, ei oo pelkästään sitä hengellistä työtä. Meidän työhön kuuluu sosiaalityötä, sielunhoitoa ja vähän sitä terapiaakin. Kaikista parhaiten pyyhkii sellaisten sosiaalityöntekijöiden kanssa, joilla on diakoniakoulutus taustalla. (H2)

Kaksi haastateltavaa toi esille tiukasti säädellyn vaitiolovelvollisuuden, joka vaikeutti yhteistyötä lastensuojeluasiakkaiden kanssa tehtävässä yhteistyössä. Tiukkoihin vaitiolosäädöksiin törmättiin vanhusten hoitolaitoksissakin. Kaikki haastateltavat korostivat, että moniammatillinen yhteistyö toteutui asiakkaan ehdoilla. Toisinaan asiakas ei halunnut yhteydenottoa sosiaalityöntekijään. Tällainen tilanne vei diakoniatyöntekijän vaikeaan asemaan ja aiheutti eettistä ristiriitaa, jota eräs haastateltavista kuvasi ”puun ja kuoren välissä olemisena”.

Niin, joskus ne on tosi vaikeitakin kysymyksiä. Asiakas sanoo, että lupaathan että et ota yhteyttä sosiaalityöntekijään tai johonkin ja itse hirveän vaikea olla puun ja kuoren välissä, että kumpi on eettisesti oikein että ottaako yhteyttä vai pettäkö asiakkaan. Kunnioittaako sitä ja odottaako että romahtaako. (H13)

Yksi haastateltava kertoi, että alueellaan sijaitseva iso mielenterveystoimisto oli haastava yhteistyön tekemisen kannalta, siellä henkilöstön vaihtuvuus toi omat ongelmansa. Jos oli aloittanut yhteistyön jonkun henkilön kanssa ja henkilövaihdoksia tuli tiheästi, niin oli haaste aloittaa yhteistyön rakentaminen aina uuden henkilön kanssa.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön lähtökohtana oli vuosina 2011–2013 toteutettava kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen hanke, *Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonisat terveyden edistämisen toimijoina*, johon opinnäytetyö osaltaan liittyy. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan diakonisojen kokemuksia mielenterveyden edistämisestä erityisesti lapsiperheiden ja ikääntyvien parissa ja tuotetun tiedon avulla kehittää mielenterveyden edistämistä diakoniatyössä. Mielenterveyden edistämistä on diakoniatyön kontekstissa tutkittu aiemmin vähän. Sitä on vain sivuttu viime vuosien aikana tehdyissä diakoniaa tutkineissa väitöskirjoissa (Jokela 2011, Karvinen 2009, Rättyä 2009, Kinnunen 2009, Gothóni 2009). Opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen myös siksi, että se kohdistuu lapsiperheiden ja ikääntyneiden parissa tehtävään mielenterveyden edistämiseen. Molemmat ikäryhmät ovat varsin haavoittuvassa asemassa tämän ajan yhteiskunnassa ja niinpä juuri näiden ryhmien hyvinvointiin ja mielenterveyden edistämiseen on syytä kiinnittää huomiota.

Haastatteleamalla hankeseurakuntien diakonisoja saimme laajan ja runsaan aineiston, auki kirjoitettuna 254 sivua. Aineiston runsaus oli opinnäytetyön kannalta suuri etu, mutta aikaa litterointiin meni kauemmin kuin olimme ajatelleet ennakoita. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöprosessi vei ennakoitua kauemmin. Nyt valmiin opinnäytetyön äärellä voimme todeta, ettei siihen käytetty aika ollut turhaa. Koemme oppineemme mielenterveydestä, mielenterveyden edistämisestä sekä ennen kaikkea diakonisojen tekemästä mielenterveyden edistämisestä paljon; paljon enemmän kuin osasimme etukäteen odottaa. Toteamme myös, että jos meillä olisi ollut tämän hetkinen tieto ja viisaus keväällä 2012, olisimme rajanneet tutkimustehtäviä ja teemahaastattelukysymyksiä eri tavalla jo alusta asti. Mutta mitä me silloin olisimme oppineet tutkimuksen teon prosessista?

Olemme kiitollisia siitä, että saimme haastatella kollegoitamme ja olemme kokeneet, että he ovat odottaneet tämän opinnäytetyön valmistumista. Koimme hyvänä prosessille, että saimme palauttaa saamamme tutkimustulokset Karja-

sillan seurakuntaan, jonka diakonissoja olimme haastatelleet. Saimme vahvistusta sille, että olimme löytäneet aineistosta oleellisia asioita ja näin opinnäytetyön luotettavuus vahvistui. Järjestetyssä palautetilaisuudessa 22.3.2013 saimme arvokkaita näkökulmia, joiden avulla tutkimustulosten raportointi osaltaan selkeni. Palautetilaisuuteen osallistuneet diakoniatyöntekijät olivat tyytyväisiä mielenterveyden edistämiseen keskittyvästä ja työn tunnettavuutta lisäävästä opinnäytetyöstä.

6.1 Opinnäytetyön tulosten pohdintaa ja vertailua aiempiin tutkimuksiin

Seuraavaksi tarkastelemme opinnäytetyömme keskeisiä tuloksia verraten niitä aikaisempiin tutkimuksiin. Etenemme tulosten pohdinnassa tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä.

6.1.1 Lapsiperheiden mielenterveyden edistäminen

Tämän opinnäytetyön tulosten valossa diakonissat edistivät lapsiperheiden mielenterveyttä ohjaamalla perheitä arjen hallinnassa. Perheiden ensisijainen syy ottaa yhteyttä diakonissaan liittyi taloudelliseen ahdinkoon. Diakonissat tukivat lapsiperheiden taloudellista hyvinvointia ohjaamalla talouden hallinnassa, avustamalla taloudellisesti monin tavoin ja tarjoamalla henkistä tukea. Vanhemmuutta ja parisuhdetta vahvistettiin vauvaperheitä tukemalla, parisuhdetta tukemalla, kasvatusvastuussa tukemalla ja tarjoamalla sosiaalista tukea ryhmätoiminnassa. Oikea-aikaista tukea pyrittiin tarjoamaan perheiden arjen kartoittamisella ja ohjaamisella, avuntarpeen tunnistamisella ja elämän kriiseissä tukemalla.

Vuoren (2012) tutkimuksen mukaan arkipäivän terveys oli merkityksellinen tekijä perheiden hyvässä voinnissa. Isät korostivat fyysisen terveyden merkitystä ja oikeutta elää omanlaistaan elämää. Äidit korostivat arkipäivän sujumista ja psyykkistä hyvinvointia. Riittävä taloudellinen toimeentulo liittyi perheen hyvinvointiin. Sosiaalisen verkoston tarkoituksenmukaisuus, päivä kerrallaan eläminen, mielekäs tekeminen ja lasten olemassaolon merkitys vanhempiensa voi-

maannuttajina tulivat esiin tutkimuksessa. Perheenjäsenten erillisten ja yhteisten hyvään vointiin liittyvien kokemusten merkityksen ymmärtämistä voidaan pitää yhtenä lähtökohtana kartoitettaessa vaikeissa elämäntilanteissa elävien perheiden voimavaroja ja omia selviytymiskeinoja. Vertaistuesta äideillä oli hyviä kokemuksia. Vertaistuki oli äidin itsensä löytämää tai tukijärjestelmien kautta löydettyä. Oman ja perheen hyvän voinnin tukena jotkut äidit mainitsivat myös naapurit, päiväkodin, koulun tai opiskelun, kirjaston, seurakunnat ja harrastuspiirit. (Vuori 2012, 68, 72.)

Perälä, Salonen, Halme & Nykäsen (2011) mukaan vanhempien osallistuminen lapsiperhepalveluihin vaihteli eri toimintaympäristöissä ja toiminnoittain. Osallistumishalukkuuteen liittyvissä näkemyksissä oli eroja. Osallistuminen ammattilaisten järjestämiin toimintoihin oli kuitenkin selvästi aktiivisempaa ja myös halukkuus osallistua oli suurempaa verrattuna vertaisten järjestämiin toimintoihin. Suuri osa vanhemmista koki huolista puhumisen helpoksi vertaisryhmätoiminnassa. Toisaalta 19–40 prosenttia vanhemmista ei ollut kiinnostuneita vertaisten järjestämästä toiminnasta. Kouluterveydenhuollon kehittämisalueet liittyvät vanhempien aktiivisempaan mukaan ottamiseen, vanhempien ja koululaisten näkemysten kuuntelemiseen ja huomiointiin, vanhemmuuden tukemiseen ja tiedottamiseen vanhemmille. Voimavarojen vahvistamisen näkökulma sisältyy terveyden edistämisen keskeisiin lähtökohtiin. (Perälä, Salonen, Halme & Nykänen 2011, 80–83.)

Tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että perheen tulotason lasku, esimerkiksi yksinhuoltajuuden takia, oli riski lapselle. Salo (2012, 128–129) toteaa väitöskirjassaan, että parisuhde ja perhe eivät ole toisistaan tai muusta elämästä erillisiä yksiköitä, vaan niiden toimivuutta sekä puolisoitten ja lasten psyykkistä hyvinvointia ja keskinäisiä vuorovaikutussuhteita säätelevät, tukevat ja rasittavat monet perheen sisäiset ja ulkopuoliset tekijät. Solantaus, Leinonen & Punamäki (2004) tutkimus osoitti, että perheen tulotason lasku on riski lapsen mielenterveydelle, koska taloudelliset paineet heikentävät vanhempien mielenterveyttä, parisuhteen laatua ja vanhemmuuden laatua.

Diakonian rooli muuttui suomalaisessa yhteiskunnassa 1990-luvun suuren laman jälkeen. Kuntien ja valtion turvaverkkojen petettyä alkoi kirkolle langeta tehtäviä hyvinvointipalvelujen paikkaajana. Kyse ei ole ollut tilapäisestä ilmiöstä, vaan asiantuntijoiden mukaan diakoniatyön asiakkaiksi tulee entistä enemmän ihmisiä, jotka eivät saa apua mistään muualta yhteiskunnalta. Diakonian tarve voi kasvaa nykyisestäänkin, jos hyvinvointiyhteiskunta heikkenee. Kakkuri viittaa sosiaalityön professori Saareen Itäsuomen yliopistosta, joka luonnehtii, että diakonia toimii jo nyt valtavirtaköyhyyden alapuolella olevissa huonosuaisuuden notkelmissa ja tekee niitä näkyväksi. Diakonian palvelut tavoittavat yksinäisiä vanhuksia, vammaisia ja lastensuojelua vaativia perheitä. (Kakkuri 2013, 18)

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan diakoniatoimistojen vastaanotoilla asiakkaiden kanssa keskustelu aloitettiin usein taloudellisista asioista ja diakonissat kertoivat, että taloudellisten huolien kasvaessa alkoivat parisuhdeongelmat ja jaksamattomuus hoitaa asioita lisääntyä. Taloudellisen tuen ohella keskustelu ja myötäeläminen asiakkaiden tilanteissa osoittautuivat merkittäviksi diakonissojen taloudellisen auttamisen keinoiksi. Haastatteluissa useat diakonissat kertoivat, että asiakkaiden asioidessa toimeentulotukiasioissa sosiaalitoimistossa heidän kokonaistilanteensa ei ollut tullut ilmi ja asiakkaat olivat jääneet vaille etuuksia.

Tässä opinnäytetyössä haastatellut diakonissat kokivat taloudellisen avustamisen työssään raskaaksi ja osa toi esille, kuinka laman jälkeisinä vuosina taloudellisen avustamisen määrä oli kirkon diakoniatyössä runsaasti kasvanut. Opinnäytetyön tulosten perusteella joissakin tilanteissa materiaalisen avun pyytäminen nähtiin tavaksi hakea keskusteluapua. Samaan johtopäätökseen ovat tulleet Juntunen, Grönlund & Hiilamo (2006, 86) todetessaan, että asioidessaan julkisen sosiaaliturvan puolella asiakkaat olivat jääneet vaille keskustelua ja myötäelämistä.

Osa diakoniatyöntekijöistä haikailee 1980-luvun henkisen ja hengellisen diakoniatyön perään osan arvottaessa taloudellisen auttamisen korkeammalle (Juntunen 2011, 115). Juntunen toteaa, että diakoniatyöntekijöiden tieto edus-

taa sellaista ”toista tietoa”, joka jää julkisen keskustelun ulkopuolelle. Diakoniatyö täydentää ja paikkaa sosiaaliapua, mutta sen toiminta on hiljaista, eikä tule esille paikallistasoa laajemmin. (Juntunen 2011, 52.)

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan pitkään jatkunut työttömyys, toimeentulotuella pärjääminen ja vuosia kestänyt velkataakka kiristivät taloutta. Erityisesti yksinhuoltajaperheissä taloudellinen tilanne oli vaikea.

