

DIAKONIA MIELENTERVEYDEN TUKENA
Työntekijöiden kokemuksia mielenterveystyön roolista
diakoniatyössä

Eeva-Maria Ranta

Opinnäytetyö, kevät 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Järvenpää

Sosiaalialan koulutusohjelma

Diakonisen sosiaalityön suuntautumis-
vaihtoehto

Sosionomi (AMK) +

Diakonin virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Ranta Eeva-Maria. Diakonia mielenterveyden tukena - Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia mielenterveystyön roolista diakoniatyössä. Diak Etelä, Järvenpää, kevät 2011, 43s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Diakonisen sosiaalityön suuntautumisvaihtoehto, sosionomi (AMK) + diakonin virkakelpoisuus.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää seurakuntien diakoniatyöntekijöiden kokemuksia mielenterveystyöstä yhtenä diakoniatyön osa-alueena. Keskeisessä roolissa olivat lisäksi työntekijöiden kokemukset omasta ammatillisesta osaamisestaan sekä mielenterveystyön kehittämishaasteista diakoniatyön osalta.

Aineisto kerättiin toteuttamalla neljä yksilöhaastattelua puolistrukturoituina teemahaastatteluina yhden maaseutuvaltaisen rovastikunnan alueella. Kaikki haastatellut diakoniatyöntekijät työskentelivät eri seurakunnissa. Haastattelumateriaali litteroitiin, jonka jälkeen se analysoitiin teemoittelemalla.

Tutkimustulosten mukaan mielenterveysasiakkaiden määrä diakoniavastaanotoilla on lisääntynyt huomattavasti viime vuosina. Mielenterveysongelmista kärsiville oli seurakunnissa tarjolla erilaista toimintaa, joista merkittävimpiä olivat keskusteluapu sekä ryhmätoiminta. Yleisen seurakuntatyön piiriin katsottiin kuuluvan lisäksi mielenterveystä tukevaa toimintaa.

Diakoniatyöntekijät kokivat tärkeimmiksi työvälineikseen elämän- ja työkokemuksen sekä kuuntelutaidon. Terapiamenetelmiä pidettiin toissijaisina. Kokemus lisäkoulutuksen tarpeesta vaihteli haastateltavasta riippuen. Diakoniatyöntekijöiden mielestä tulevaisuuden haasteena olivat erityisesti ne asiakkaat, jotka eivät ole minkään palvelujen piirissä. Lisäksi väestön taloudellisen eriarvoistumisen katsottiin näkyvän myös diakoniavastaanotoilla. Tutkimuksen perusteella olisi tulevaisuudessa tärkeä tiedottaa entistä paremmin diakoniatyön olemassaolosta sekä huomioida tulevaisuuden haasteet ja diakoniatyön rajalliset resurssit.

Asiasanat: diakonia, mielenterveystyö, mielenterveys, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Ranta Eeva-Maria

Diaconal workers' experiences in mental health care.

43p., 2 appendices. Language: Finnish. Järvenpää, Spring 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services, Option in Diaconal Social Work. Degree: Bachelor of Social Services.

The goal of the study was to find out diaconal workers' experiences of mental health care as a part of their work. The main focus was in diaconal workers' perceptions of their own professional skills as well as of what the main developmental challenges are in mental health care that is implemented in diaconal work.

The data was collected by conducting four individual theme interviews in one deanery. All interviewees worked in different parishes.

According to the results of the study, the number of mental health clients has increased significantly during the past few years. Parishes offer to them different types of activities, of which the most common are conversational therapy and peer groups. Different types of activities were also considered supporting mental health.

Diaconal workers considered their life- and work experiences as well as active listening to their most important working tools. Therapy methods were held only as secondary tools. The need for additional education varied. Diaconal workers felt that especially the clients who are not receiving any social services are the challenge in the future. Economical inequality has also been observed in the diaconal work. According to the study, in the future, it would also be important to inform people better of diaconal work and pay attention to the future challenges as well as to the limited scarce of diaconal work.

Keywords: diaconal work, mental health, mental health care, qualitative research

SISÄLLYS

1 DIAKONIAN JA MIELENTERVEYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT	6
2 KESKEISIÄ TUTKIMUSKÄSITTEITÄ	7
2.1 Mitä mielenterveys on?	7
2.2 Mistä saa apua?	8
2.3 Diakoniatyö	10
2.4 Diakoniatyöntekijä	10
3 MIELENTERVEYSPALVELUT SUOMESSA	12
3.1 Mielenterveyspalvelujen historia ja kehitys	12
3.2 Mielenterveyspalvelut Suomessa 2000-luvulle tultaessa	14
4 KIRKKO, DIAKONIA- JA MIELENTERVEYSTYÖ	16
4.1 Suomen evankelis-luterilainen kirkko ja diakoniatyön kehitys	16
4.2 Diakoniatyö viime vuosikymmeninä	18
4.3 Suomen evankelis-luterilainen kirkko ja mielenterveystyö	18
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	21
5.2 Tutkimusmenetelmä	22
5.3 Kohderyhmän valinta ja aineiston keruu	23
5.4 Aineiston analysointi	23
6 TUTKIMUSTULOKSET	25
6.1 Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia mielenterveystyön roolista diakoniatyössä	25
6.2 Diakoniatyöntekijöiden valmius kohdata mielenterveysongelmia	26
6.3 Saanko soittaa lääkäriaikaa?	28
6.4 Mielenterveysasiakkaiden tulevaisuuden haaste diakoniatyölle	29
7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA	31
7.1 Mielenterveystyön rooli diakoniatyössä	31
7.2 Diakoniatyöntekijöiden ammatillinen osaaminen	32
7.3 Verkosto-osaamisen tärkeys	33
8 POHDINTA	35
8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	35
8.2 Opinnäytetyöprosessin arviointia	36
LÄHTEET	38

LIITTEET42

LIITE1: KIRJE ROVASTIKUNNAN DIAKONIATYÖNTEKIJÖILLE

LIITE2: HAASTATTELURUNKO

1 DIAKONIAN JA MIELENTERVEYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Diakonia-ammattikorkeakoulun opas opinnäytetyön tekemiseen määrittää, että opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa opiskelijan valmiuksia soveltaa opintojensa aikana saamia tietoja ja taitoja ammattiopintoihin liittyvissä asiantuntijatehtävissä. Opinnäytetyön tehtävänä on osoittaa alan asiantuntijoille, useimmiten siis työelämän edustajille, että työn tekijällä on tietyt tiedot ja taidot, joilla hän voi tulevaisuudessa pärjätä työelämässä. (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2007, 23.) Tämä kyseinen opinnäytetyö käsittelee mielenterveystyön roolia yhtenä diakoniatyön osa-alueena. Aihe on ajankohtainen, sillä mielenterveysongelmien lisääntyminen on ollut viime vuosina enenevässä määrin otsikoissa niin julkisuudessa kuin sosiaali- ja terveysalan koulutuksessakin. Mielenterveys nähdään entistä enemmän yksilön henkilökohtaisen kokemuksen kannalta, eikä niinkään pelkästään diagnosoitavana sairautena. Myös erilaisten tilastojen ja tutkimusten valossa mielenterveysongelmat ovat selvästi kasvaneet 2000-luvun aikana.

Työssäni olen tutkinut diakoniatyöntekijöiden henkilökohtaisia näkemyksiä ja kokemuksia mielenterveystyön roolista diakoniatyössä. Tutkimuskohteina ovat olleet työntekijöiden kokemukset omasta ammatillisesta osaamisestaan sekä heidän näkemyksensä siitä, mihin suuntaan diakoniatyötä tulevaisuudessa tulisi kehittää, jotta mielenterveysasiakkaat tulisivat kohdatuiksi entistä kokonaisvaltaisemmin. Aiheen taustoittamiseksi olen ensin määritellyt keskeisiä tutkimuskäsitteitä ja sen jälkeen kertonut enemmän mielenterveystyön sekä diakoniatyön historiasta ja nykytilanteesta Suomessa. Tutkimus itsessään on toteutettu haastattelututkimuksena ja se on luonteeltaan kvalitatiivinen. Tutkimusta varten haastattelin yhteensä neljää diakoniatyöntekijää neljästä eri seurakunnasta, kuitenkin vain yhden rovastikunnan alueella. Näin ollen tutkimus ei siis ole yleistettävissä koskemaan koko maata. Kyseisen rovastikunnan alueelta otanta on kuitenkin melko kattava, sillä kyse on maaseutuvaltaisesta alueesta ja pienistä seurakunnista.

2 KESKEISIÄ TUTKIMUSKÄSITTEITÄ

Tämän opinnäytetyön ja aiheen selkeyttämiseksi olen halunnut aloittaa työni määrittelemällä keskeiset tutkimuskäsitteet. Aiheeni on diakonia mielenterveyden tukena, jolloin selkeää on määritellä ensinnäkin sanat mielenterveys sekä diakoniatyö. Koska työssä halusin tuoda esiin nimenomaan diakoniatyöntekijöiden kokemuksia, on myös diakoniatyöntekijä määritelty omana tutkimuskäsitteenään. Lisäksi olen halunnut liittää keskeisiin käsitteisiin mielenterveyspalvelut, sillä mielenterveyden tukena diakoniatyön roolin tulisi olla ennen kaikkea täydentävä palvelu. Ensisijaisia mielenterveyspalvelujen järjestäjiä ovat kunnat ja kuntayhtymät.

2.1 Mitä mielenterveys on?

Mielenterveys on kautta aikain ollut monimerkityksinen termi ja sille on aina ollut hankala antaa yhtä tiivistä ja yksiselitteistä määritelmää. 1900-luvun alkupuolella elänyt ja laajalti vaikuttanut psykologi Sigmund Freud määritteli aikanaan mielenterveyden kyvyksi rakastaa, surra ja tehdä työtä (Helsingin seudun mielenterveysseura i.a.). Ehkä merkittävin kansainvälinen 2000-luvun terveysjärjestö, maailman terveysjärjestö WHO määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö pystyy hahmottamaan omat vahvuutensa sekä käsittelemään elämän normaaleja stressitilanteita. Lisäksi WHO liittää kiinteästi mielenterveyteen ihmisen kyvyn työskennellä luovasti sekä tuottavasti ja samalla antaa panoksena oman yhteisönsä hyväksi. (World Health Organization 2010.)

Kaiken kaikkiaan mielenterveys ei tarkoita pelkästään sitä, että henkilöllä ei olisi diagnosoitavaa mielenterveyssairautta. Yksilöllisen hyvinvoinnin näkökulmasta katsottuna mielenterveys sisältää ajatuksen ihmisestä toimintakykyisenä ja elämäniloisena kokonaisuutena. Mielenterveys muovautuu persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä, ja sen aste voi vaihdella ajoittaisesta huonovointisuudesta hyvään oloon. Keskeistä on lisäksi kyky ymmärtää ja tulkita ympäristöä sekä sopeutua siihen ja tarvittaessa muuttaa sitä. Mielenterveys vaikuttaa henkilön terveeseen itsetuntoon sekä kykyyn muodostaa uusia ihmissuhteita ja toimia sosiaalisessa elämässä. Myös tästä näkökulmasta katsottu-

na mielenterveys onkin kiinteästi yhteydessä yksilön työkykyyn ja luovuuteen. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 18.)

Mielenterveys on siis yksilön voimavara, joka kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Kun pystytään säilyttämään käsitys mielenterveydestä positiivisena ja dynaamisena ihmisyyden ominaisuutena, saadaan hyvät lähtökohdat asiakaslähtöiseen mielenterveystyöhön. Tämä lähtökohta auttaa työntekijää toimimaan siten, että hän uskoo työssään ihmiseen sekä tämän selviytymisen mahdollisuuksiin. Itsetunnon vahvistaminen on olennainen osa auttamistyötä, sillä ihmiset, joilla on hyvä itsetunto, kokevat itsensä merkityksellisiksi ja arvokkaiksi sekä uskovat voivansa vaikuttaa omaan elämäänsä. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 32.) Tässäkään tutkimuksessa ei ole haluttu tarkastella mielenterveyttä ainoastaan lääketieteellisestä näkökulmasta, jossa pääpaino olisi diagnosoiduilla sairauksilla, vaan mielenterveys halutaan nähdä erityisesti asiakkaan oman kokemuksen lähtökohdasta. Tällöin voidaan säilyttää auttamistyössä tärkeä asiakaslähtöinen työote, joka myös diakoniatyöntekijöiden tulee työssään huomioida.

2.2 Mistä saa apua?

Vuonna 1990 säädetyssä mielenterveyslaissa mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä sairastaville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eli mielenterveyspalvelut (1§). Lisäksi mielenterveyslaki edellyttää, että kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kyseisellä alueella esiintyvä tarve edellyttää (4§). Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluna sekä niin, että henkilön oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan (4§). (Mielenterveyslaki 1990.)

Tutkijoiden mukaan mielenterveyslain määritelmiä ei kuitenkaan ole helppo soveltaa käytäntöön. Puhuttaessa lääketieteellisin perustein arvioitavasta sairaudesta tai häiriöstä

rajataan kokonaan ulkopuolelle esimerkiksi perheneuvolat sekä koulupsykologit. Perinteisesti mielenterveyspalveluiksi on ajateltu psykiatrista erikoissairaanhoidoa, mutta mielenterveystyön sisällön olennaisia kokonaisuuksia ovat kuitenkin myös mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien ehkäisy sekä mielenterveyspalvelut perusterveydenhuollossa. Tämä tuo esiin korostuksen kuntien ja kuntayhtymien sekä seurakuntien ja erilaisten kansalaisjärjestöjen roolin merkittävydestä mielenterveystyön kentällä. Mielenterveyspalveluja on siis olemassa hyvin laaja kirjo aina vakavasti sairastuneiden psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta eri elämäntilanteissa tarvittaviin tuki- ja neuvontapalveluihin. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 13–14.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on mielenterveyslain pohjalta kehittänyt mielenterveyspalvelujen laatusuositukset, joissa jäsennetään ne keskeisimmät rakenteelliset ja toiminnalliset seikat, joista laadukas mielenterveystyö käytännön kokemuksen mukaan koostuu. Laatusuositusten taustalla on ajatus siitä, että mielenterveysongelmat kehittyvät prosessina ja mielenterveyspalveluja tulisi olla saatavilla prosessin kaikissa vaiheissa. Resursseja ja voimavaroja tulisi suunnata ihmisen elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja tukemiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja tehokkaaseen hoitoon sekä monipuoliseen kuntoutukseen. Laatusuosituksissa todetaan myös, että mielenterveystyö ei ole haaste pelkästään sosiaali- ja terveysaloilla, vaan se koskettaa monia elämäntilanteita ja samalla kaikkia niitä toimijoita, joilla on toimintansa kautta kontakti paikkakunnan asukkaisiin ja heidän olosuhteisiinsa. (Mielenterveyspalvelujen laatusuositus 2001, 2.)

Tässä tutkimuksessa ei mielenterveyspalvelujen kohdalla ole niinkään keskitytty kunnallisiin mielenterveyspalveluihin, vaan pääpaino on Suomen evankelis-luterilaisen kirkon ja paikallisseurakuntien diakoniatyössä tehtävässä mielenterveystyössä. Merkittävimmissä roolissa ovat siis diakoniatyöntekijät, jotka arkipäivässään kohtaavat mielenterveysasiakkaita sekä joutuvat työssään pohtimaan sitä, mihin kaikkeen diakoniatyön voimavarat riittävät ja milloin olisikin aika ohjata asiakas edelleen kunnallisten mielenterveyspalvelujen piiriin. Tällöin myös diakoniatyöntekijöiden on perusteltua tuntea kunnalliset mielenterveyspalvelut sekä niihin liittyvä palvelujärjestelmä.

2.3 Diakoniatyö

Diakonia on kristilliseen rakkauteen perustuvaa palvelua, joka toteutuu ihmisten vuorovaikutuksessa ja kirkon elämässä. Suomen evankelis-luterilaisessa kirkossa tehtävän diakoniatyön perustana pidetään Jeesuksen antamaa esimerkkiä ja Hänen opetuksiaan. Jeesus kohtasi jo Raamatun syntyäaikoina apua tarvitsevat, köyhät, sairaat ja yhteisön ulkopuolelle suljetut ihmiset. Hän kuunteli heitä, paransi, auttoi ja kertoi anteeksiantamuksesta. Raamatussa esiintyvä Jeesuksen kertomus laupiaasta samarialaisesta (Luuk. 10:25–37) oli osoitus siitä, että jokainen ihminen on lähimmäinen riippumatta kansallisuudesta, rodusta, uskonnosta tai mistä tahansa muusta eroavasta tekijästä. Jo alkuseurakunnassa diakoniatyö toteutui siten, että köyhistä ja sairaista sekä muista apua tarvitsevista pidettiin huolta. (Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyö 2010.)