Lammi-Taskula, Karvonen & Ahlströmin (2009) mukaan työelämän haasteet ja toimeentulon vaikeudet heijastuvat lasten asemaan. Työelämän vaativuus aiheuttaa väsymystä ja syyllisyyden tunnetta siitä, ettei lapsille jäänyt tarpeeksi aikaa eikä voimia. Toimeentulo-ongelmat, usein juuri yksinhuoltajilla ja monilapsisilla perheillä, kuormittavat vanhemmuutta. Lapsiperheiden köyhyysriskiä kasvattavat vanhempien työttömyyden ohella yksinhuoltajuus, lasten suurempi lukumäärä ja pikkulapsivaihe, jolloin toinen vanhemmista on perhevapaalla työelämästä. (Lammi-Taskula, Karvonen, Ahlström 2009, 3.) Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) tutkii suomalaisten lapsiperheiden hyvinvointia. Lapsiperheiden palvelut ja hyvinvointi – kyselyn 2012 tarkoituksena on saada perhepolitiikan tueksi ajantasaista tietoa lapsiperheiden hyvinvoinnin tilasta ja siinä tapahtuneista muutoksista sekä lapsiperheiden kokemuksista ja toiveista arjen hyvinvoinnista. Lapsiperhekyselyyn vuonna 2012 vastanneiden keskuudessa toimeentulo koettiin hankalana erityisesti yksinhuoltajaperheissä. Yksinhuoltajista vain yksi viidestä pystyy säästämään pahan päivän varalle, ja 70 % kertoo, että menojen kattaminen tuloilla on jonkin verran tai erittäin hankalaa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2012.)

Tähän opinnäytetyöhön haastatellut diakonissat totesivat, että perheen vaikea taloudellinen tilanne vaikeutti lasten mahdollisuuksia harrastaa. Diakonissat kertoivat, että Yhteisvastuukeräysvaroin oli tuettu lasten harrastusmahdollisuuksia ja Tukikummit-säätiöltä oli haettu avustusta lasten harrastusmaksuihin. Lasten kulutusmahdollisuuksissa on eroja, jotka määrittävät heidän asemaansa ja osallisuuttaan kaverisuhteissa (Hakovirta & Rantalaiho 2012, 116). Sohlmanin mukaan sosioekonomisilla tekijöillä oli erittäin vahva yhteys positiiviseen mielenterveyteen. Taloudelliset vaikeudet ja työttömyys heikensivät erittäin merkittävästi

positiivista mielenterveyttä. (Sohlman 2004, 135.) Hiilamo, Hänninen, Kinnusen (2011) tutkimuksen mukaan pienituloisten diakoniatyön asiakkaiden kohdalla oli tavallista, että heidän täytyi luopua harrastuksista, vaikka he näkivät kotoa lähtemisen harrastusten pariin silloin tällöin tuovan vaihtelua ja rytmiä kaiken ikäisten elämään (Hiilamo, Hänninen & Kinnunen 2011,10).

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan diakonissat kertoivat kysyneensä perheellisiltä asiakkailtaan, kuinka he itse jaksoivat ja kuinka he jaksoivat lasten kanssa. Haastatellut diakonissat kertoivat, ettei asiakkaiden jaksamattomuutta ollut aina helppoa tunnistaa, mikäli asiakas ei sitä itse ollut ottanut puheeksi. Diakonissat toivat esille, että asiakkaat eivät rohjenneet kertoa väsymyksestään neuvolassa. Erityisesti yksinhuoltajien kanssa keskusteltaessa oli kartoitettu perheen arjen sujumista ja jaksamista lapsen kanssa. Diakonissat kertoivat, että neuvolan kanssa tehtiin hyvää yhteistyötä lapsiperheiden parhaaksi. Haastatelluissa tuli esille, että mikäli diakonissalla heräsi huoli vanhemman jaksamisesta tai lapsen tilanteesta, hän otti herkästi yhteyttä neuvolaan ja keskusteli terveydenhoitajan kanssa ja tilanne tarkistettiin.

Lastensuojelulaissa (417/2007) edellytetään, että äitiys- ja lastenneuvolassa sekä muussa terveydenhuollossa, päivähoidossa, opetuksessa ja nuorisotyössä annetaan erityistä tukea silloin, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana. Lastensuojelulaki tarjoaa kunnan eri toimialoilla tehtävään työhön yhteisen käsitteen erityinen tuki. On huomattava, että terveys-, sosiaali- ja opetus-toimessa käytetään myös muita lähes samaa asiaa tarkoittavia termejä kuten varhainen tuki ja varhainen puuttuminen. (Lastensuojelulaki 417/2007, § 25.)

Viime vuosina tehdyt tutkimukset (Lammi-Taskula & Salmi 2008; Perälä 2011) kertovat useiden lapsiperheiden vanhempien olevan huolissaan omasta jaksamisestaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2012 Lapsiperhekyselyyn vastanneista äideistä noin kaksi viidestä ja joka kolmas isä oli huolissaan omasta jaksamisesta vanhempana. Työn ja perheen yhteensovittamiseen liittyy monia arjen pulmia, kuten aikapulaa ja kiirettä. Niukka toimeentulo lisää huolta jaksamisesta vanhempana. Lasten hyvinvointi on siis monella tavalla yhteydessä vanhempien ja perheiden tilanteeseen – työpaineisiin, toimeentu-

loon ja ajankäyttöön. Parisuhteen ristiriidat vaikuttavat kotitöihin ja heijastuvat helposti lasten hoitoon. Työelämän paineissa työn ja perheen yhteensovittaminen on usein suuri haaste. (Lammi-Taskula, Karvonen & Ahlström 2009, 3.)

Perälä, Salonen, Halme & Nykäsen (2011) mukaan vanhemmat olivat huolissaan omasta jaksamisestaan. Vanhempana toimimisen tavalliset huolet liittyivät yhteisen ajan riittävyyteen lapsen kanssa, vanhemmuuden taitoihin ja vanhemman maltin menettämiseen ristiriitatilanteissa. Viidennes vanhemmista koki myös huolta syyllisyyden tunteesta, ylihuolehtivuudesta ja riittämättömyydestä. Perheen tilanteeseen liittyvät tavallisimmat huolet liittyivät parisuhdeongelmiin ja taloudellisiin vaikeuksiin tai työttömyyteen. (Perälä, Salonen, Halme & Nykänen 2011, 38.)

Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousi esille vanhempien riitaisan eron aiheuttamat vaikeudet ja erityisesti vaikeus saada kriisitilanteessa keskusteluapua. Diakonissojen haastattelujen mukaan riitaisassa erossa asiakas oli saanut vain yhden ajan perheneuvolaan ja sosiaalitoimen työntekijä oli todennut, että käräjäoikeus ratkaisee aikanaan huoltajuuskiistan. Erokiisisä asiakas oli saanut keskusteluapua diakonissalta. Antikaisen (2007) mukaan lapsiperheen ero merkitsee huomattavaa riskiä kaikkien perheenjäsenten ja erityisesti lasten hyvinvoinnille. Varsinkaan eron alkuvaiheessa erokriisiään läpikäyvä vanhempi ei yleensä näe kovin hyvin lapsen etua, vaikka haluaisikin. Lapsen näkökulma ei ensisijaisesti ohjaa vanhemman toimintaa. Lapsen hyvinvointi ja kasvu vaarantuvat jos lapsen tarpeisiin ei osata kiinnittää riittävää huomiota. Eroavia vanhempia kohtaavia työntekijöitä ja ylipäänsä auttamisjärjestelmää on arvosteltu siitä, ettei se pysty eroperheiden kiistatilanteissa tasapuolisesti tukemaan molempia vanhempia ja molempien vanhempien suhdetta lapseen. (Antikainen 2007,170.)

Eronnut perhe säilyy perheenä myös eron jälkeen. Se voi olla hajallaan useassa eri paikassa tai täydentyä uusilla perheenjäsenillä. Lapselle perheen määrittelyssä on oleellisinta suhteiden emotionaalinen ja käytännöllinen merkitys. Eron jälkeen hyvinvoivat lapset voivat kärsiä siitä, jos he törmäävät myyttiin, jonka mukaan vain ydinperhe on oikea normaali perhe. Vanhempien riidoista ja

sopeutumisen vaikeudesta huolimatta lapsi voi kokea perhesuhteiden muuttamisen myönteisenä. Lapselle on tärkeää tietää, että hän kuuluu vanhempien eron jälkeen kummankin vanhemman sukuun tai suvun puuttuessa muuhun lähiyhteisöön. Lapsella tulisi olla mahdollisuus luottaa ja kokea, että vanhempien ero voi parantaa joitakin asioita myös hänen elämässään. (Hokkanen 2005, 137.) Salon (2012) väitöskirjassa tulee esille, että tehtäessä työtä parisuhdeongelmien parissa on ensiarvoisen tärkeää kiinnittää huomiota myös perheen lasten tilanteeseen (Salo 2012, 127).

Rundgren (2008) toteaa opinnäytetyönsä johtopäätöksissä, että perhediakoniassa kohdataan hädän ääripään perheitä. Tyypillisimpiä asiakasperheitä ovat lastensuojelun tukitoimenpiteitä tarvitsevat perheet. Perhediakonia näyttää olevan enemmän lastensuojelun perhetyötä kuin ennaltaehkäisevää työtä. Tässä palataan diakoniatyön perusteisiin eli autetaan niitä, joiden hätä on suurin. Diakoniatyön perhetyössä työntekijät kotikäynneillään ovat tilanteissa, joissa elämän kipu on läsnä. (Rundgren 2008, 57.)

THL:n hankkeena ehkäisevässä ja edistävässä työssä on mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvien siirtymiseen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen liittyvien työmenetelmien kehittäminen, juurruttaminen, sekä sektorirajat ylittävien palveluiden kehittäminen. Työmenetelmien osalta keskeinen merkitys on toimiva lapsi ja perhe –menetelmillä (Moring, Martins, Partanen, Bergman, Nordling & Nevalainen 2011, 155; Niemelä 2012, 63-65, 97).

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella diakonissan työhön kuului mielenterveyden edistäjänä paljon ohjausta ja neuvontaa. Diakonissojen kokemusten mukaan kokonaisvaltainen kohtaaminen oli tärkeää sekä valmius kuulla kaikki mitä asiakas uskalsi tuoda esille. Diakonissa kertoi, että hän oli erilaisissa tilaisuuksissa mukana ja keskustelemassa ja sillä tavalla tuli yhteydenottoja ja sovitettiin aika vastaanotolle, jossa voitiin keskustella rauhassa.

Lukuisat tutkimukset ja selvitykset ovat vuosia osoittaneet, että korjaavan työn määrällistä kasvua voidaan saada vähemmäksi ainoastaan panostamalla ehkäisevään työhön. Toinen merkittävä ongelma on sosiaalisten ongelmien ja so-

siaalisen huono-osaisuuden ylisukupolvisuus. Ehkäisevään työhön panostaminen on osoittanut olevan toimiva keino huono-osaisuuden periytyvyyden katkaisemisessa. (Niskanen 2012.)

Tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi, että perhekerhot ajateltiin vertaistukiryhmiksi, joissa samassa elämäntilanteessa olevat perheet voivat keskustella ja saivat tukea toisiltaan. Ryhmä- ja vertaistukitoiminnan tarjoama tuki ja mahdollisuus yhteisöllisyyteen oli merkityksellistä mielenterveyden edistämisen näkökulmasta niin yksittäisille henkilöille kuin yhteisöllisestikin nähtynä.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella mielenterveyden edistämistä diakoniatyössä kuvattiin perheiden tukemisella kriiseissä. Perheissä kriisitilanteita aiheuttivat ja psyykkistä jaksamista koettelivat vaikeutuneet perhesuhteet, harvemmin väkivalta, äitien jaksaminen, yksinäisyys, tarve puhua jonkun kanssa, alkoholin käyttö, työttömyys ja perheenjäsenen sairastuminen. Tuki ilmeni keskusteluapuna kodeissa. Luottamuksellisen asiakaskontaktin syntyessä hiljalleen, avuntarve ja perheen tilanne oli turvallisempaa avata ja yhdessä miettiä erilaisilta auttajatahoilta tuen saannin mahdollisuutta. Kolme diakonissaa kertoi kuuluvansa paikalliseen kriisityöryhmään.

Seppäsen (2010, 65) mukaan hengellinen tuki liittyy psyykkisen kriisin tiedolliseen käsittelemiseen, se on elämänarvojen etsintää, tunteiden käsittelemistä ja kohtaamista, sosiaalista tukea ja toivon ylläpitämistä myös perusturvallisuuden julistamista. Perheen arviointiprosessi alkaa siitä, että kartoitetaan tunnistetut ongelmat, huolenaiheet ja vaikeudet. Tarkastelemalla miten perheen arki sujuu ja millaista perheessä on elää, voidaan laajentaa näkemyksiä perheen tavasta ymmärtää vaikeuksia ja tutkia sitä, kuinka lasten tarpeisiin perheessä vastataan. (Laukkanen 2011, 7.)

Äidin masennus lisää riskiä lasten käytös- ja tunne-elämän ongelmiin nuoruudessa ja mielenterveysoireisiin aikuisiässä. Nuoret eivät aina tunnista tai koe perheväkivaltaa omaa hyvinvointiaan ja mielenterveyttään uhkaavaksi tekijäksi. (Kinnunen 2011, 41–42.) Lasta kuormittavien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää; vanhemman psyykkiset ongelmat, väkivalta, päihteiden käyttö, työttömyys,

taloudellinen tilanne, vanhemman häiriön luonne ja kesto, vanhemmuuden ongelmat, vanhemman vakavat fyysiset sairaudet ja, puhumattomuus. (Solantaus 2010).

6.1.2 Ikääntyneiden mielenterveyden edistäminen

Tässä opinnäytetyössä diakonissojen tekemä mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden parissa ilmeni mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistamisena. Diakonissojen pyrkimyksenä oli tukea ikääntyneiden yksilöllistä, itsenäistä selviytymistä, mahdollistaa heidän sosiaalista osallisuuttaan sekä vahvistaa heidän hengellisiä voimavarojaan. Itsenäisen selviytymisen tukemisessa korostui kotikäyntityö. Vaikka kotikäyntityö vaati paljon aikaa, se koettiin merkittäväksi työmuodoksi ja ikääntyneen asumista ja itsenäistä selviytymistä kotona haluttiin tukea. Kotikäynneillä toteutui kahdenkeskinen kohtaaminen ja läsnäolo, joka mahdollisti ikääntyneille omasta elämäntilanteestaan kertomisen ja kuulluksi tulemisen.

Ikääntyneiden elämäntilannetta haluttiin lähestyä kokonaisvaltaisesti ja heidän yksilölliset tarpeet pyrittiin huomioimaan niin fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta kuin hengellisestä näkökulmasta. Diakonissat kiinnittivät huomiota ikääntyneiden ulkoiseen olemukseen, vuorovaikutukseen ja toimintakykyyn. Kotikäynneillä annettiin monipuolista ohjausta ja neuvontaa mielenterveyttä edistäviin valintoihin, kuten arjen sujumiseen, ravintoon, lepoon, liikkumiseen, terveyteen, taloudellisiin asioihin ja tukipalveluihin liittyen sekä kerrottiin seurakunnan järjestämästä toiminnasta. Diakonissojen huomattaessa ikääntyneiden tilanteessa huolta aiheuttavia muutoksia, he ottivat asian puheeksi ja tarvittaessa ottivat yhteyttä omaisiin tai esimerkiksi kotihoitoon. Mielenterveyden edistämisen kannalta merkittävänä koettiin ikääntyneiden arvostava ja kunnioittava kohtaaminen. Diakonissat kokivat tärkeäksi, että ikääntynyt koki tulleen nähdyksi, kuulluksi ja kohdatuksi yksilöllisesti. Ikääntyneen itsemääräämisoikeutta, kunnioittavaa ja arvostavaa kohtaamista elämän loppuun asti korostettiin.

Edellä mainitut opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväisiä useiden tutkimusten mukaan (Kinnunen 2009 b; Gothóni 2009; Nykänen 2007). Sairas köyhyys-tutkimuksen mukaan terveysongelmia päästään käsittelemään nopeammin ja syvällisemmin kotikäynneillä kuin diakoniatyöntekijöiden vastaanotoilla. Kotikäyntien todettiin olevat avainasemassa erityisesti huonokuntoisten vanhusten ja koteihinsa eristäytyneiden mielenterveyskuntoutujien avuntarpeen huomaa-misen kannalta. (Kinnunen 2009 b, 71–72.) Anna & Arvo-hankkeen tulosten mukaan kotikäyntityö oli merkityksellistä erityisesti muistisairauksista kärsiville, päihteitä käyttäville, mielenterveysongelmallisille, masentuneille ja yksinäisille vanhuksille (Gothóni 2009, 26, 39–40). Nykäsen (2007) tutkimuksen mukaan kotona asuminen merkitsi ikääntyneelle vapauden, itsenäisyyden ja omavalin-taisen ohjelman mahdollistumista ja vapautta tehdä kotona ja pihapiirissä halu-amiaan asioita (Nykänen 2007, 107–108). Myös Terveyden edistämisen laa-tusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) esitetään, että terveyden edistämisen tulee tukea ikääntyneiden itsenäistä elämää omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan ikääntyneillä oli enemmän tarvetta koti-käynteihin kuin diakonissoilla oli resursseja tarjota niitä. Kotikäynnit kohdis-tuivatkin pääasiassa huonokuntoisimpien ikääntyneiden luokse. Kotikäyntipyynn-töjä tuli ikääntyneiltä itseltään, mutta myös omaisilta, tuttavilta, naapureilta, koti-hoidon henkilökunnalta sekä jonkin verran eri yhdistysten kautta. Tämä yhteisöl-linen huolenpito ikääntyneistä herätti diakonissoissa tyytyväisyyttä. Tarvittaessa diakonissat auttoivat ikääntyneitä kotiavun saamiseksi avustamalla yhteyden-otoissa ja tiedonvälityksessä esimerkiksi kotiapuun. Hiilamo, Hänninen & Kin-nunen (2011) sekä Pietilä & Saarenheimo (2011) tarkastelevat kotikäyntityötä kuntapuolelta katsoen. Hiilamo, Hänninen & Kinnusen tutkimuksessa ilmeni, että useissa kunnissa oli resurssipulaa kotihoidossa. Vanhusten psyykkisen turvallisuuden tarpeeseen, sosiaalsiin tarpeisiin ja ulkoiluun ei aina kiinnitetty tarpeeksi huomiota. (Hiilamo, Hänninen & Kinnunen 2011, 13–14.) Pietilä & Saarenheimon (2011, 170) tutkimuksessa tuli esille, kuinka nykyiset mielenter-veyspalvelut sopivat erityisen huonosti niille iäkkäille, jotka eivät kyenneet tule-maan työntekijän vastaanotolle, vaan joiden luokse olisi pitänyt tehdä kotikäynti.

Opinnäytetyön mukaan diakonissat kohdensivat pääasiassa rajalliset kotikäyntiresurssit niille ikääntyneille, jotka olivat huonokuntoisimpia ja vaarassa eristäytyä tai jo eristäytyneet koteihinsa. Näin toimiessaan diakonissat tekivät todeksi Kirkkojärjestyksen (1055/1993) ohjeistusta kohdistaa apua ja tukea sinne, missä hätä on suurin ja minne muu apu ei ulotu. Kommentoidessaan vuosina 2011–2012 tehtyjä diakonian väitöskirjoja Ryökäs (2012) ottaa kantaa siihen, että mikäli diakoniatyöntekijöiden toiminta jää vain niiden aktiivisten asiakkaiden kohtaamiseen, jotka jaksavat tulla diakoniatoimistoon vastaanotolle, hädän ääripää jää kohtaamatta (Ryökäs 2012, 221).

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan ikääntyneen elämäntilanteeseen liittyvien, positiivista mielenterveyttä vaarantavien, riskitekijöiden huomioiminen koettiin tärkeäksi. Riskitekijöitä ikääntyneen positiiviselle mielenterveydelle olivat yksinäisyys, elämänvaiheeseen liittyvät pelot, sairauden ja kuoleman kysymykset sekä taloudelliset huolet. Ikääntyneiden yksinäisyyden kuvattiin olevan yleistä ja siihen johtaneiksi syiksi mainittiin sosiaalisten suhteiden vähyys, eristäytyminen kotiin sekä leskeytyminen iäkkäänä. Tulokset ovat yhteneväisiä jyvaskyläläisiä eläkeikäisiä tutkineen, monitieteisen Ikivihreät-projektin seurantatutkimusten tulosten (Heikkinen 2003) sekä Uotilan (2011) tutkimuksen kanssa. Molemmissa tutkimuksissa ilmeni, että iäkkäiden oman kokemuksen mukaan yksinäisyyden taustalla oli sairauksia, omaisten sairauksia tai kuolemaa, varojen puutetta ja toimintakyvyn, erityisesti liikkumiskyvyn rajoitteita, näön heikkenemistä sekä kipujen ja särkyjen rajoittamaa mahdollisuutta osallistua mielekkääseen toimintaan. (Uotila 2011, 46–50; Heikkinen 2003, 91.) Lisäksi yhteisyyden, läsnäolon, lämmön sekä turvallisuuden puute rasittivat ikääntyneen mieltä (Heikkinen 2003, 91).

Heikkinen & Kauppisen (2011) kuusitoista vuotta kestäneen seurantatutkimuksen mukaan ikääntyneiden kokemus yksinäisyydestä kasvoi iän karttuessa. Heillä, jotka kokivat itsensä yksinäisiksi, esiintyi myös muita enemmän masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Elinympäristön turvallisuus tai turvattomuus heijastui henkiseen hyvinvointiin myös hyvin korkeassa iässä. (Heikkinen & Kauppisen 2011, 33.) Myös Uotilan (2011) tutkimuksessa yksinäisyyden syyksi nimettiin itsessä tapahtuneet muutokset ikääntymisen myötä. Haastateltavat pu-

huivat sisäisistä ja psyykkisistä muutoksista sekä oman käytöksen ja luonteen muuttumisesta. Muutoksien koettiin vaikeuttavan uusien ihmissuhteiden solmimista. Vaikka yksinäisyyden tunteille esitettiin monia syitä, tulkittiin se osittain myös ikääntymiseen luonnollisesti kuuluvana asiana. (Uotila 2011, 46–50.)

Tämän opinnäytetyön mukaan ikääntyneiden mielenterveyttä suojaavana tekijänä ilmennyt sosiaalisen osallisuuden mahdollistaminen sisälsi monimuotoisen ryhmätoiminnan järjestämisen sekä vertaistukitoiminnan omaishoitajille ja sureville. Diakonissojen järjestämän ryhmätoiminnan kautta ikääntyneille mahdollistui yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokeminen. Ryhmätoiminnat koettiin ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi, jotka toivat virkistystä ja sisältöä ikääntyneiden arkeen. Kerhotoiminnan kautta ikääntyneille tarjottiin mahdollisuus löytää jokin tietty ryhmä, johon he voivat tuntea kuuluvansa ja jossa he voivat vaihtaa kuulumisia ja kokea ystävyyttä.

Opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväisiä Heikkilän (2011, 59, 84) ja Kinnusen (2009 e., 251) tutkimuksien kanssa, joiden mukaan seurakuntien yhteisöllistä ja sosiaalista tukea tarjoavilla kerhoilla ja kohtaamispaikoilla voidaan ennaltaehkäistä ikääntyneiden psykososiaalisia terveyden ongelmia. Myös Rättyän (2009, 145 -146) mukaan diakoniatyöllä on yhteisöllisen toimintansa kautta erinomaiset mahdollisuudet vahvistaa yhteisön sosiaalista pääomaa, terveyttä ja hyvinvointia. Vuotin (2011, 102–103) tutkimuksen mukaan ikääntyneiden toimijuutta ja osallisuutta tukeva ympäristö tuotti hyvinvointia. Myös Sohlmanin (2004, 137) tutkimuksen mukaan sosiaalinen tuki vahvisti positiivista mielenterveyttä erittäin merkittävästi.

Tämän opinnäytetyön mukaan diakonissat tunnistivat läheisen kuoleman kriisikohdaksi, johon liittyi riski sairastua fyysisesti tai psyykkisesti. Tämä tulee ilmi myös eri tutkimuksissa, joiden mukaan surun seurauksena terveys, toimintakyky ja tyytyväisyys elämään voivat heiketä (Sankelo 2011, 1; Aho 2010; Ha, Carr, Utz.& Nesse 2006). Sankelo tutki yli 75-vuotiaita leskiä todeten ikääntyneiden surukokemuksen ytimen olevan siinä muutoksessa, joka erotti yhdessä pitkään eläneet puoliset toisistaan ja muutti syvällisesti lesken elämää. Puolison kuolema aiheutti mielialan laskua, surua, ikävää, kaipausta ja masennusta.

Leskien kokemuksiin sisältyi väsymyksen, jaksamattomuuden, lamaannuksen, tyhjyyden ja yksinäisyyden tunteita sekä halua kuolla. Jonkin ajan kuluttua leskeytymisestä kaikilla heräsi tarve jakaa kokemustaan lasten, ystävien, sukulaisten, naapurien tai kohtalotoverien kanssa. (Sankelo 2011, 125–127.)

Tässä opinnäytetyössä haastatellut diakonissat järjestivät vertaistukitoimintaa sureville ja omaishoitajille. Diakonissojen mukaan vertaisryhmät oli koettu ennaltaehkäisevinä ja mielenterveyttä edistävinä. Omaishoitajien kuvattiin olevan väsyneitä ja uupuneita. Myös Kinnusen (2009 e., 249) tutkimuksessa omaishoitajien uupumus tuli ilmi. Jantusen (2008) tutkimuksessa masentuneiden saamista vertaistuesta ilmeni, että vertaistuki lisäsi masentuneen osallisuuden kokemusta ja edisti heidän voimaantumista. Vertaistuki täydensi ammattiapua ja vertaistuessa hyödynnettiin mielenterveyskuntoutujien kokemusasiantuntijuutta. (Jantunen 2008, 90–91.)

Tämän opinnäytetyön mukaan osassa seurakunnista diakonissoilla oli tapana ottaa järjestelmällisesti yhteyttä puhelimitse iäkkäänä leskeksi jääneisiin ja kysyä heidän vointiaan ja mahdollista tuen tarvettaan. Leskeytyneet olivat kokeneet puhelut myönteisinä ja diakonissat kokivat tämän toimintamuodon olevan merkittävää surevien mielenterveyden edistämiseksi. Näiden soittamiensa puheluiden avulla diakonissoilla oli mahdollista löytää ne surevat, joilla oli hankaluuksia arjen hallinnassa ja surusta toipumisessa, mutta eivät itse jaksaneet ottaa yhteyttä mihinkään auttajatahoon.