Diakonia kuuluu edelleen kirkon perustehtäviin ja myös Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkolaisissa on määrätty, että kirkon yhtenä perustehtävänä on paitsi jakaa sanaa ja sakramentteja, myös toimia muutenkin kristillisen sanoman levittämiseksi ja lähimmäisenrakkauden toteuttamiseksi. Lisäksi kirkkojärjestys täsmentää diakonian roolia siten, että jokaisen seurakunnan ja sen jäsenten tulee harjoittaa diakoniaa, jonka tarkoituksena on kristilliseen rakkauteen perustuva avun antaminen erityisesti niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muulla tavoin auteta. Yhtenä diakoniatyön tehtävänä on etsiä, lievittää ja poistaa ihmisten hätää ja kärsimystä. Sen tavoitteena voidaan pitää ihmisten parantamista ja eheyttämistä yksilöinä ja yhteisön jäseninä. Diakoniatyötä toteuttavat paikallisseurakunnissa työntekijät sekä vapaaehtoiset. Sitä tehdään käytännössä työnä yksilöiden ja ryhmien kanssa sekä pyrkimyksenä yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen ja kansainvälisenä diakoniana, joka toteutuu pääasiassa Kirkon ulkomaanavun ja eri lähetysjärjestöjen kautta. (Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyö 2010.)

2.4 Diakoniatyöntekijä

Diakoniatyö on kristillisen ihmiskäsityksen ja lähimmäisenrakkauden pohjalta tehtävää auttamistyötä ja se kohdentuu erityisesti niihin, joiden hätä on suurin ja joita muu apu ei tavoita. Suomen evankelis-luterilaisessa kirkossa diakoniatyöstä vastaavat kyseisen työalan papit sekä erityisesti diakoniatyöntekijät. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a.

b) Diakoniatyöntekijän tehtävänä on kohdata ihmisiä yksilöinä, perheinä ja erilaisina ryhminä. Diakoniatyöntekijöiden työnkuva sisältää yksilö- tai perhekohtaista asiakastyötä sekä muita tehtäviä, kuten ryhmien ohjausta, leirejä, tapahtumien järjestämistä ja retkiä. Myös mielenterveystyö on virallisesti nimetty yhdeksi diakoniatyön työmuodoksi. Sen diakoninen näkökulma tulee esiin mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaistensa tukemisessa ja keskeisiä menetelmiä ovat juuri yksilökohtainen työ sekä erilainen ryhmämuotoinen toiminta. (Helin, Hiilamo & Jokela 2010, 50–51.)

Työssään diakoniatyöntekijän tehtävänä on tukea ja vahvistaa asiakkaita oman elämän hallinnan saavuttamisessa. Tämä tehtävä ei aina ole helppo ja se edellyttää työntekijältä ihmisen näkemistä ja kuulemista sekä hädän syihin vaikuttamista. Nykypäivänä verkostoituminen ja yhteistyö eri sosiaali-, terveys- ja kirkonalan työntekijöiden välillä on tärkeää. Diakoniatyöntekijä toimiikin kirkon ja seurakunnan edustajana yhteistyöverkostoissa, joihin voi lisäksi kuulua kunnallisen sektorin sekä eri järjestöjen toimijoita. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a. b)

Seurakuntien diakoniatyön viroissa toimii sekä diakoneja että diakonissoja. Nämä pätevyudet eroavat toisistaan siten, että diakonissa on pohjakoulutukseltaan erityisesti diakonisen hoitotyön ja diakoni erityisesti diakonisen sosiaalityön asiantuntija. (Suomen evankelis-luterilainen kirkkoB i.a.) Diakonian virkaan valittavalta edellytetään ammattikorkeakoulutasoista sosiaali- ja terveysalan tutkintoa, johon on sisällytetty piispainkokouksen edellyttämät 90 opintopistettä kirkollisia opintoja. Nämä opinnot sisältävät Raamatun, kristinuskon ja kirkon hengellisen elämän tuntemukseen johdattavia opintoja sekä kirkon työhön liittyviä ammattiopintoja. Tutkintonimikkeitä tällä hetkellä valmistuville diakoniatyöntekijöille ovat sosionomi (AMK)-diakoni ja sairaanhoitaja (AMK)-diakonissa. Sosionomi-diakonin tutkinto on laajuudeltaan 210 opintopistettä ja sairaanhoitaja-diakonissa tutkinnon opintopistemäärä on 240 opintopistettä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a.)

3 MIELENTERVEYSPALVELUT SUOMESSA

Jotta voidaan ymmärtää nykypäivää ja siihen liittyviä haasteita erilaisten sosiaali-, terveys- ja diakonia-alan palvelujen järjestämisessä, on mielestäni luontevaa tarkastella myös palvelujen järjestämisen historiaa. Mielenterveystyön historia on kuitenkin paljon uudempaa kuin esimerkiksi lääketieteen historia kokonaisuudessaan. Ei ole vielä kovinkaan montaa vuosikymmentä kulunut siitä, kun mielenterveyspotilaat leimattiin automaattisesti hulluiksi ja se leima pysyi ihmisessä, koska ei ajateltu, että mielenterveysongelmista voisi parantua. Viimeisen sadan vuoden aikana mielenterveyspalveluissa on tapahtunut kuitenkin huomattava muutos parempaan. Vaikka ihmisten asenteita ei vielä lääkään ole täysin pystytty muuttamaan, ehkä mielenterveystyön ja mielenterveyspalvelujen kehitys saavat aikaan sen, että seuraavan sadan vuoden kuluttua mielenterveyspotilaisiin ja -kuntoutujiin voidaan suhtautua samalla tavoin kuin somaattisista sairauksista kärsiviin.

3.1 Mielenterveyspalvelujen historia ja kehitys

Suomen historian varhaisin mielenterveysairaala oli Seilin sairaala. Sairaala sijaitsi Turun saaristossa Seilin saarella eristyksissä muusta yhteiskunnassa. Alun perin sairaala perustettiin spitaalisia varten, mutta 1700-luvun alussa spitaali väheni merkittävästi ja saarelle alettiin siirtää pelkästään hulluja ja mielenvikaisia. Sairaalan nimenä oli yhdes- sä vaiheessa Seilin turvalaitos parantumattomasti mielisairaille. Mielisairaita hoidettiin Seilissä hyvin yksinkertaisilla ja edullisilla keinoilla. Jumalan sanan ohella hoitomuotoina käytettiin työntekoa, viinaa ja kylmiä kylpyjä. Lisäksi käytössä oli niin sanottu pimeää huonetta rauhattomille -hoitomuoto sekä psykoterapian sijasta harjoitettu väkivalta. Seili sai vuonna 1899 oman lääkärin, jonka jälkeen potilaiden diagnoositkin alkoivat tarkentua. 1900-luvun alkupuolella eristämishoitoa alettiin kyseenalaistaa. Vuonna 1955 syntyi päätös siitä, että sairaalan toiminta Seilissä lakkaa. Vuosi 1962 oli sairaalan viimeinen toimintavuosi, jäljellä olevat asukkaat siirrettiin muihin sairaaloihin tai harvoissa tapauksissa kotiutettiin. Viimeisenä vuonna Seilissä oli hoidettavana yhteensä 41 potilasta, joista 29 oli asunut sairaalassa yli kymmenen vuotta. Pitkäaikaisin potilas oli ollut hoidettavana Seilissä jopa 33 vuotta. (Väre 2004.)