Opinnäytetyön tulos on samansuuntainen Kaunonen, Åstedt-Kurki, Paunonen & Erjantin (2000) tutkimuksen kanssa. Kaunonen kehitti hoitotyön tukitoimintamallin surevien perheiden tukemiseen, jossa leskille voitiin soittaa tukipuheluita tai tarjota ryhmäkokouksia. Naislesket tarvitsivat enemmän emotionaalista tukea ja vahvistusta pärjäämisessään. Mieslesket puolestaan tarvitsivat neuvontaa siitä, mistä saa apua tai konkreettista apua kotitöistä selviämiseen. Mallin avulla voitiin vähentää yksinäisyyttä niin mies- kuin naisleskien keskuudessa. (Kaunonen, Åstedt-Kurki, Paunonen & Erjanti 2000.) Tässä opinnäytetyössä diakonissat eivät sanoittaneet soittamiaan puheluita tukipuheluiksi.

Tässä opinnäytetyössä haastatellut diakonissat kuvasivat hengellisyyden merkitystä tärkeänä voimavarana ja mielenterveyttä suojaavana tekijänä ikääntyneille ja pitivät tärkeänä heidän hengellisten tarpeiden huomiointia. Diakonissat kuvasivat ikääntyneiden pohtivan paljon elämän tarkoitusta ja kelpaamistaan vanhana, sairaana ja raihnaisena. Hengellisyyden kuvattiin antavan turvaa ja toivoa tulevaisuuteen ja vahvistavan ikääntyneen identiteettiä hänen kokiessaan Jumalan hyvänä ja rakastavana ja jonka johdosta ikääntynyt saattoi kokea itsensä arvokkaaksi ja ainutlaatuiseksi. Järjestämällä erilaisia hengellisiä tilaisuuksia ikääntyneille tarjottiin mahdollisuus saada hengellistä tukea sekä kokea yhteisöllisyyttä. Diakonissat käyttivät työssään virsilaulua, rukousta, Raamatun lukua sekä sielunhoidollisia keskusteluja. Diakonissojen mukaan hengellisistä asioista tulisi puhua nykyistä enemmän, sillä sitä asiakkaat usein odottivat.

Hengellisyys on haastava ja monimerkityksellinen käsite. Useissa tutkimuksissa lähikäsitteet hengellisyys, spiritualiteetti ja uskonnollisuus esiintyvät vaihtelevasti ja lähes synonyymeinä. (Karvinen 2009.) Käsite-eroavuuksista huolimatta tutkimuksissa käy ilmi hengellisyyden merkittävä vaikutus niin fyysiseen, psyykkiseen kuin hengelliseen terveyteen (Karvinen 2009; Van Dover and Pfeiffer 2007; Hill & Pargament 2003). Karvisen mukaan hengellisellä hoitotyöllä ei tähdätä pelkästään henkiseen ja hengelliseen tukemiseen, vaan myös mielenterveyden tukemiseen (Karvinen 2009, 130–133). Tässä opinnäytetyössä tuli ilmi kuinka joskus hengellisyys voi saada epäterveitä piirteitä, jolloin hengelliset kysymykset painottuvat asiakkaan elämänpöörissä epätavallisen paljon. Tällaisissa tilanteissa diakonissat tukivat asiakasta terveeseen hengelliseen elämään korostaen hengellisyyden turvallisuutta tuovaa puolta.

6.1.3 Mielenterveyden edistämisen valmiudet

Diakonissojen valmiuksia tarkasteltaessa valmius asiakaslähtöiseen työskentelyyn mielenterveyden edistämässä tuli esille läpi koko haastatteluaineiston. Asiakkaiden kohtaamisissa lähdettiin liikkeelle asiakkaan yksilöllisistä tarpeista ja pyrkimyksenä oli heidän kokonaisvaltainen hyvinvointinsa. Kohtaamisvalmiudet korostuivat ja diakonissat kuvasivat näitä valmiuksiaan laajasti. Useat dia-

konissat korostivat läsnäolon merkitystä erityisen tärkeäksi. Asiakkaat pyrittiin kohtaamaan kiireettömästi ja heidän omaa tahtiaan edetä asioidensa esille tuomisessa kunnioitettiin. Haastatteluista välittyvää asiakkaiden kohtaamista voi kuvata ihmistä arvostavaksi ja kunnioittavaksi.

Tulosta tukevat Rättyän (2009) ja Jokelan (2011) tutkimukset. Rättyän (2009, 135) mukaan diakonisessa yksilötyössä korostui läsnä oleminen, jota diakonia-työntekijät kuvasivat asiakkaan palvelukseen asettautumisena. Jokelan (2011, 84) tutkimuksen mukaan diakoniatyön asiakaskohtaukset näyttäytyivät jokaiselle asiakkaalle räätälöityinä ja yksilöllisinä. Asiakkaan kohtaamisen ja kohdautuksen tulevaisuuden tärkeys tuli ilmi myös Kilkun tutkimuksessa, jossa hyvässä yhteistyösuhteessa potilas koki, että hänet ja hänen tarpeensa otetaan vakavasti (2008, 132–135).

Heikkilän (2011, 83) tutkimuksen mukaan osa diakonisseista vierasti terveyden edistämisen käsitettä ja ilmiötä kirkon kontekstissa. Tässä opinnäytetyössä ei tullut esille vastaavaa. Haastatellut diakonissat tunnustivat terveyden edistämisen käsitteen, sillä kaikki haastateltavat kuuluivat terveyden edistämisen hankkeeseen *Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina*. Diakonissat kuvasivat sairaanhoitaja- diakonissa koulutuksen antaneen hyvät pohjatiedot ihmisen terveydestä ja sairaudesta. Peruskoulutuksesta saatua valmiuksia mielenterveyden edistämisestä kuvattiin riittämättömiksi ja diakonissat tunnustivat lisätiedon tarvetta mielenterveyden kysymyksiin liittyen. Töllin (2009) tutkiessa sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveystyön valmiuksien oppimista Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä tuli esille, että tavoite ammattikorkeakoulutasoisesta, systeemiselle tasolle yltävästä, oppimisesta mielenterveysshoitotyössä jäi opinnoissa toteutumatta (Tölli 2009, 5).

Diakonissojen kuvauksissa mielenterveyden edistämisen valmiuksistaan voi nähdä prosessimaista ammattitaidon ja asiantuntijuuden kehittymistä. Perustiedot ja -taidot oli saatu sairaanhoitaja-diakonissa koulutuksesta ja lisäkoulutuksen sekä työ- ja elämäkokemuksen myötä valmiudet kasvoivat. Diakonissat kuvasivat kuinka heidän täytyi työssään koko ajan etsiä uutta tietoa ja kehittää ammattitaitoaan. Valmiuksien lisääntymisen kuvattiin näkyvän varmuutena ja

valmiutena tunnistaa asiakkaan positiiviseen mielenterveyteen liittyviä tai sitä kuormittavia tekijöitä.

Sarajärvi, Mattila & Rekolan (2011) mukaan asiantuntijaosaaminen on paitsi tietämistä myös laajempaa tekemisen hallintaa, jossa sosiaalinen vuorovaikutus painottuu. Asiantuntijaosaamiseen sisältyy myös joustavuutta, epävarmuuden sietoa, muutoshalukkuutta, jatkuvaa arviointia ja kehittämistä. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 46.) Etenkin avohoidon puolella työskennellessään hoitajan tulee kehittää osaamistaan ja asiantuntemistaan, jotta hän voi tukea asiakkaiden hyvinvointia yksilöllisesti. Hoitajalta vaaditaan monipuolista osaamista sekä osaamisen kehittämistä. Osaamisen tulee perustua monitieteiseen arvoperustaan, käytännön osaamiseen sekä yleisesti hyväksytyihin arvoihin. (Kanerva 2012, 31, 297.)

Tässä opinnäytetyössä mielenterveyteen liittyvien kysymysten kuvattiin tulevan usein esille epäsuorasti, ”rivien välistä”, kuten eräs vastaajista kuvasi. Valmiuksien karttuessa kasvoi tietoisuus puheeksi ottamisen tärkeydestä ja rohkeus tarttua piilossa oleviin asioihin. Mielenterveyteen liittyvistä kysymyksistä ja häiriöistä pyrittiin puhumaan samoin kuin mistä tahansa terveydellisestä ongelmasta. Tästä voidaan ajatella, että näin toimien diakonissat osaltaan saattoivat vähentää mielenterveydenhäiriöihin liittyvää leimautumista. Leimautumisen, häpeän ja syrjinnän vähentäminen ovat WHO:n Mielenterveysjulistuksen (2005) ja Mielenterveystyön toimintasuunnitelma Euroopassa (2005) keskeisiä kohtia. Aromaan (2011) tutkimuksen mukaan tietoisuuden lisääminen mielenterveyden häiriöistä vähensi masennuksesta johtuvaa stigmatisointia. Mielenterveyspalveluiden vieminen peruspalvelutasolle muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteyteen on tärkeä keino parantaa avun vaikuttavuutta sekä vähentää hoitoon hakeutumiseen liittyvää leimautumista. (Aromaa 2011, 7-10, 47–57.)

Tässä opinnäytetyössä diakonissat näkivät sielunhoidollisen osaamisensa vahvuutena mielenterveyden edistämistyössään. Eräässä vastauksessa sen mainittiin olevan yksi diakonissan ydinosamisalueista. Nimenomaan asiakkaan toivon ylläpitäminen ja rohkaisu koettiin tärkeiksi. Gothóni & Jantusen (2010, 75) tutkimuksessa diakonissat ja Jokelan (2011, 192–193) tutkimuksessa diakonia-

työntekijät, korostivat olevansa seurakunnassa hengellisen työn tekijöitä ja kokivat oman ammatillisuuden pohjautuvan vahvasti hengelliseen osaamiseen. Tässä opinnäytetyössä sielunhoidollinen osaaminen ei korostunut ylitse muiden valmiuksien, vaan oli ikään kuin luonnollisena osana diakonissan ammattitaitoa ja asiantuntijuutta mielenterveyden edistämisessä.

Tämän opinnäytetyön mukaan diakonissoilla oli monipuoliset valmiudet ohjata asiakkaitaan. Ohjausvalmiuksiin sisältyivät valmiudet ohjata terveyteen liittyvissä kysymyksissä ja arjen toiminnoissa, taloudellisen ohjauksen valmiudet, varhaisen puuttumisen valmiudet sekä valmiuksia palvelu- ja hoitohjaukseen. Näihin ohjausvalmiuksiin kuului oleellisesti valmiudet tehdä moniammatillista yhteistyötä esimerkiksi lastenneuvolan, sosiaalityöntekijöiden ja terveyskeskuksen henkilökunnan kanssa. Tulos on yhteneväinen Gothóni & Jantusen (2010) tutkimustulosten kanssa. Tarkastellessaan diakonissojen sairaanhoitajan osaamisvaatimusalueita Gothóni & Jantunen (2010, 91) totesivat diakonissoilla olevan vahvaa ohjaus- ja opetusosaamista.

Tämän opinnäytetyön mukaan useimmat diakonissat kuvasivat käyttävänsä asiakastyössä voimavaraista lähestymistapaa. He kuvasivat tukevansa asiakkaitaan etsimään elämästään asioita, jotka olivat hyvin ja rohkaisivat huomioimaan konkreettiset, pienet edistysaskeleet elämäntilanteen kohentuessa. Osa haastateltavista kuvasi käyttävänsä asiakastyössään ratkaisukeskeisen lähestymistavan elementtejä. Menetelmällisistä valmiuksista mainittiin keskustelu, kuuntelu, havainnointi sekä toiminnalliset menetelmät.

Opinnäytetyössä diakonissojen mielenterveyden edistämisen valmiuksia kartoitettaessa esiintyi myös ristiriitaisuutta. Osa diakonissoista koki etteivät he hallitse erityisiä, ”hienoja” menetelmiä, vaikka olivat aiemmin haastattelun aikana kuvanneet käyttävänsä jotain tiettyä menetelmää. Tästä voi päätellä, että työmenetelmien tunnistamiseen liittyi hankaluutta tai arkuutta. Työmenetelmien soveltamisessa diakoniatyöhön tuli ilmi myös asenteellisia esteitä. Osan mielestä testit, mittarit ja haastattelukaavakkeet eivät kuuluneet diakoniatyöhön ja osa kuvasi vastustustaan erilaisiin malleihin tunnepitoisesti. Toisaalta diakonissat

kuvasivat, kuinka olisi hyödyllistä hallita useampia eri menetelmiä, jotta voisi tukea asiakkaita yksilöllisesti.

Tässä opinnäytetyössä haastatelluista diakonissoista kolmella oli psykiatrisen sairaanhoitajan pätevyys. Tätä erityisosaamista ei ollut seurakunnan sisällä työnjaollisesti hyödynnetty esimerkiksi siten, että se olisi vaikuttanut työn paino-
pistealueen määräytymiseen. Opinnäytetyössä ei tullut kuitenkaan ilmi, mitkä tekijät olivat vaikuttaneet työnjaollisiin seikkoihin kokonaisuudessaan. Nikkilä & Paasivaara (2007) toteavat jokaisen työntekijän tuovan mukanaan työyhteisöön omat kykynsä ja osaamisensa ja jotka yhdistettäessä muodostuu työyhteisön yhteiset voimavarat. Organisaatiossa erityisesti johtajan tulisi tunnistaa ja ottaa työntekijöiden erityisosaamisalueet huomioon. (Nikkilä & Paasivaara 2007, 81–82.)

6.1.4 Paikallinen yhteistyö mielenterveyden edistämässä

Tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli esille paikallisen yhteistyön kehittämisen tarve mielenterveyden edistämässä. Diakonissojen kuvausten perusteella paikallinen yhteistyö oli monimuotoista, mutta vaati kehittämistä. Yhteistyössä nähtiin sekä mahdollisuuksia että haasteita.

Tähän opinnäytetyöhön haastatellut diakonissat kertoivat paikallisen neuvolan terveydenhoitajien kanssa yhteistyön olleen hyvää ja esimerkiksi perhevalmennusta oli järjestetty yhdessä. Kohtala, Leskinen & Rapinoja toteavat, että ennaltaehkäisevässä parisuhdetyössä moniammatillinen toimijuus toteutui laajasti. Seurakunta oli aktiivinen yhteistyökumppani. (Kohtala, Leskinen & Rapinoja 2009, 22.)

Tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että yhteistyötahot arvostavat diakoniatyössä tehtävää kotikäyntityötä, diakonissat voidaan tavoittaa virka-ajan ulkopuolella ja he ovat valmiita lähtemään työtehtäviin kellonajasta riippumatta. Tulosten valossa pienillä paikkakunnilla kunnallisten verkostojen kanssa yhteistyö on tiiviimpää, kuin suurilla paikkakunnilla. Yhteistyön teki helpoksi se, että

työntekijät tunsivat toisensa. Diakonissat tekivät kotisairaanhoidajien kanssa yhteistyötä, yhteyttä otettiin puolin ja toisin. Esille tuli, että tuntemalla toisten toimijoiden työt ja vastuualueet osasi työssään ohjata asiakkaita oikeiden auttajatahojen luo ja välttyttiin päällekkäisiltä töiltä.

Jokela (2011) toteaa väitöskirjassaan, että jo syksyllä 2008 kerätessään etnografista aineistoa oli aistittavissa aiemmin samana vuonna käynnistynyt kansainvälisen rahoituskriisin aiheuttama lama. Asiakkaat toivat puheissaan esille huoltaan uudesta lamasta ja sen vaikutuksista omaan elämäänsä ja yhteiskuntaan. Usean asiakkaan elämä on ollut kuitenkin yhtä lamaa jo kauan. Asiakkaiden puheissa tuli esille edellisestä 1990-luvun alun lamasta lähtien erilaisissa etuuksissa ja palveluissa huonompaan suuntaan tapahtunut muutos. Asiakkaan näkökulmasta julkiset palvelut ovat supistumassa ensiavuksi pahimpaan hätään. Siinä tilanteessa seurakunnan diakoniatyön asiakastyön rooli korostuu jatkuvuutena ja pysyvyytenä asiakkaan elämässä. On olemassa edelleen paikka, jossa keventää huolia, vaikka asiakkuus muihin auttajatahoihin päättyisi. (Jokela 2011, 179–180.)

Useiden haastateltujen diakonissojen kokemuksen mukaan seurakunnan diakoniatyön asiakastyön rooli korostuu jatkuvuutena ja pysyvyytenä asiakkaan elämässä. Yhteiskunta ei kykene täyttämään velvollisuuksiaan auttaa vaikeuksissa olevia ihmisiä, vaan muut tahot joutuvat ottamaan vastuuta siitä, mikä on aikaisemmin kuulunut yhteiskunnalle. Jokela toteaa väitöskirjassaan (2011), että diakoniatyön resurssit suuntautuvat niihin, jotka ohjautuvat muista avunlähteistä diakoniatyöntekijän luokse tai jotka osaavat sinne itse hakeutua. Etsivään työhön ei välttämättä liikene aikaa. Paikkaamalla yhteiskunnan aukkoja hiljaisesti ääntä pitämättä diakoniatyö antaa hyväksyntänsä vallitsevalle käytännölle. (Jokela 2011, 181.) Kettusen mukaan diakoniatyö täydentää sosiaalityötä taloudellisena avustamisena, käytännön elämässä tukemisena ja asiakkaan tilanteen näkemisenä erilaisesta näkökulmasta (Kettunen 2001, 192).

Väitöksessään Määttä (2012) on tarkastellut palvelujärjestelmää tukea hakevan asiakkaan näkökulmasta. Perustuslaissa on määritelty oikeus sosiaaliturvaan työttömyyden, sairauden tai työkyvyttömyyden perusteella. Oikeuden toteutu-

mista arvioidaan kuvaamalla etuuksia hakeneiden kokemuksia siitä, miten eri tekijät ovat vaikuttaneet avun saamiseen tai etuuksien epäämiseen. Tutkimus osoitti, että sosiaaliturvaa hakevilta edellytetään usein liian suurta asiointiosuamista. Apua tarvitseva ei välttämättä tiedä, minkä tahon puoleen tulisi kääntyä. Monet kaipaavat kasvokkain tapahtuvaa neuvontaa. Työkyvyn heiketessä asiakas voi tarvita kuntoutusta, mutta hänen voi olla vaikea saada lausuntoa tai diagnoosia, joka auttaisi häntä eteenpäin. Järjestelmän monimutkaisuus näkyy myös etuuspäätöksiä tekevien työntekijöiden osaamisessa. Asiakkaan kokonaistilanne saattaa jäädä epäselväksi, kun päätökset tehdään pelkän kirjallisen hakemuksen perusteella. Työntekijä tulkitsee tuenhakijan kuvausta tilanteesta ja voi oman harkintansa mukaan tehdä päätöksen asiakkaan eduksi tai tappioksi. (Määttä 2012, 122.)

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella tuli esille, että diakonisojen tietotaitoa ei yhteistyökumppaneiden taholla riittävästi tunneta tai asenteelliset esteet seurakunnan diakoniatyötä kohtaan estävät sujuvan yhteistyön. Haastatellut nostivat esille, että mikäli eri yhteistyötahot olisivat selvillä mitä kukin tekee ja mitkä vastuut kenellekin auttajataholle kuuluvat yhteistyö mahdollistaisi asiakkaille parhaan mahdollisen avun.

Tuomela (2010) toteaa opinnäytetyössään, että seurakuntien diakoniatyöntekijöillä on paljon tietotaitoa ja mahdollisuuksia tehdä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa, mutta tämä resurssi on jostakin syystä jäänyt melko pieneksi. Esteeksi yhteistyölle löytyi vain kaksi seikkaa. Toinen oli asiakkaan ehdoton kieltäminen yhteistyön tekemisestä ja toinen oli asiakkaan seurakuntavastaisuus ja sitä kautta myös yhteistyön kieltäminen. (Tuomela 2010, 27.) Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan haastatelluista diakonisoista osa toi yhteistyön esteenä esille yhteistyökumppaneiden kiireen työssään, osa haastatelluista mainitsi myös oman kiireensä esteeksi yhteistyölle.

Valdemar Kallungin (2010) tutkimuksessa yhdeksi syyksi yhteistyön vähäisyyteen nousi kilpailuasetelma. Sosiaali- ja diakoniatyössä tehdään paljon samantaisia töitä samojen asiakkaiden parhaaksi, mutta yhteistyöllä saataisiin vielä

parempia tuloksia. Diakoniatyöntekijöitä ei mielletä tasavertaisiksi yhteistyökumppaneiksi. (Kallunki 2010, 59 - 60.)

Tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että haastateltavat toivat esille vaihtolovelvollisuuden, joka vaikeuttaa sosiaalitoimen lastensuojelun ja diakoniatyön yhteistyötä. Rundgren (2008) toteaa, että vaihtolovelvollisuus ei saa olla este lapsen hyvinvoinnille (Rundgren 2008, 58).

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella diakonissat pitivät tärkeänä, että työssä voi tuoda hengellisen ulottuvuuden esille. Hengellisyys koettiin toivon ylläpitämisen lähtökohdaksi. Kosonen (2012) toteaa, että diakoniatyö tarvitsee hyvää, pitkäjänteistä suunnitelmallista työtettä. Siihen tarvitaan sekä rakenteita että tahtoa. Hengellinen lähtökohta ja teologian merkitys diakoniatyöllä tulee säilyttää selkeänä. (Kosonen 2012, 40.)

Eloranta & Kuuselan (2011) mukaan moniammatillinen yhteistyö on vaativa työskentelymuoto, mikä edellyttää työntekijöiltä uudenlaisia taitoja. Kysymys on työntekijöiden välisestä vuorovaikutuksesta ja toisen työn tuntemisesta ja arvostamisesta. Onnistunut yhteistyö edellyttää työntekijöiltä yhteistä päämäärää ja selkeää työnjakoa. Yhteistyössä joudutaan työskentelemään ammattikuntien rajat ylittävällä alueella, joten toimintaa kehitettäessä olisi tärkeää kuvata kunkin osapuolen roolit ja vastuut. Jokaisella työntekijällä on oma asiantuntijuutensa ja osaamisensa jaettavanaan yhteiseen tavoitteeseen pääsemiseksi toimiessaan asiakkaan parhaaksi. (Eloranta & Kuusela 2011, 10–11.)

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisessa opinnäytetyössä tutkimuksen toteutus ja luotettavuus tulee nivoutua yhteen saumattomasti (Vilka 2005, 158) ja pyrkimyksenä tulee olla mahdollisimman luotettavan tiedon tuottaminen tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Luotettavuuden kriteereiksi Kylmä & Juvakka (2007, 127) määrittelevät uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden sekä siirrettävyyden.

Uskottavuuskriteeri tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja niiden osoittamista tutkimuksen raportissa. Tutkimuksen uskottavuutta lisää siihen käytetty aika sekä mahdollisuus keskustella tutkimusprosessista ja tuloksista toisten samaa aihetta tutkivien kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128) Tämän opinnäytetyön aineistoa litteroitaessa opinnäytetyöntekijät kirjoittivat haastattelumateriaalin autenttisenä, sanasta sanaan auki. Tämä oli erittäin työläs ja hidas vaihe, jota ei voinut nopeuttaa. Aineiston analyysivaiheessa ei kiirehditty, vaan siihen käytettiin runsaasti aikaa. Näin tutkimuksen osallistujien näkökulmien oli mahdollista tulla ymmärretyiksi ja esille tuoduiksi. Uskottavuutta lisäsi se, että opinnäytetyöntekijöitä oli kaksi, joka antoi mahdollisuuden jatkuvaan reflektointiin tutkimusprosessin eri vaiheissa. Aineistoa saatiin haastatteluiden avulla runsaasti, 254 sivua, joka lisäsi osaltaan luotettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 132).

Uskottavuutta lisäsi opinnäytetyön tulosten palauttaminen takaisin työelämään tutkimukseen osallistuneiden diakonissojen tarkasteltavaksi. Opinnäytetyön tekijät kävivät 22.3.2013 esittelemässä tuloksia Karjasillan seurakunnassa, joka oli yksi hankkeeseen kuuluvista seurakunnista. Tilaisuudessa oli mukana seitsemän diakoniatyöntekijää, joista neljä diakonissaa osallistui haastatteluihin. Tällä tavoin meneteltäessä Kylmä & Juvakan (2007, 128) mukaan opinnäytetyön tekijöillä oli mahdollisuus varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Palautetilaisuuteen osallistuneet diakoniatyöntekijät saattoivat yhtyä esitettyihin tuloksiin.

Vahvistettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyössä on kuvattu tutkimusprosessin etenemistä ja perusteltu tehdyt ratkaisut, jotta lukija voisi seurata prosessin kulkua. Kylmä & Juvakka (2007, 129) viittaavat Yardleyhin (2000) todetessaan, että vahvistettavuuskriteerin tulee läpäistä koko opinnäytetyöprosessi. Se edellyttää tutkimusprosessin huolellista kirjaamista, jotta sen kulkua voidaan seurata pääpiirteissään. Opinnäytetyön aiheen valinta ja merkitys oli perusteltua, sillä aihepiiriä ei ollut tutkittu paljoa aiemmin, joten tämän opinnäytetyön avulla saatiin uutta tietoa ilmiöstä. Opinnäytetyö liittyi myös ajankohtaiseen hankkeeseen, *Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina*.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen lähestymistapa, koska tarkoituksena oli kuvailla diakonissojen kokemuksia mielenterveyden edistämisestä. Laadullinen tutkimus pyrkii nimenomaan kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 45–51; 131.) Teemahaastattelu soveltui aineistonkeruumenetelmäksi hyvin, koska se mahdollisti haastattelun aikana pyytää perusteluja esitetyille mielipiteille sekä tarpeen mukaan esittää lisäkysymyksiä.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset pyrittiin nimeämään selkeästi. Ensimmäinen tutkimuskysymys oli opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa: Miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä mielenterveyden edistämistä? Opinnäytetyöntekijät totesivat sen yhdessä ohjaajien kanssa liian laajaksi ja jäsentymättömäksi. Niinpä se tarkentui muotoon: miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä mielenterveyden edistämistä lapsiperheiden ja ikääntyneiden parissa. Lopullisessa raportissa tästä tutkimuskysymyksestä tehtiin kaksi erillistä tutkimuskysymystä, jotta tutkimustulokset voitiin raportoida selkeästi ja näin toimien luotettavuus osaltaan vahvistui. Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista, että opinnäytetyöprosessin edetessä tutkimustehtävät tarkentuvat (Eskola & Suoranta 2003, 15; Hirsjärvi ym. 2004, 152,155; Kylmä & Juvakka 2007, 53; Kylmä 2008, 111).