Mielenterveyspalvelut ovat kokeneet melkoisia mullistuksia Suomessa viime vuosikymmenten aikana. Seilin sairaalan tyyppisistä hoitopaikoista on päästy huomasti eteenpäin. Sodan jälkeisessä Suomessa 1940-luvulla keskityttiin jälleenrakentamiseen ja sotakorvausten maksamiseen. Karjalasta menetetyiltä alueilta muuttaneet siirtolaiset ja rintamalta palanneet sotilaat raivasivat uudistiloja ja koska pientila ei aina elättänyt koko perhettä, miesten työpanosta hyödynnettiin puunjalostusteollisuudessa muun muassa raaka-aineiden hankinnassa niin sanotuilla puusavotoilla. Sotakorvausten vuoksi kehittynyt teollisuus loi pohjaa työvoiman siirtymiselle maaseudulta kaupunkeihin ja teollisuuskeskittymiin. Kunnallisella tasolla terveydenhuolto oli kunnanlääkäriin, kättilön ja terveydenhoitajan varassa. Keuhkotautia varten oli olemassa tuberkuloosiparantoloita ja mielenvikaisia varten oli edelleen 1920- 1930-luvuilla rakennettuja mielisairaloita sekä kunnalliskotien mielisairasosastoja. Molempien sairasyhmien potilaisiin iskostui vahva sairauden aiheuttama leima. (Eskola 2007, 15–16.)

Vuonna 1952 voimaan tuli uusi mielenterveyslaki, joka lisäsi mielenterveyspotilaiden laitoshoitopaikkoja huomattavasti. 1950- ja 1960-luvuilla maassamme olikin noin 11 000 sairaansijaa mielenterveyspotilaille. Avohoitoa ei käytännössä juuri ollut, koska mielisairauksien katsottiin olevan pysyviä, eikä niistä voinut koskaan täysin kuntoutua. Terveyspolitiikan tavoitteidenasettelua alettiin kuitenkin pohtia 1960-luvulla valtakunnallisella tasolla ja sen tuloksena terveydenhuollon suunnittelun perustaksi otettiin käyttöön niin sanottu kansanterveysnäkemys. Olennaisesti suomalaisen terveystalouden suunta muuttui vuonna 1972, jolloin voimaan astui uusi kansanterveyslaki. Perusterveydenhuollosta ja sen kehittämistä tuli uusi selkeä painopistealue. (Eskola 2007, 16–19.)

1970-luvulle saakka psykiatrinen hoitojärjestelmä oli kehittynyt erillään somaattisesta sairaanhoidosta, mutta vuosikymmenen lopulla erikoisaloja koskevia hoitojärjestelmiä alettiin yhdistää sairaanhoitopiireiksi. Lopullinen murros tähän tuli vuonna 1991 annetun erikoissairaanhoitolain myötä. Uusi laki yhdensi koko maassa psykiatrisen ja somaattisen erikoissairaanhoidon hallinnollisesti sairaanhoitopiireiksi. Lisäksi vuonna 1993 tuli voimaan uusi valtiosuusjärjestelmän muutos, joka tarkoitti käytännössä erikoissairaanhoidon rahoitusvastuun siirtämistä sairaanhoitopiireiltä kunnille. Tämä lisäsi jo ennestään vuoden 1990 mielenterveyslain kunnille tuomaa vastuuta. Uusi tilanne pakotti kunnat pohtimaan, millaisia palveluja kuntalaisille järjestetään, kuka järjestää ja mitä ne maksavat. Monessa kunnassa avohoitoyksiköitä siirrettiin sairaanhoitopiireiltä

kuntien terveystalusten hallintoon. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16–17.)

Psykiatrian laitoshoidon painotteen purkaminen avohoidon painotteiseksi oli alkanut jo 1980-luvulla ja se lisääntyi entisestään 1990-luvulla. Ongelmana oli useissa kunnissa kuitenkin resurssipula osittain myös 1990-luvun alun taloudellisten vaikeuksien vuoksi. Avohoidon henkilöstöä ei lisätty siinä määrin kuin laitoshoidosta vapautuva potilasmäärä olisi edellyttänyt. 2000-luvulle tultaessa psykiatriasta hoitojärjestelmää leimasivat hajautuneisuus, kirjava palvelutarjonta sekä koordinaation puute. Palvelujen kysyntä lisääntyi huomattavasti erityisesti avohoidon puolella ja selviä alueellisia eroja oli huomattavissa väestön hyvinvoinnissa sekä palvelujen saatavuudessa. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 18–20.)

3.2 Mielenterveyspalvelut Suomessa 2000-luvulle tultaessa

Kehittääkseen mielenterveyspalvelujen avopalveluja sekä tasoittaakseen alueellisia eroja väestön hyvinvoinnissa ja palvelujen saatavuudessa sekä laadussa, Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt erilaisia hankkeita ja projekteja. Ensisijaisesti kuntia velvoittaa mielenterveyslaki ja sitä täydentääkseen Sosiaali- ja terveysministeriö laati vuonna 2001 mielenterveyspalvelujen laatusuositukset, jotka määrittävät laadukasta mielenterveystyötä ja kuntien velvollisuuksia palvelujen järjestäjinä (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001). Lisäksi vuonna 2009 julkaistiin kansallinen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, jossa eri sosiaali- ja terveystalosten ammattilaisista koostunut Mieli 2009 -työryhmä kokosi ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009).

Mielenterveyden häiriöt muodostavat tällä hetkellä yleisen ja merkittävän kansanterveysongelman ja kuntien olisikin syytä varautua siihen, että niistä aiheutuvat terveystalustykset ja kuormitus palvelujärjestelmälle tulevat lisääntymään entisestään lähivuosina. Esimerkiksi mielenterveyshäiriöiden vuoksi myönnetty sairauspäiväraha-aikaa ovat kasvaneet ja ne ovat samalla myös 2000-luvun suurin yksittäinen työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus. Samaan aikaan, kun työkyvyttömyyseläkkeiden kokonaismäärä on pienentynyt, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella myönnetty työkyvyttömyyseläkkeet ovat kasvaneet 1990-luvun puolivälistä. (Harjajärvi, Pirkola &

Wahlbeck 2006, 21.) Esimerkiksi vuonna 2008 työkyvyttömyyseläkettä mielenterveyden tai käyttäytymishäiriön perusteella sai 3,4 prosenttia 16–64 -vuotiaista, kun taas vastaava luku vuonna 1996 oli vain 2,9 prosenttiyksikköä (SOTKANet 2010).

Tarkkoja lukuja mielenterveyskuntoutujien tai mielenterveysongelmista kärsivien määrästä Suomessa on vaikea löytää. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksen mukaan Suomessa kuitenkin rekisteröitiin vuonna 2008 jopa 2,2 miljoonaa mielenterveys-työn asiakaskäyntiä. Tämä luku sisältää sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon asiakaskäynnit. (Saukkonen 2009, 2.) Mitä taas tulee palvelujen järjestäjiin, niin pitää muistaa, että kuntien lisäksi mielenterveyspalvelujen kentällä palvelujen tarjoajien määrä on kasvanut huomasti. Erilaiset kansalaisjärjestöt ja yhdistykset, kuten esimerkiksi Klubitalot järjestävät toimintaa mielenterveyskuntoutujille, samaten kuin evankelis-luterilaisen kirkon seurakunnat. Kirkon roolin mielenterveystyössä tulisi mielenterveyslain ja muiden suositusten perusteella olla täydentävä palveluntarjoaja, mutta käytäntö on osoittanut tilanteen olevan etenkin pienillä paikkakunnilla se, että seurakunnan diakoniatyöntekijä saattaa olla paikkakunnan ainoa mielenterveysasiakkaiden tuki. Useissa sairaanhoitopiireissä palvelut on järjestetty keskitetysti, eikä kaikilla mielenterveysongelmista kärsivillä ole voimavaroja lähteä toiselle paikkakunnalle palvelujen piiriin. Varsinkin tällaisissa tilanteissa korostuu diakoniatyön rooli pienillä paikkakunnilla.

4 KIRKKO, DIAKONIA- JA MIELENTERVEYSTYÖ

Nykymuotoisen diakoniatyön ja sen kehityksen voidaan katsoa saaneen alkunsa Suomessa jo 150 vuotta sitten. Tuona aikana diakonian kehitys on pikkuhiljaa edennyt tähän päivään 2010-luvulle ja tilanteeseen, jossa diakonia on tunnustettu kirkon omaksi toiminnaksi. Diakoniatyö on tätä ennen aikanaan mielletty vapaaehtoistoiminnaksi, seurakuntien erillisjärjestelyiksi sekä eri diakonissalaitoksissa tehtäväksi työksi. Nykyisin työ on kuitenkin seurakuntien lakisääteinen työmuoto ja diakonian virka on kehittynyt maallikkoudesta osaksi kirkon hengellistä virkaa, johon piispa vihkii kätten päälle panemisella. Tämä vähitellen tapahtunut muutos on ollut osa kirkon kansainvälistä ja ekumeenista kehitystä. (Palvelijoiksi vihityt 2002, 24.) Tässä luvussa kerron tarkemmin diakoniatyön historiasta Suomessa ja sen kehityksestä nykyiseen muotoonsa. Lisäksi keskityn yksityiskohtaisemmin tarkastelemaan mielenterveyspalveluja Suomen evankelis-luterilaisessa kirkossa ja seurakuntien diakoniatyössä.