Koska opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi, opinnäytetyön tuli vastata laajuudeltaan 60 opintopistettä. Tämän vuoksi tutkimuskysymyksiksi otettiin mukaan myös tutkimuskysymykset: miten diakonissat kuvaavat mielenterveyden edistämisen valmiuksiaan sekä miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä paikallista yhteistyötä mielenterveyden edistämisessä. Jälkeenpäin ajateltuna olisi ollut hedelmällisempää ja luotettavampaa tutkimustuloksiin nähden keskittyä tutkimaan pelkästään mielenterveyden edistämistä lapsiperheiden ja ikääntyneiden parissa. Haastatteluilla saatu runsas aineisto (254 sivua) asetti varsin harjaantumattomille analyysintekijöille todella mittavia haasteita, jotta aineistosta saatiin oleellinen informaatio esille.

Opinnäytetyöntekijät pyrkivät kuvaamaan mahdollisimman selkeästi miten he päätyivät luokittelemaan aineistoa siten kuin se lukijalle esitetään. Aineiston

analyysin etenemistä on kuvattu esimerkin avulla sivulla 35. Tutkimustuloksia kuvattaessa käytettiin alkuperäislainauksia analyysin tukena. Näillä edellä mainituilla seikoilla pyrittiin helpottamaan lukijaa, jotta hän voi seurata prosessin kulkua ja vakuuttumaan analyysin etenemisestä aineiston ehdoilla (Kylmä & Juvakka 2007, 132). Vahvistettavuuskriteeri ei ole ongelmaton laadullisessa tutkimuksessa, sillä toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan edes silloin, kun aineisto on sama (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Refleksiivisyyskriteeri edellyttää opinnäytetyöntekijöitä huomioimaan omat lähtökohtansa opinnäytetyön tekijöinä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että opinnäytetyön tekijät edustavat samaa ammattikuntaa kuin haastateltavat. Toisaalta asia oli etu, sillä tutkimuskonteksti oli tuttu. Haastattelujen sujumisen kannalta myös molempien opinnäytetyöntekijöiden pitkä työhistoria diakonissana oli hyödyksi ja diakonia-työssä asiakkaiden haastatteluista saatu kokemus auttoi opinnäytetyön haastattelutilanteissa suuresti. Toisaalta opinnäytetyön tekijöiden oli kiinnitettävä koko ajan huomiota haastattelutilanteissa, etteivät he esimerkiksi johdatelleet haastateltavia kysymyksenasetteluillaan. Analysointivaiheessa täytyi koko ajan muistaa pitäytyä aineistossa, jotta opinnäytetyöntekijöiden omat mielipiteet eivät vaikuttaneet aineiston tulkintaan.

Tutkimustulosten siirrettävyyteen vaikuttaa se kuinka samankaltaisesta toimintaympäristöstä on kysymys. Kylmä ja Juvakka (2007, 129) viittaavat Lincoln ja Cubaan (1985) todetessaan, että tutkimuksen tekijän on kuvailtava tutkimuksen osallistujia sekä tutkimusympäristöä, jotta lukija voisi arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tässä opinnäytetyössä osallistujien taustatietoja kuvattiin niin paljon kuin mahdollista huomioiden kuitenkin yksityisyydensuojan säilyminen. Koska kysymyksessä on laadullinen tutkimus, tuotettu tulkinta on opinnäytetyön tekijöiden persoonallinen näkemys, eikä se ole toistettavissa eikä siirrettävissä suoraan toiseen kontekstiin (Nieminen 1997, 215).

Lähdekritiikki on pyritty huomioimaan tässä opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti. Lähdekritiikissä tulee kiinnittää huomio lähteen aitouteen, riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen ja puolueettomuuteen (Mäkinen 2006, 128). Muu-

tamaa poikkeusta lukuun ottamatta lähteet ovat ensikäden lähteitä ja julkaisut ovat mahdollisimman ajankohtaisia. Lähdeviitteet on tehty asianmukaisesti Diakonia-ammattikorkeakoulun (2010) ohjeistuksen mukaisesti.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyöntekijät sitoutuivat prosessissa tutkimuseettisiin periaatteisiin. Näitä tutkimuseettisiä periaatteita ovat Kylmän (2008, 111) mukaan hyvän tekeminen, pahan tekemisen välttäminen, oikeudenmukaisuus ja autonomian kunnioittaminen. Tutkittavaa asiaa on pyritty lähestymään osallistujia kunnioittaen ja pyrkien ymmärtämään juuri heidän näkemyksensä aihepiiristä.

Eettisten näkökulmien tulee läpäistä koko opinnäytetyöprosessi suunnittelusta julkaisuun asti. Eettinen asenne näkyy siinä, miten työn aihe valitaan, miten prosessista ja tuloksista puhutaan ja miten tuloksia sovelletaan. (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2007, 27; Kylmä & Juvakka 2007, 137; Vehviläinen-Julkunen 1997, 28–31.) Tämän opinnäytetyön aiheen valinnan oikeutusta puoltaa opinnäytetyön liittyminen meneillään olevaan, ajankohtaiseen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Diakonia-ammattikorkeakoulun kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen hankkeeseen *Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina*. Hankkeen avulla pyritään laajentamaan tietoperustaa diakonissojen terveyden edistämisestä. Kylmä & Juvakka (2007, 144) tuovatkin esille, kuinka tutkimuksen aiheen valinnassa on tärkeää pohtia sen oikeutusta sekä kuinka sen avulla voidaan rakentaa terveystieteiden tietoperustaa.

Tässä opinnäytetyön prosessissa pyrittiin järjestelmällisyyteen ja täsmällisyyteen. Opinnäytetyön täsmällinen kuvaus kertoo lukijalle tutkimusongelmasta, tutkimuskysymyksistä ja tavoitteesta. Samoin opinnäytetyöstä käy ilmi käytetty tutkimusmenetelmä, aineistonkeruutapa, teoreettinen viitekehys, tutkimustulokset ja johtopäätökset. (Vilka 2005, 28.) Opinnäytetyön suunnitelman teossa hyödynnettiin aiemmin tuotettua tietoa, etsien sisällöllisiä ja menetelmällisiä perusteluja (Kylmä & Juvakka 2007, 45–51). Viitekehyyksen rakentamisessa ja

saatujen tulosten vertailussa on pyritty käyttämään alan viimeaikaisinta tutkittua tietoa.

Opinnäytetyön aineistomateriaali säilytettiin opinnäytetyöntekijöiden hallussa ja haastattelumateriaali poistetaan opinnäytetyön tekijöiden tiedostoista kokonaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, vuoden 2013 keväällä. Haastattelujen aikana ei mainittu haastateltavien nimiä eikä työskentelypaikkakuntia osallistujien yksityisyyden suojaamiseksi. Haastattelut koodattiin niiden tekojärjestyksen mukaan järjestysnumeroilla yhdestä viiteentoista. Tämä oli erityisen tärkeää sen vuoksi, jos opinnäytetyöntekijät olisivat päätyneet käyttämään ulkopuolisen konekirjoittajan palveluja aineiston tekstimuotoon saattamiseksi. Opinnäytetyön osallistujien koskemattomuutta ja yksityisyyttä oli suojeltava eikä heitä saanut vahingoittaa (Eskola & Suoranta 2003, 56–57; Henkilötietolaki 1999; Leino-Kilpi 2004, 290; Suomen perustuslaki 1999; Vehviläinen-Julkunen 1997, 29). Henkilötietolaissa säädetään myös haastatteluaineiston hävittämiseen tai säilyttämiseen liittyvistä seikoista (Henkilötietolaki 1999).

Lupa opinnäytetyön tekemiseen pyydettiin Diakin ohjeiden mukaisesti sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen hankkeelta että Diakonia-ammattikorkeakoululta ja tutkimuslupa myönnettiin 28.5.2012. Tutkimukseen osallistujia lähestyttiin informoimalla haastattelusta ensin sähköpostitse hankkeessa mukana olevien seurakuntien diakoniatyön (lähi)esimiehiä ja diakoniavastaavia ja pyytämällä ajantasaiset yhteystiedot kyseisen seurakunnan diakonisoille. Sähköpostiviestiin liitettiin opinnäytetyön suunnitelma ja teemahaastattelurunko. Sen jälkeen otettiin haastateltaviin diakonisoihin yhteyttä puhelimitse ja sovittiin haastatteluajat. Haastateltavilla oli mahdollisuus tutustua ennakolta teemahaastattelukysymyksiin. Osallistujilla oli mahdollisuus halutessaan kysyä tutkimuksen suorittamiseen liittyvistä asioista vielä ennen haastattelun alkua.

Kylmä & Juvakka viittaavat useisiin tutkijoihin selventäessään tutkimustulosten eettisen raportoinnin vaativan avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tähän kietoutuu kuitenkin tutkimuksen osallistujien suojeleminen. Joskus tämä voi johtaa liialliseen suojeluun ja varovaisuuteen sillä seu-

rauksella, että tutkimustulokset jäävät yksinkertaistetuksi totuudeksi eikä näin tavoita todellisuuden moni-ilmeikkyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 154–155.)

Eettisiä näkökulmia mietittäessä kaikessa tutkimuksen tekemisessä tulee olla kyse ihmisen hyvää palvelevan tiedon tuottamisesta. Epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä vaarantaa pahimmillaan koko tutkimuksen. (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 155.)

6.4 Johtopäätökset

1. Vahvuutena diakonissojen tekemässä mielenterveyden edistämisessä on monipuolinen, ennaltaehkäisevä ryhmä- ja vertaistukitoiminta niin lapsiperheille kuin ikääntyneille.

2. Mielenterveyden edistämisen näkökulmasta kotikäyntityö on merkittävä diakonissojen työmuoto. Sen avulla on mahdollista tukea eri-ikäisiä ihmisiä, joiden on syystä tai toisesta vaikeaa hakeutua itse palveluiden äärelle. Kotikäyntityö vaatii paljon työntekijäresursseja, joten siihen panostamiseen tarvittaisiin lisäresursseja ja/tai työnsisältöjen uudelleen järjestelyä.

3. Mielenterveyden edistämisessä tarvittava asiantuntijuus ja ammattitaito kehittyvät koulutuksen ja työkokemuksen kautta. Diakonissojen ammatillisten valmiuksien kehittymisen turvaamiseksi mielenterveyden edistämistyössä tarvitaan lisäkoulutusta. Yhtä tärkeää on diakonissojen itsensä tekemä kehittämistyö arjen työympäristöissä hyödyntämällä tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa. Kirkossa tulisi myös turvata diakonissojen mahdollisuus päivittää sairaanhoidollisia taitojaan yhtäläillä kuin hengellisenkin työn taitoja.

4. Diakonissojen asiantuntijuutta ja moniosaamista tulisi hyödyntää terveydenhuollossa osana asiakkaiden mielenterveyden edistämistä ja moniammatillista yhteistyötä.

5. Diakonissat kaipasivat rakenteita mielenterveyden edistämistyöhön. Diakonissojen tekemän mielenterveyden edistämistyön kehittämiseksi ja koordinoinnin helpottamiseksi tulisi Suomen evankelisluterilaiseen kirkkoon laatia mielenterveystyön strategia. Muutoin diakonissojen arvokas ja laajamittainen mielenterveyden edistämistyö on vaarassa liueta rajattomuuteen ja loputtomiin yhteistyöverkostoihin.

Jatkotutkimushaasteena esitetään mielenterveyden edistämisen tutkimista diakoniatyön asiakkaiden näkökulmasta.