4.1 Suomen evankelis-luterilainen kirkko ja diakoniatyön kehitys

Suomalalaisessa diakoniatyön historiassa merkittävä rooli on vanhoilla diakonissalaitoksilla. Vuonna 1867 perustettiin Suomen ensimmäinen diakonissalaitos eli Helsingin diakonissalaitos. Merkittävässä roolissa tässä perustamisprosessissa oli everstin leski Aurora Karamzin, jonka suhteiden ja varallisuuden turvin laitos aloitti toimintansa. Toiseksi vanhin Suomen diakonissalaitoksista on Lahden diakonissalaitos, jota ei kuitenkaan alun perin perustettu Lahteen, vaan Viipuriin vuonna 1869. Viipurissa sijainneen diakonissalaitoksen historia on merkittävä myös siltä osin, että Viipurissa toimitettiin Suomen ensimmäinen diakonissavihkimys vuonna 1872. Talvisodan aikana Viipurin diakonissalaitos siirrettiin Karkkuun ja sodan päätyttyä sen lopulliseksi sijoituspaikaksi tuli Lahti. Ennen 1900-luvun alkua ehdittiin perustaa diakonissalaitos lisäksi myös Sortavalan, josta toiminta siirtyi sodan jälkeen Pieksämäelle. Muutama vuosi Sortavalan diakonissalaitoksen perustamisen jälkeen perustettiin diakonissalaitos myös Ouluun. Näiden neljän diakonissalaitoksen perustamisen jälkeen kesti jopa viisi vuosikymmentä ennen seuraavan diakonissalaitoksen syntyä. Vuonna 1949 aloitti toimintansa Suomen viides diakonissalaitos, Porin diakonissalaitos. (Malkavaara 2002, 296–301.)

Helsingin ja Viipurin diakonissalaitosten painotuksissa oli varsinkin laitosten alkuvaiheessa selvästi nähtävissä saksalaisen sisarkotijärjestelmän vaikutteita, kun taas muualle Suomeen myöhemmin perustetut laitokset tähtäsivät erityisesti diakonissojen kouluttamiseen seurakuntien palvelukseen. Diakonissojen kouluttaminen oli myös ensimmäinen askel suomalaiselle sairaanhoitajakoulutukselle, sillä alkuvuosina diakonissat työskentelivät lähinnä omissa sairaaloissaan ja laitoksissaan nimenomaan sairaanhoidollisissa tehtävissä. Vuonna 1879 aloitti työnsä Suomen ensimmäinen seurakuntasisar, mutta siitä huolimatta kului vielä useampi vuosikymmen ennen kuin diakonisoja alkoi laajemmassa mittakaavassa työskennellä seurakuntien palveluksessa. (Palvelijoiksi vihityt 2002, 24.)

Varsinaisen alkusykäyksen nykymuotoiselle järjestäytyneelle diakoniatyölle antoi Kuopion hiippakunnassa vuonna 1893 annettu diakonaattisäännös. Sen mukaan diakonian tehtävänä oli köyhistä ja sairaista huolehtiminen sekä maallikkosaarnaajatoiminta ja sisälähetys. Tämän myötä Kuopion hiippakunnan alueella sijaitseviin seurakuntiin alettiin perustaa diakoniakassoja sekä palkata työhön diakoneja ja diakonisoja. Tuohon aikaan diakonin ja diakonissan ero oli vielä riippuvainen työntekijän sukupuolesta. Vähitellen järjestäytynyt diakoniatyö laajeni Kuopion hiippakunnasta myös muualle Suomeen, vaikkakin se vielä 1900-luvun alussa perustui edelleen seurakuntien vapaaehtoisuuteen. (Palvelijoiksi vihityt 2002, 24.)

1900-luvun ensimmäisten vuosikymmenien aikana kirkon sisällä käytiin vilkasta keskustelua ja väittelyä siitä, olisiko diakoniatyöstä tarpeellista tehdä seurakuntien lakisääteinen velvollisuus. Keskustelu eteni hitaasti, mutta varmasti nykyiseen suuntaansa ja lopulta vuoden 1943 kirkolliskokous hyväksyi esityksen, jonka perusteella kirkkolakiin tehtiin useita diakoniaa ja diakoniatyötä koskevia muutoksia. Merkittävin niistä oli muutos, jonka määräyksestä jokaisen seurakunnan tuli harjoittaa kristillistä laupeudentyötä ja ottaa palvelukseensa siihen tarvittavia henkilöitä. Diakoniatyö sisällytettiin näin seurakunnan lakisääteisiin velvollisuuksiin ja samalla se tunnustettiin yhdeksi kirkon ja seurakunnan perustehtäväksi. (Palvelijoiksi vihityt 2002, 25.)

Kirkkolakiin tulleiden muutosten myötä diakoniatyö lähti nopeasti kehittymään. Sodanjälkeisinä vaikeiden sosiaalisten ongelmien vuosina diakoniatyö pyrki antamaan välittömän vastauksen ihmisten hätään ja kärsimykseen. Teologisesta näkökulmasta dia-

koniatyö miellettiin karitatiiviseksi eli lähimmäisenrakkauteen perustuvaksi toiminnaksi. (Palvelijoiksi vihityt 2002, 25.)

4.2 Diakoniatyö viime vuosikymmeninä

1970- ja 1980-luvut olivat suomalaisen hyvinvointivaltion kukoistusta. Tuolloin ajateltiin, ettei diakoniatyötä tarvita sosiaalisessa kentässä ja toimintaa keskitettiin pitkälti virkistys- ja leiritoimintaan sekä hengelliseen tukeen. 1990-luvun alun lama toi kuitenkin muutoksia diakoniatyön rooliin yhteiskunnallisessa kentässä. Toiminta painottui enemmän ikäihmisistä sijasta työikäisiin ja työ muuttui osittain kotikäyntien sijaan vastaanotoilla tehtäväksi asiakastyöksi. Diakoniatyöntekijöiden vastaanotoille hakeutui muun muassa avopalvelujen varaan jääneitä mielenterveysasiakkaita sekä toimeentulo-ongelmista kärsiviä työttömiä, ylivelkaantuneita ja konkurssin tehneitä. Erityisesti taloudellinen avustaminen lisääntyi 1990-luvulla ja diakoniatyön tarjoamista ruokavastausta, maksusitoumuksista sekä osto-osoituksista muodostui merkittävä taloudellinen tukimuoto monille. (Yeung 2007, 5.)

Vaikka Suomen valtion talous saatiin hyvään kasvuun 1990-luvun lopulla ja 2000-luvulla, ei diakoniatyön tarve ole silti vähentynyt. Laman jälkeen yhteiskunnan avun, myös taloudellisen avustamisen, täydentäminen vaikuttaa jääneen pysyväksi osaksi diakoniaa. Monet ovatkin sitä mieltä, että nykypäivänä diakonia edelleen paikkaa yhteiskunnan tuen jättämiä aukkoja ja on monille asiakkaille se niin sanottu viimeinen luokku, kun kaikkien muiden avustusverkostojen läpi on jo tiputtu. Erityisesti diakoniatyön toimintamuodoista suositaan viime vuosina ovat kasvattaneet EU-elintarviketuki sekä muu ruokapankkitoiminta. Diakonisten ryhmien kohdalla paljon kävijöitä on ollut erilaisissa ihmissuhderyhmissä ja sururyhmissä. (Yeung 2007, 5-6.)

4.3 Suomen evankelis-luterilainen kirkko ja mielenterveystyö

Diakonian käsikirja määrittelee mielenterveystyön yhdeksi diakoniatyön toimintamuodoksi ja mainitsee, että diakoniatyön erityisenä haasteena ovat sellaiset mielenterveyskuntoutujat, jotka ovat jääneet muiden palvelujen ulkopuolelle. Diakoniatyöntekijöiden

ja pappien työssä mielenterveyskuntoutujien huomioiminen tulee esiin usein erityisesti yksilökohtaisessa työssä. Henkilökohtaiset keskustelut ovat monelle asiakkaalle tärkeitä jo pelkästään mielenterveyden säilyttämisen ja uudelleen sairastumisen ehkäisyn vuoksi. Diakoniatyö tarjoaa mielenterveyskuntoutujille myös erilaisia ryhmiä, joissa on tärkeää uusien ystävien löytäminen ja sosiaalisten verkostojen vahvistaminen. Mielenterveyskuntoutujille suunnattuja diakoniatyön muotoja toteutetaan paikallistasolla usein yhteistyössä kuntien sekä potilas- ja omaisjärjestöjen kanssa. (Jääskeläinen 2002, 197–198.)

Henkilökohtainen tuki sekä vertaisryhmätoiminta ovat teemoja, jotka on selvästi huomioitu myös kirkon viimeisimmissä toimintastrategioissa ja ne tukevat osaltaan myös mielenterveysongelmien kanssa kamppailevia. Kirkon valtakunnallisessa strategiassa korostetaan nimenomaan heikoimmassa asemassa olevien tukemista. Sen mukaan kirkon ja diakoniatyön tehtävänä on tukea henkisten ja sosiaalisten vaikeuksien kanssa kamppailevia sekä vahvistaa vertaisryhmiä ja niiden huolenpitoa jäsenistään. (Meidän kirkko – Osallisuuden yhteisö 2007, 40.) Samantyyppiset teemat ovat esillä myös kirkon diakonian ja yhteiskuntatyön linjauksessa. Visiona on, että kirkko olisi välittävä yhteisö, joka rohkeasti pyrkisi edistämään lähimmäisenrakkautta ja hyvää elämää. Lisäksi diakoniatyö pyrkii työskentelemään oikeudenmukaisen yhteiskunnan puolesta. (Meidän kirkko – Välittävä yhteisö 2010.)

Henkilökohtainen keskustelu sekä vertaisryhmätoiminta ovat mielenterveystyömuotoja, joita toteutetaan erityisesti paikallisseurakunnissa. Tämän lisäksi kirkolla on myös valtakunnallisella tasolla tarjolla apua niille, jotka kamppailevat elämän kriiseissä tai ovat muulla tavoin vaikeassa tilanteessa. Valtakunnallinen Palveleva puhelin päivystää viikon jokaisena päivänä ja sinne voi soittaa täysin nimettömänä ja purkaa mieltänsä koulutetulle vapaaehtoistyöntekijälle, joka kuuntelee ja tukee uusien ratkaisujen löytämisessä tilanteessa, joissa henkilö voi tuntea olevansa jo täysin umpikujassa. Palvelevan puhelimen rinnalle on muutamia vuosia sitten lisäksi perustettu verkossa toimiva Palveleva netti sekä Nettiappi, joka tarjoaa mahdollisuuden keskustella papin kanssa. Erityisesti kouluikäisille ja nuorille suunnattua apua tarjoaa puhelimen tekstiviesteillä toimiva Tekstariapu. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a. c)

Apua elämän kriiseihin tarjoavat paikallisseurakuntien lisäksi myös sairaalapapit, joita

toimii Suomen sairaaloissa yhteensä yli sata. Sairaalapapit toimivat osana sairaalan organisaatiota, mutta ovat käytännössä kuitenkin kirkon palveluksessa. Sairaalapappi on saatavilla keskusteluapua sekä erilaisia kirkollisia toimituksia varten. Vankilaan tuomituja ja heidän läheisiään auttaa puolestaan vankilapappi tai -diakoni. Monet vangit saattavat kaivata keskusteluapua nimenomaan henkisissä ja hengellisissä kysymyksissä sekä ihmissuhdeasioissa. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a. a) Mikäli mielenterveyteen ja jaksamiseen liittyvät ongelmat ja pulmat liittyvät nimenomaan parisuhteeseen tai perheeseen, voi tukea etsiä Kirkon perheasiain neuvottelukeskuksesta. Näissä yksiköissä työskentelevät henkilöt ovat erikoistuneet tukemaan ja auttamaan parisuhteen ja perheen ongelmissa sekä elämän kriisitilanteissa. Useimmissa perheasiain neuvottelukeskuksissa järjestetään tarvittaessa myös perheasiain sovittelua. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a. d)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Jotta voitaisiin ymmärtää, miten juuri tämä tutkimus on toteutettu ja millä menetelmillä aineisto on kerätty, kerron tässä luvussa tutkimusprosessista käytännössä sekä niistä tutkimusmenetelmistä, joita käytin haastatteluja tehdessäni sekä haastattelumateriaalia analysoidessani. Kuvaan aluksi hieman perusteellisemmin tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimusongelmia, minkä jälkeen siirryn tutkimusmenetelmän valintaan. Tämän jälkeen kerron käytännön työstä kentällä kuvatessani kohderyhmän valintaa ja aineiston keruuta. Luvun lopussa käsittelen teoriaa, jonka pohjalta lähdin analysoimaan omaa tutkimusaineistoani.

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Halusin tässä tutkimuksessa selvittää erityisesti diakoniatyöntekijöiden näkökulmia siitä, mistä koostuu kirkossa ja paikallisseurakunnissa tehtävä mielenterveystyö ja miten tätä diakoniatyön piirissä tehtävää mielenterveystyötä voitaisiin edelleen kehittää. Haastatteluja toteuttaessani selvitin diakoniatyöntekijöiden koulutustaustoja ja työhistoriaa sekä taustan vaikutusta siihen, millaisina työntekijä näkee omat valmiutensa kohdata mielenterveysasiakas. Tutkimuskysymyksiä, joihin tällä tutkimuksella lähdin etsimään vastauksia, ovat seuraavat:

1. Mitä diakoniatyöntekijöiden mielestä on diakoniatyössä ja paikallisseurakunnissa tehtävä mielenterveystyö?
2. Millaisiksi diakoniatyöntekijät itse arvioivat valmiutensa kohdata mielenterveysasiakas?
3. Miten diakoniatyötä tulisi työntekijöiden mielestä kehittää, jotta seurakunnissa voitaisiin entistä paremmin vastata mielenterveysasiakkaiden tarpeisiin?

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus oli luonteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen haastattelututkimus, jossa keräsin aineistoa käyttäen menetelmänä puolistrukturoitua teemahaastattelua. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan aina kokonaisuutena, jonka ajatellaan edeltä käsin paljastavan jotakin tutkittavan kokonaisuuden rakenteesta ja arvoista. Kun aineisto koostuu erillisistä tutkimusyksiköistä, kuten tässä tapauksessa yksilöhaastatteluista, argumentaatiota ei voida perustaa eroihin eri muuttujien suhteen, kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa olisi mahdollista tehdä. Kaikki luotettavana pidetty aineisto tulee siis tämän vuoksi esittää niin, että se ei ole ristiriidassa esitetyn tulkinnan kanssa. Tilastollisessa selittämisessä olisi mahdollista tukeutua tilastollisiin poikkeamiin. Juuri siitä syystä, että kerättyä aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena, jonka ei ole tarkoitus saada aikaan tilastollisia yleistettävyyksiä, myöskään tutkimusyksiköiden suuri joukko ja tilastollinen argumentaatiotapa eivät ole mahdollisia. (Alasuutari 1999; 38–39.)

Päädyin käyttämään teemahaastatteluun, koska en haastatteluissa halunnut sitoutua tarkkoihin kysymyksenasetteluihin, mutta halusin kuitenkin sisällyttää kaikkiin haastatteluihin samat teemat, joista keskustelimme haastateltavien kanssa. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 48) mukaan teemahaastattelu lähtee oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. Erityisenä etuna teemahaastattelulle pidän juuri sitä, että se etenee tiettyjen teemojen varassa tuoden samalla kuitenkin kuuluviin tutkittavien oman äänen. Teemahaastattelu ottaa huomioon myös ihmisten eri asioille antamat merkitykset, joita tutkijalla on haastatteluaineistoa analysoidessaan mahdollisuus tulkita.