LÄHTEET

- Aho, Anna-Liisa 2010. Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Antikainen, Mari 2007. Social Worker's Expertise in the Service of Child Custody (Sosiaalityöntekijän asiantuntijuus lapsen huolto- ja tapaamisso-pimuspalvelussa). Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekun-ta. Sosiaalityö. Väitöskirja.
- Aromaa, Esa 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/37001>
- Brudenell, Ingrid 2003. Parish Nursing: Nurturing Body, Mind, Spirit, and Community Public Health Nursing Vol. 20 No. 2, pp. 85–94. Viitattu 11.3.2013. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, EBSCO Academic Search Premier-aineisto.
- Bäckmand, Heli 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaisseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen lai-tos. Väitöskirja.
- Bäckmand, Heli & Lönnqvist, Jouko 2009. Johdanto. Teoksessa Aalto Mauri; Bäckmand, Heli; Haravuori, Helena; Lönnqvist, Jouko; Marttunen, Mauri; Melartin, Tarja; Partanen, Airi; Partonen, Timo; Seppä, Kaija; Suomalainen, Laura; Suokas, Jaana; Suvisaari, Jaana; Viertö, Satu & Vuorilehto, Maria. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. THL 2009. Opas 5. Yliopistopaino. Heisinki. viitattu 19.5.2012.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. 5. uudistettu painos. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. C Katsauksia ja aineistoja 17. Helsinki.
- Eloranta, Sini & Kuusela, Marja 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. Tutkiva hoitotyö vol. 9 (3), 2011.
- Eriksson, Katie; Isola, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino-Kilpi, Helena; Lindstöm, Unni Å; Paavilainen, Eija; Pietilä, Anna-Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2007. Hoitotiede. Hel-sinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Tampere: Vastapaino.
- Euroopan Unioni 2005. Vihreä kirja: Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Viitattu 1.3.2012. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/.../mental_gp_fi.pdf
- Gothóni, Raili 2009. Anna & Arvo. Tutkimus Yhteisvastuuhankkeen toteutumisesta. Helsinki: Kirkkopalvelut.
- Gothóni, Raili & Jantunen Eila 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä. Helsinki. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Ha, Jung-Hwa; Carr, Deborah; Utz, Rebecca L. & Nesse, Randolph 2006. Older Adults'. Perceptions of Intergenerational Support After Widowhood : How Do Men and Women differ. Journal of Family Issues 2006 volume 27:1. Viitattu 21.8.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi> <http://jfi.sagepub.com/>
- Haataja, Anita 2009. Kuka on yksinhuoltaja? Yksinhuoltajien määrä ja profiili eri aineistojen valossa. Teoksessa Forssén, Katja; Haataja, Anita & Hakovirta, Mia (toim.). Yksinhuoltajuus Suomessa. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D50/2009. Helsinki: Väestöliitto, 46–62.
- Hakovirta, Mia & Rantalaiho, Minna 2012. Taloudellinen eriarvoisuus lasten arjessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 124. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. 2012.
- Halonen, Merja & Paasivaara, Leena 2008. Asiakkaan kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede-lehti 20(5), 267–277.
- Heikkilä, Mirva 2011. ”Tullee sielu ja ruumis hoiettava”. Oulun hiippakunnan diakonisojen kokemuksia vanhusten kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä. Käytännöllisen teologian pro-gradu-tutkielma. Helsinki.
- Heikkinen, Riitta-Liisa 2003. Mielenterveys ja sen edistäminen iäkkäillä. Julkaisussa Hietanen, Anne & Lyyra, Tiina-Mari (toim.) 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. Viitattu 3.3.2012. pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ikakunto/osa5.pdf
- Heikkinen, Riitta-Liisa & Kauppinen, Markku 2011. Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. Archives of Gerontology and Geriatrics Volume 52, Issue 1 , Pages 33-39, January 2011. Viitattu 4.3.2012. <http://www.nelliportaali.fi>

- Heinonen, Heikki; Absetz, Pilvikki; Ritsilä, Anu; Töyli, Pasi; Raivio, Risto; Mattila, Pekka; Forström, Raija; Mäkelä, Tiina; Uutela, Antti & Fogelholm, Mikael 2011. Uusi toimintamalli ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin ja edistämiseen: yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin kanssa. *Gerontologia* 1/2011. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry.
- Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 9.4.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=henkil%C3%B6tietolaki>
- Hiilamo, Heikki; Hänninen, Sakari & Kinnusen, Kaisa 2011. Huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkennästä diakonian asiakkailta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2011: 48. Helsinki: Sosiaalilääketieteen yhdistys ry.
- Hill, Peter C. & Pargament, Kenneth I. 2003. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research. *American Psychologist*. Vol. 58, No 1, 64-74. Viitattu 23.3.2013. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, EBSCO Academic Search Premier-aineisto.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1995. Teemahaastattelu. 7. painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki Univeristy Press.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki & Hakulinen, Tuovi 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija; Hakulinen, Tuovi; Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki; Salminen, Eeva-Maija & Sirola, Kirsi 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.
- Hokkanen, Tiina 2005. Äitinä ja isänä eron jälkeen. Yhteishuoltajavanhemmuus arjen kokemuksena. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja
- Honkanen, Hilka 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Hopeapaperi 2009. Vanhenemiseen liittyvät sairaudet: terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn, perustutkimuksen ja kliinisten näkökohtien tulevaisuus Raportti eurooppalaisesta vanhenemiseen liittyviä sairauksia käsitelleestä kokouksesta. *Suomen Lääkärilehti* 2009, Liite 44, 30.10.2009. Viitattu 22.11.2012. www.gernet.fi/artikkelit/hopeapaperi.pdf

- Hughes, Cynthia; Trofino, Joan; O'Brien, Barbara; Mack, Janet & Marrinan, Marie 2001. Primary Care Parish Nursing: outcomes and implications. *Nursing Administration Q.* Volume 26(1), Fall 2001, 45–59. Viitattu 20.5.2012. <http://www.nelliportaali.fi>.
- Huttunen, Jouko 2009. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecimin verkkojulkaisu. Viitattu 12.2.2012. www.terveyskirjasto.fi.
- Häggman-Laitila, Arja & Pietilä, Anna-Maija 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkokotkimusaiheisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2007:47, 47-62.
- Immonen, Tuula; Kiikkala, Irma & Ahonen, Juha (toim.) 2003 a. Mielekäs elämä!-ohjelman loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Immonen, Tuula; Kiikkala, Irma & Ahonen, Juha 2003 b. Mielekäs elämä!-ohjelman toimenpidesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003:9. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Jantunen, Eila 2008. Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria. *Diak. A tutkimuksia* 18. www.diak.fi/files/diak/julkaisutoiminta/A_18_ISBN_9789524930413.pdf
- Jokela, Ulla 2011. Diakonian paikka ihmisten arjessa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Valtiotieteen tiedekunta, sosiaalityö. http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/A_34_ISBN_9789524931496.pdf
- Kakkuri, Teemu 2013. Auttamisen uusi tuleminen. Kotimaa. Suola. 1/2013
- Kallunki, Valdemar 2010. Yhteisön ja yhteiskunnan ehdoilla: Seurakuntien ja kuntien yhteistyö vuorovaikutuksen näkökulmasta. Helsingin yliopisto. Teologinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Kangaspunta, Riitta; Kilku, Nina; Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Punamäki, Raija-Leena 2005. Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen. Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola – projektin loppuraportti 2002–2004. Tampereen yliopistollinen sairaala, psykiatrian toimialue. Pirkanmaan mielenterveystyön strategia- ja osaamiskeskushanke. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Kanerva, Anne 2012. Kehittymis- ja kehittämisosaaminen mielenterveyshoitotyössä. Teoksessa Kuhanen, Carita; Oittinen, Pirkko; Kanerva, Anne; Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2012. *MielenterveysHoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/ 66. Viitattu 2.3.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

- Karvinen, Ikali 2009. Henkinen ja hengellinen terveys. Etnografinen tutkimus Kendun sairaalan henkilökunnan ja potilaiden sekä Kendu Bayn kylän asukkaiden henkisen ja hengellisen terveyden käsityksistä. Kuopion yliopisto: Väitöskirja.
- Kaunonen, Marja; Åstedt-Kurki, Päivi; Paunonen, Marita & Erjanti, Helena 2000. Death in the Finnish family: Experiences of spousal bereavement. *International Journal of Nursing Practice* 2000; 6: 127–134
- Kettunen, Paavo 2001. Leipää vai läsnäoloa? Asiakkaan tarve ja diakoniatyöntekijän työnäky laman puristuksissa. Sarja A Nro 76. Tampere. Kirkon tutkimuskeskus.
- Kilkku, Nina 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta (Patient education in first-episode psychotic patient's care. A substantive theory of the reconstruction of trust. Väitöskirja. *Hoitotiede*. Tampereen yliopisto. Tampere.
- King, Michalene A. & Pappas-Rogich, Maria 2011. Faith Community Nurses: Implementing Healthy People Standards to Promote the Health of Elderly Clients. *Geriatric Nursing*. Volume 32; Issue 6 2011. Pages 459–464. Viitattu 11.3.2012. <http://anna.diak.fi:2051/science/article/pii/S0197457211005246>
- Kinnunen, Kaisa 2009 a. Johdanto. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.). Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 10–23.
- Kinnunen, Kaisa 2009 b. Sairauden leimaama hätä. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.). Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 62–91.
- Kinnunen, Kaisa 2009 c. Terveysteen ja sairauteen liittyvän auttamisen muodot diakoniatyössä. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.). Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 92–131.
- Kinnunen, Kaisa 2009 d. Terveyspalvelujen saamisessa havaitut ongelmat. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.). Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 132–170.

- Kinnunen, Kaisa 2009 e. Johtopäätöksiä. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.). Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 248–259.
- Kinnunen, Pirjo 2011. Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Varhaisaikuisen mielen-terveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kirkkohallitus 2005. Kirkon vanhustyön strategia 2015. Viitattu 23.3.2013. <http://sakasti.evl.fi/sakasti>.
- Kirkkohallitus 2009 a. Työryhmän raportti terveyden edistämisestä diakoniatyössä. Viitattu 10.3.2012. <http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/terveydenedistaminen.pdf>
- Kirkkohallitus 2009 b. Kirkkohallitus 2009. Vanhustyö haaste seurakunnalle. Selvitys vanhustyön strategian jalkautumisesta. Viitattu 21.3.2013. <http://sakasti.evl.fi/sakasti>.
- Kirkkohallitus 2010. Kirkon hengellisen työn ammattien ydinosaminen 2010. [www.sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/.../\\$FILE/diakonia_yo.pdf](http://www.sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/.../$FILE/diakonia_yo.pdf)
- Kirkkohallitus 2012. Kirkon tilastollinen vuosikirja 2011. Suomen ev.lut.kirkko..
- Kirkkojärjestys 1055/1993. Viitattu 18.2.2012 <http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?open6cid=Content344521>.
- Kirkkolaki 1054/1993. Viitattu 18.2.2012. <http://sakasti.evl.fi/skasti.nsf/sp?open&cid=Content358CFC>.
- Kohtala, Hanna ; Leskinen Anne-Mari & Rapinoja, Suvi. 2009. Moniammatillisuus lapsiperheiden terveyden edistämisessä. Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitaja. Metropolia. Kirjallisuuskatsaus.
- Koskinen, Simo 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Valtioneuvoston kanslia 2004. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. <http://vnk.fi/julkaisut/listaus/julkaisu/fi.jsp?oid=130656>
- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2011. Mitä terveyttä edistävä mielenterveys- ja päihdetyö tarkoittaa terveyden edistämisen näkökulmasta. Ehkäisevä päihdetyö ja mielenterveyden edistäminen – yhteisöllisyys, yhteinen hyvä. Sarjan 3. miniseminaari 15.4.2012. Terveyden edistämisen keskus.

- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo; Aalto-Kallio, Mervi; Mikkonen, Nella; Nykyri, Päivi; Parviainen, Heikki; Saikkonen, Paula & Tamminiemi, Kaarina 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveiden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus ry (Tekry).
- Kosonen, Marja 2012. Pura näkymätöntä ja rakenna näkyvää – diakoniatyön suunnitteluprosessi. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Järvenpää. Opinnäytetyö YAMK.
- Kotisalo, Helena 2002. Diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön toteutuminen Kuopion hiippakunnan diakonisojen arvioimana. Pro-gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Kuhanen, Carita; Oittinen, Pirkko; Kanerva, Anne; Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2012. MielenterveysHoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuikka, Mirva & Karppinen, Kirsi 2010. Diakoniatyön käsitteistä ja käsityksistä uusi tutkimus. Diakonian tutkimus 2.2010.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kylmä, Jari 2008. Näkökohtia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija & Länsimies-Antikainen, Helena (toim.) 2008. Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kylmä, Jari; Nikkonen, Merja; Kinnunen, Pirjo & Korhonen, Teija 2009. Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen haasteena- tutkimusprojekti. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Lahikainen, Anja Riitta 2005. Kontekstualisoitu perhe:miten perheessä tapahtuva sosialisatio muuttuu informaation aikakaudella? Teoksessa Pirttilä-Backman, Anna-Maija; Ahokas, Marja; Myyry, Liisa & Lähteenoja, Susanna (toim.): Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Helsinki:Gaudeamus,345–362.
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169. Viitattu 20.5.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380. Viitattu 24.5.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>
- Lammi-Taskula, Johanna; Karvonen, Sakari & Ahlström, Salme (toim.).2009 Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna 2008. Huoli jaksamisesta vanhempainna. Teoksessa Moisio, Pasi; Karvonen, Sakari; Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes. Vammala.
- Lastensuojelulaki (417/2007) 25§. Viitattu 31.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki:WSOY. 21–43.
- Laukkanen, Marjukka 2011. perhearviointi – perheen voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä. Artikkel. Perheterapialehti 2/11 27. Vuosikerta.
- Lavikainen, Juha; Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. sosiaali. ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Sosiaali – ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Lehtonen, Johannes & Lönnqvist, Jouko. 2007. Mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, Jouko; Heikkinen, Martti; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Leino-Kilpi, Helena 2004. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 284–298.
- Lehtinen, Ville 2008. Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge. Stakesin julkaisu. Viitattu 3.3.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/yhteistyö/whomtr/valineita
- Leppo, Kimmo 2004. Esipuhe. Julkaisussa/Teoksessa Lavikainen, Juha; Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. sosiaali. ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Sosiaali – ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Lindholm, Marja 2007. Neuvola osana perusterveydenhuoltoa. Teoksessa Armento, Annukka; Koistinen, Paula (toim.). Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 19-25.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Viitattu 15.5.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