Teemahaastattelu sopi tutkimusmenetelmäksi juuri tähän tutkimukseen sen haastatteluun antaman vapauden vuoksi. Mielestäni diakoniatyöntekijöitä haastatellessa tärkeää oli antaa tila heidän omille kokemuksilleen pitäytyen silti mahdollisuuksien mukaan tutkijan ennalta määrittelemissä teemoissa.

5.3 Kohderyhmän valinta ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat itsestään selvästi tutkimuskysymysten myötä diakoniatyöntekijät. Työskentelin haastatteluja tehdessäni seurakunnassa kesätyöntekijänä ja sain silloiselta esimiehelläni luvan käyttää työaikaan teemahaastattelujen toteutukseen, koska tutkimus toteutettaisiin siten, että sen tuottama uusi tieto tulisi hyödyttämään myös työnantajaa. Aiheeni on sen tyyppinen, että se mielestäni hyödyttää kaikkia seurakuntia Suomessa, mutta käytännön syistä oli toki helpointa toteuttaa haastattelu yhden rovastikunnan sisällä. Näin ollen tutkimuksen kohderyhmäksi valikoituivat kyseisen seurakunnan sekä alueen rovastikunnan diakoniatyöntekijät. Olin jo etukäteen keskustellut opinnäytetyötäni ohjaavan opettajan kanssa siitä, että haastateltavia tulisi olemaan noin neljä kappaletta. Näin analysoitava aineisto ei pääsisi kasvamaan liian suureksi.

Lähetin toukokuussa 2010 kaikille rovastikunnan diakoniatyöntekijöille kirjeen (LIITE 1), jossa kerroin itsestäni, opiskeluistani sekä siitä, että tulen kesän aikana toteuttamaan tämänkaltaisen tutkimuksen rovastikunnassa. Otin heti kesäkuun alussa yhteyttä muutama seurakuntaan ja sain ilokseni huomata, että tutkimukseni sekä pyyntö mahdollisesta haastattelusta oli otettu vastaan positiivisesti. Kaikista seurakunnista, joihin otin yhteyttä, sain haastateltavakseni yhden diakoniatyöntekijän. Lopulta haastateltavia oli tuo neljä kappaletta, jonka olin jo etukäteen asettanut tavoitteekseni. Tutkimusaineisto on näin ollen kerätty kesän 2010 aikana erään Länsi-Suomessa sijaitsevan rovastikunnan alueelta. Haastatteluissa käytin apunani haastattelurunkoa (LIITE 2) ja pyrin pitäytymään siinä etukäteen määrittelemissäni teemoissa. Nauhoitin kaikki tekemäni haastattelut ja litteroin ne myöhempiä analysointia varten.

5.4 Aineiston analysointi

Koska toteutin haastattelut puolistrukturoituina teemahaastatteluina, oli luontevaa jatkaa haastattelumateriaalin analysoimista teemoittelulla. Teemoittelu tarkoittaa käytännössä sitä, että teemoja eli keskeisiä aiheita haetaan käymällä läpi litteroitua haastattelumateriaalia ja etsimällä siitä haastatteluja yhdistäviä tai erottavia seikkoja. Teemat, joista haastateltavien kanssa on puhuttu, löytyvät useimmiten jokaisesta haastattelusta, usein kuitenkin vaihtelevissa määrin ja eri tavoin. Tämä mahdollistaa sen, että litteroitu ai-

neisto voidaan järjestää teemoittain. Joskus teemat muistuttavat haastatteluja tehtäessä käytettyä teemahaastattelurunkoa, mutta se ei kuitenkaan ole itsestään selvää. Toisinaan voi jopa käydä niin, että aineistoa teemoiteltaessa esiin nousee aivan uusia teemoja, joita tutkija ei aiemmin ollut osannut odottaa. Tästä syystä litteroitua aineistoa tarkastellessa tutkijan tuleekin olla ennakkoluuloton ja avoin uusille teemoille, joita haastatteluista saattaa nousta esiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Kun aineistoa järjestellään teemojen mukaan, kunkin teeman alle voidaan koota jokaisesta haastattelusta ne kohdat, joissa käsitellään kyseisiä teemoja. Tällainen järjestely on luonnollista toteuttaa nykytekniikkaa hyväksi käyttäen. Tekstinkäsittelyohjelmien avulla voidaan järjestää haastatteluista tietyt palat tietyn teeman alle käyttäen niin sanottua leikkaa-liimaa -periaatetta. Tämä mahdollistaa myös sen, että jotkut haastatteluosuudet voidaan sijoittaa useammankin yläteeman alle. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Toteutin litteroidun haastatteluaineiston analysoinnin teemoittelemalla haastattelijien osia tiettyjen yläteemojen alle. Kyseisinä yläteemoina käytin samoja kysymyksiä, jotka olin kirjannut ylös tutkimusongelmia määrittellessäni. Näin minulla oli siis kolme yläluokkaa, joiden alle kokosin tekstinkäsittelyohjelman avulla haastattelumateriaalia paloittelemalla sitä pienempiin osiin sen mukaan, minkä teeman alle kyseinen aihe parhaiten sijoittui. Näin aineistosta syntyi vähitellen myös alateemoja ja haastattelumateriaali alkoi aueta uuden näköisenä tutkimustulosten määrittelyä ja tulkintaa varten.

Teemoittelemalla litteroidusta haastattelumateriaalista saadaan tutkimusta varten aineistoa, jolla voidaan vastata erityyppisiin mitä-kysymyksiin. Kyse on kuitenkin vasta havainnoista, joiden avulla tuotetaan paremmat edellytykset esittää vastauksia joihinkin miksi-kysymyksiin. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista juuri se, että se ei ole vain havaintojen ja löydöksen tekemistä, vaan osa tutkimusaineiston analyysiä on vaihe, jossa yritetään löytää tavalla tai toisella vastaus ainakin yhteen miksi-kysymykseen. Tällaisten kysymysten kohdalla on harvoin kyse alkuperäisestä tutkimuskysymyksestä. Aineistoa tarkasteltaessa esiin saattaa nimittäin nousta uutta materiaalia ja sellaisia kysymyksiä, joita ei olisi osattu odottaa tutkimussuunnitelmaa laadittaessa. Miksi-kysymysten tuottamisen avuksi on olemassa erilaisia metodeja, joista tässä tutkimuksessa on käytetty aineiston sisäisten ristiriitojen esiin tuomista sekä aineistossa piilevien normien etsimistä. (Alasuutari 1999, 215–217.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset saatiin tarkastelemalla ja analysoimalla kerättyä aineistoa ja haastattelumateriaalia. Koska kyseessä on kvalitatiivinen haastattelututkimus, johon haastateltiin neljää diakoniatyöntekijää, ei haastattelutuloksia voida yksiselitteisesti yleistää koskemaan koko Suomea. Kyse on yhden rovastikunnan alueella tehdystä tutkimuksesta.

Tutkimustuloksilla vastataan kysymyksiin, miten paikallistason diakoniatyö toimii tukeakseen mielenterveysasiakkaita ja ehkäistäkseen mielenterveysongelmien syntyä, millaisiksi diakoniatyöntekijät itse mieltävät valmiutensa mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen sekä miten mielenterveystyön osuutta diakoniatyössä voitaisiin edelleen kehittää. Kerätystä aineistosta nousi esiin myös alkuperäisten tutkimuskysymysten ulkopuolelta aineistoa, jota olen esitellyt luvussa 6.3. Tutkimustuloksia esitellessäni olen käyttänyt muutamia suoria lainauksia teemahaastatteluista. Näillä lainauksilla havainnollistan tutkimustuloksia ja tuon esiin haastateltujen diakoniatyöntekijöiden omia ajatuksia ja mielipiteitä.

6.1 Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia mielenterveystyön roolista diakoniatyössä

Huolimatta siitä, millainen koulutus- tai työkokemustausta haastatelluilla diakoniatyöntekijöillä oli, olivat kaikki haastateltavat yhtä mieltä siitä, että mielenterveysongelmien kanssa kamppailevien asiakkaiden määrä on suuri ja sen kasvu on ollut selvästi nähtävissä viime vuosina. Toisilla asiakkailla ongelmat ovat vakavia ja toisilla mielenterveyteen liittyvät ongelmat ovat lievempiä, mutta haastatteluissa tuli kuitenkin selvästi esiin se, että diakoniatyön asiakkaat kamppailevat hyvin usein juuri mielenterveytensä ja arjessa jaksamisen kanssa.