- Moring, Juha; Martins, Anne; Partanen, Anne, Bergman, Viveca, Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Raportti 6/2011.
- Määttä, Anne 2012. Perusturva ja poiskäännyttäminen. Väitöskirja. Diakonia-ammattikorkeakoulu. A raportteja 36.
- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Niemelä, Mika 2012. Structured child-centred interventions to support families with a parent suffering from cancer: from practice-based evidence towards evidence-based practice. Syöpäpotilaiden lapset eivät saa riittävästi psykososiaalista tukea. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Acta universitatis Ouluensis. Series D, Medica 1166.
- Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Pounonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Nikkilä, Juhani & Paasivaara, Leena 2007. Arjen johtajuus. Rutiinijohtamisesta tulkintaitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Niskanen, Riitta 2012. Ongelmien ketju poikki. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Julkaistu 8.8.2012. www.tesso.fi/content/ongelmien-ketju-poikki
- Niskanen, Kati & Virkkala, Tuija. 2010. työntekijöiden näkemys ennaltaehkäisevän tuen työmuodoista ja työmenetelmistä sekä niiden kehittämisestä. Espoon perhekeskusten ennaltaehkäisevä työ. Opinnäyte-työ. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki Sosiaalialan koulutusohjelma. Sosionomi (YAMK).
- Nykänen, Sirpa 2007. Kot' on paras paikka". Kotona asumisen merkitys ikään-tyvälle. KaupunkiElvin osaraportti 2. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Viitattu 16.3.2013. <http://www.ulapland.fi/?depid=19721>
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 23.3.2013. <http://www.minedu.fi/julkaisut/index.html>
- Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Viitattu 23.5.2012. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

- Partanen, Airi; Moring, Juha; Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pelto-Huikko, Antti, Karjalainen, Karoliina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2006. Terveyden edistämisen toimintamallit. Terveyden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2006. Viitattu 23.5.2012. http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2006/2006_002.pdf.
- Perälä, Marja-Leena; Salonen, Anne; Halme, Nina & Nykänen, Sirpa. 2011. Mitä lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempain näkökulma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. raportti 36/2011. Tampere 2011.
- Pettigrew, Simone & Roberts, Michele 2008. Addressing loneliness in later life. UWA Business School, University of Western Australia, Crawley WA, Australia. *Aging & Mental Health* Vol. 12, No. 3, May 2008, 302–309. Viitattu 5.3.2012. Saatavissa <http://www.nelli-portaali.fi>, EBSCO Academic Search Premier-aineisto.
- Pietilä, Minna & Saarenheimo, Marja 2011. Iäkkäiden ihmisten masennus perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen, hallinnon ja ammattilaisten näkökulmat. *Gerontologia* 25 (3), 2011.
- ProMenPol 2009. A Manual for Promoting Mental Health and Wellbeing. Viitattu 26.5.2012. <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.promenpol-tool-kit>
- Reiman-Möttönen, Päivi 2006. Keitä ovat tutkimusten ”ikäntyvät”? Impakti 6/2006. Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön lehti. Viitattu 24.2.2012. Saatavissa <http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/impakti/index.htm>.
- Rundgren, Marjo. 2008. Perhediakoniaa vaikeissa oloissa elävien perheiden tukena. Opinnäytetyö. Diak Etelä, Järvenpää.
- Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Rydholm, Laura; Moone, Raeann; Thornquist, Lisa; Alexander, Wanda; Gustafson, Vicki & Speece, Bethany 2008. Care of community-dwelling older adults by faith community nurses. *Journal of Gerontological Nursing* Volume 34(4), 18–29. Viitattu 20.5.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>.
- Ryökäs, Esko 2012. Viisastuuko väitöksistä? Diakonian tutkimus 2/2012. Diakonian tutkimuksen seura.

- Rättyä, Lea 2009. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 179. Kopijyvä. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1309-951-27-1309-7.pdf
- Saarenheimo, Marja i.a.. Miksi jatkaisin – työn merkitys eläkeiän lähestyessä. Viitattu 27.2.2012. www.ilmarinen.fi/Production/.../miksi_jatkaa_saarenheimo.pdf
- Saarenheimo, Marja 2011. Ikääntyneiden psyykkistä hyvinvointia tukemalla ehkäistään myös päihdeongelmia. Päihde ja mieleterveyspäivät, Tampere. Viitattu 27.2.2012. www.tekry.fi/web/pdf/pmp_2011/33_Saarenheimo_esitys.pdf
- Sakasti.evl.fi.i.a. Tilastot. Diakoniatyö 2010. <http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp2?open&cid=Content418CE5>
- Salo, Sirpa 2011. Parisuhdeongelmat ja lasten psyykinen hyvinvointi: kaksi näkökulmaa. Jyväskylän yliopisto. Psykologia. Väitöskirja.
- Sankelo, Merja 2011. Yli 75-vuotiaiden kokemukset surusta puolison kuoleman jälkeen. Gerontologia 25 (2), 2011, s. 123 – 130. Viitattu 29.9.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>; Elektra-aineistot.
- Sarajärvi, Anneli; Mattila, Lea-Riitta & Rekola, Leena. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: Sanoma Pro.
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 3/2005.
- Seppänen, Jukka 2010. Psyykkisiin kriiseihin liittyvä hengellinen tuki ja sielunhoito. Diakonian tutkimus 1. 2010. Diakonian tutkimuksen seura.
- Seppänen, Marjaana; Malkavaara, Mikko & Mustakallio, Hannu 2010. Ansiokasta tutkimusta lahtelaisen diakonian kehityskaarista 90 vuoden ajalta. Diakonian tutkimus 2. 2010. Diakonian tutkimuksen seura.
- Sohlman, Britta 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielen terveyden kuvaajana. Stakesin tutkimuksia 137. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Solantaus, Tytti 2010. Lapsen kehityksen tukeminen ja häiriöiden ehkäisy tutkimuksen, palvelujen ja päätöksenteon kolmiossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Oulu.
- Solantaus, Tytti & Leinonen, Jenni & Punamäki, Raija Leena 2004. Children's Mental Health in Times of Economic Recession: Replication and Extension of the Family Economic Stress Model in Finland. Developmental Psychology 2004, Vol. 40, No. 4, 412-429.

- Solari-Twadell, Phyllis Ann 2006. Uncovering the Intricacies of the Ministry of Parish Nursing Practice through Research. Teoksessa Solari-Twadell, Phyllis Ann & McDermott, Mary Ann (toim.) Parish Nursing. Development, Education and Administration. USA: Mosby, Inc, 17–35.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001 a. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. 2001. Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001:4. Helsinki
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001 b. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Viitattu 22.5.2012. <http://www.stakes.fi/FI/Kehittaminen/valineet/laatusuosituksia/mielenterveyspalvelut/index.htm>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveystieteen edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. Viitattu 12.3.2012. <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3. Viitattu 22.3.2012. <http://www.stm.fi/julkaisut>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 b. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 3. Viitattu 18.3.2012. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Aina on oikea ikä. Aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien välisen solidaarisuuden eurooppalainen teemavuosi 2012. Suomen kansallinen toimintasuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:20. Viitattu 23.3.2013. <http://www.stm.fi/julkaisut/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma (KASTE).
- Stengård, Eija; Savolainen, Minna; Sipilä, Marianne & Nordling, Esa. 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä. Gummerus.
- Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia 2012. Konsensuslausuma Kohti Parempaa vanhuutta. Gerontologia 26(1), 2012. 44–62.
- Suomen perustuslaki 731/1999. Viitattu 9.4.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Terveystieteenhuoltolaki 2010/1326. Viitattu 16.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P27>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007 Keskeiset käsitteet. Mielenterveys. Viitattu 11.3.2012. <http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/index.htm>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 25.2.2008. Mielenterveys- ja päihdeongelmat. Mielenterveys. Viitattu 11.3.2012 http://www.ktl.fi/portal/suomi/ktl_tutkii/tutkimus/mielenterveys-_ja_paihdeongelmat/mielenterveys.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Lapsiperhekysely. Tuloksia toimeentulo ja kulutus lapsiperheissä.21.3.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/lapsiperhekysely/tuloksia/toimeentulo_ja_kulutus
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Iäkkäiden neuvontapalvelut. Viitattu 16.3.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/iakkaiden_neuvontapalvelut
- The Swedish national institute of public health 2006:29. Healthy ageing: A challenge for Europe. Viitattu 1.3.2012. <http://www.qmu.ac.uk/cpa/noticeboard/documents/EU%20Healthy%20Ageing%20Report.pdf>
- Tiikkainen P, Heikkinen R. Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health* 9(6): 526-534, 2005. Viitattu 4.3.2012. Saatavissa <http://www.nelli-portaali.fi>, EBSCO Academic Search Premier-aineisto.
- Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009-2060. Viitattu 13.3.2012. http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html
- Tilastokeskus 2011. Tietoa tilastoista perheet. päivitetty 7.3.2013. viitattu 25.3.2013. <http://www.stat.fi/meta/til/perh.html>
- Tuomela, Teija. 2010. Yhteinen hyvä - yhteinen asia : Yhteistyön kehittäminen Mäntyharjun kunnan sosiaalityön ja Mäntyharjun seurakunnan diakoniatyön välillä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, DIAK Itä, Pieksämäki. Opinnäytetyö YAMK.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tölli, Sirpa 2009. Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä. Oulun yliopisto: Terveystieteiden laitos. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. B Raportteja 40.
- Uotila, Hanna 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

- Valtioneuvoston kanslia 2004. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. <http://vnk.fi/julkaisut/listaus/julkaisu/fi.jsp?oid=130656>
- Van Dover, Leslie & Pfeiffer, Jane Bacon 2007. Spiritual care in Christian parish nursing 2007. Journal of Advanced Nursing Volume 57 Issue 2, 213–221. Viitattu 11.3.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen – Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.
- Vertio Harri 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.
- Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vuori, Anne 2012. Vähävaraisten lapsiperheiden hyvä vointi ja sen tukeminen. Tampereen yliopisto. Terveystieteet. Väitöskirja.
- Vuoti, Maire. 2011. Pohjoissuomalaisten suurten ikäluokkien tulevaisuuden kuvat ikääntymisestä, hyvinvoinnista ja sosiaali- ja terveystaloudesta. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta ja Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- WeDO –hanke 2010-2012. European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older people, WeDO. -kumppanuuksien ohjelma. Ikäihmisille suunnattujen palvelujen eurooppalainen laadunkehittämisohjelma. Hoitoa, hoivaa ja apua tarvitsevien ikäihmistien hyvinvointiin ja arvokkuuteen liittyvät periaatteet ja suuntaviivat. Viitattu 17.3.2013. <http://www.wedo-partnership.eu/>
- WHO World Health Organization 2001. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Viitattu 4.3.2013. <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>
- WHO World Health Organization 2002. Active Ageing. A Policy Framework. http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html.
- WHO World Health Organization 2004. Promoting mental health. Concepts. Emerging evidence. Practice. Summary report. Viitattu 27.2.2013. www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- WHO World Health Organization 2005 a. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. European Ministerial Conference on Mental Health. Viitattu 23.5.2012. <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/mental-health-declaration-for-europe>.

WHO World Health Organization 2005 b. Mielenterveystyön toimintasuunnitelma Euroopassa. Viitattu 23.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/yhteisty/whomtr/ohjelmat

WHO World Health Organization 2008. The Melbourne Charter. Viitattu 4.3.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/yhteisty/whomtr/ohjelmat

Yhden vanhemman perheiden liitto ry. Viitattu 25.3.2013. <http://www.yvpl.fi/media/yhden-vanhemman-perheet-tilastoina/>

Tutkimuskysymykset

1. Miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä mielenterveyden edistämistä?

2. Mitä valmiuksia diakonissoilla kokemustensa mukaan on edistää mielenterveyttä?

3. Miten diakonissat kuvaavat tekemäänsä paikallista yhteistyöstä mielenterveyden edistämisessä?

LIITE 1

Teema-alueet

1. Taustatiedot

- ikä, työhistoria, työhistoria diakoniatyössä, työn painopistealue

2. Mielenterveyden edistäminen diakoniatyössä

- Mitkä tekijät edistävät mielenterveyttä?

- Mitä mielenterveyden edistäminen on?

- Mitä mielenterveyden edistäminen on diakoniatyössä?

Mikä merkitys hengellisyydellä on mielenterveydelle?

- Millaista mielenterveyden edistämiseen liittyvää työtä teet lapsiperheiden parissa?

- Millaista mielenterveyden edistämiseen liittyvää työtä teet ikääntyneiden parissa?

- Mistä syystä mielenterveyden häiriöistä kärsivät ottavat yhteyttä diakonissaan?

3. Diakonissojen kokemukset valmiuksistaan mielenterveyden edistämiseen liittyen

- Miten otat puheeksi mielenterveyteen liittyvät tekijät?

- Miten tunnistat asiakkaiden mielenterveyden häiriöt?

- Mitä välineitä käytät tekemässäsi mielenterveyden edistämistyössä?

- Mitä työvälineitä koet tarvitsevasi?

4. Mitä on alueellinen yhteistyö mielenterveyden edistämisessä?

- Mitä moniammatillinen yhteistyö sinun työssäsi tarkoittaa?

- mistä yhteistyön tekemisen tarve syntyy?

- Mitä kokemuksia sinulla on alueellasi tapahtuvasta yhteistyöstä mielenterveyden edistämisessä?