Mun mielestä on paljon. Et kun mä mietin niitä, jotka käy tässä vastaanotolla hakemassa taloudellista tukea niin moni on joko mielenterveystoimiston asiakkaita tai sitten muuten on jaksamisen kanssa ongelmia. Et melkeinpä se on sääntö kun poikkeus että ne jotka tämän kynnyksen yli tulee niin on. Ihmiset on tosi tiukoilla nykypäivänä. Tämä on kova maailma.

Seurakunnissa järjestettävä toiminta mielenterveyskuntoutujille vaihteli paikkakunta-

kohtaisesti, mutta kaikki haastateltavat mainitsivat tavallisimpina mielenterveystyön työmuotoina henkilökohtaisen keskustelun sekä mielenterveyskuntoutujille suunnatun ryhmämuotoisen toiminnan. Useimmat ryhmät ovat niin sanottuja avoimia ryhmiä, joihin kuka tahansa on tervetullut. Pienillä paikkakunnilla ryhmiin on kuitenkin aikaa myöten usein vakiintunut oma vakiokävijäryhmänsä.

Kaikissa seurakunnissa järjestettiin myös mielenterveysongelmia ehkäisevää toimintaa, jollaisena diakoniatyöntekijät pitivät muun muassa eri kohderyhmille järjestettyjä retkiä ja leirejä. Yhtenä selkeänä mielenterveyttä tukevana työmuotona kaikki haastateltavat mainitsivat myös sururyhmät, joihin kutsutaan niitä seurakuntalaisia, jotka lähiaikoina ovat menettäneet läheisensä. Yksi haastatelluista diakoniatyöntekijöistä toi esiin myös viikoittaisen jumalanpalveluksen mielenterveyttä tukevana ja ihmisiä hoitavana kirkon työmuotona.

6.2 Diakoniatyöntekijöiden valmius kohdata mielenterveysongelmia

Tutkimusta varten haastateltiin neljää diakoniatyöntekijää ja haastattelujen edetessä ilmeni, että kaikilla haastateltavilla oli erilainen koulutustausta sekä työhistoria. Kaikki haastatellut olivat kuitenkin ehtineet toimia jo jonkin aikaa diakoniatyössä, eikä haastateltavien joukkoon osunut yhtään vastavalmistunutta diakoniatyöntekijää. Huolimatta siitä, millainen koulutustausta haastateltavilla oli, yleinen mielipide kaikilla oli se, että työkokemus ja elämäkokemus ovat ennen kaikkea niitä asioita, jotka antavat valmiuksia diakoniatyönasiakkaan kohtaamiseen, olipa kyse sitten mielenterveysasiakkaasta tai muulla tavoin vaikeassa elämäntilanteessa olevasta henkilöstä.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että diakoniatyöntekijät pitivät asiakkaan kohtaamisen kannalta erityisen tärkeänä työvälineenä kuuntelutaitoa. Henkilö, joka hakeutuu diakoniatyöntekijän vastaanotolle, ei odota tulevansa terapiaan, vaan haluaa ennen kaikkea tulla kuulluksi ja kohdatuksi kokonaisena ihmisenä, ei ainoastaan henkilönä, jolla on tietynlainen ongelma.

... kyllä mulle on enimmäkseen näiden mun asiakkaiden kanssa tullut sellainen kokemus, että he ovat jo käyneet hyvin monessa paikassa ja voi monella olla se säännöllinen hoitosuhde psykologiin tai lääkäriin, mutta

silti he kokevat, että he ei ole saanut sitä vastakaikua tai he eivät ole tulleet kuulluksi.

Toisaalta yhdessä haastattelussa nousi tähän liittyen esiin myös diakoniatyöntekijän oman ammatillisuuden merkitys ja valmius tunnistaa omat rajansa tilanteessa, jossa asiakas tarvitsisi jo mahdollisesti apua lääkäriltä tai mielenterveystoimistosta. Vaikeiden tapausten käsittelyssä joillakin haastateltavilla oli tapana ottaa asiakas vastaan esimerkiksi siten, että paikalla on toinenkin työntekijä.

... ja keskenämme konsultoidaan toisiamme. Joskus tehdään niin, että jos tiedetään etukäteen, että on tulossa joku vaikea tapaus niin saatetaan ottaa kahdestaan sitten vastaan.

Haastateltavat kokivat hyvin eri tavoin tarpeen ammatilliseen tukeen ja lisäkoulutukseen. Työparin konsultointi ja työnohjaus olivat käytössä ja niitä pidettiin hyvinä asioina. Lisäkoulutuksen kohdalla haastateltavien mielipiteissä oli kuitenkin selvästi hajontaa. Osa haastatelluista koki pohjakoulutuksensa ja työkokemuksensa myötä omat tionsa riittäviksi. Toiset haastateltavat kaipasivat kuitenkin, jos ei nyt lisäkoulutusta niin ainakin vanhojen tietojen päivittämistä. Tämä oli jo haastatteluja toteuttaessani ensimmäinen selkeä esiin nouseva miksi-kysymys. Miksi toinen samankaltaista työtä tekevä ei kaipaa lisäkoulutusta ollenkaan, kun taas toinen haluaisi vähintäänkin päivittää vanhoja tietoja?

... ei, en mä oikeastaan koe tarvetta lisäkoulutukseen. Tämä koulutus ja siihen aikanaan tehty mielenterveysharjoittelu on antanut hyvän pohjan tähän mun nykytyöhön.

Tietysti koulutuksen ja kokemuksen kautta sitä varmuutta on ja tulee, mutta kyllähän aina sitä koulutusta lisääkin tarvitsisi. Koskaan me ei olla täysin valmiita ja aina tarvitaan vähintäänkin niiden vanhojen tietojen päivittämistä.

Jäin tutkijan ominaisuudessa pohtimaan vastausta tähän miksi-kysymykseen. Haastateltavien mielestään tärkeää oli kuunnella asiakasta ja hänen ongelmaansa tai ongelmiaan, kohdata hänet ennen kaikkea vertaisenaan, siten, että ihminen kuuntelee toista ihmistä. Diakoniatyöntekijän vastaanotto ei ole niinkään terapia, vaikka käyhän puhuminenkin toisille ihmisille terapiasta. Uskoisin, että ratkaiseva ero kokemuksessa lisäkoulutuksen tarpeesta tulee esiin juuri siinä, millaiseksi työntekijä mieltää diakoniatyön

roolin asiakkaan palveluketjussa. Kun kyse on vertaistuesta ja kuuntelusta, ei koulutukselle anneta niin suurta merkitystä kuin, jos työntekijä mieltäisi roolinsa enemmän terapeutiksi. Käydessäni läpi haastattelumateriaalia, löytyi yhdestä haastattelusta kommentti, joka tuki tätä ajatusta.

Tietysti myös koulutus ja oma tietämys siitä psyykkisestä sairaudesta on tärkeitä, mutta ehkä tärkeintä on kuitenkin se, että kun se ihminen tulee, kun tännekin saattaa usein tulla ihmisiä, jotka puristaa käsiään nyrkkiin ja on tosi aggressiivisia, niin tietää kuitenkin sen, että tärkeintä on se, että mä kuuntelen niitä ja olen rauhallinen ja keskityn vaan tähän. En mieti mitään muuta. Vaan mä keskityn nyt kohtaamaan juuri tän ihmisen just tässä näin. Kuuntelen sen tarinan, niin se on kaikkein tärkeintä. Että siinä vaiheessa voi laittaa pois kaikki ne opitkin.

Tähän tutkimukseen kerätty aineisto toteutettiin yksilohaastatteluina, mutta mielenkiintoista olisi voinut olla myös toteuttaa yksi ryhmähaastattelu ja kuulla, olisivatko kaikki haastateltavat silloinkin olleet edelleen asiasta samoilla linjoilla, vai olisiko mahdollisesti mielenterveyssektorilta saatu lisäkoulutus saanut enemmän arvostusta.

6.3 Saanko soittaa lääkäriaikaa?

Diakoniatyöntekijän ammattitaitoa kuvastaa myös kyky tunnistaa omat rajansa vaikeiden asiakastapausten kohdalla. Usein diakoniatyöntekijät tekevät hyvin itsenäistä työtä ja heidän pitää kyetä tunnistamaan todella sairas ihminen ja tarvittaessa osata ohjata tämä tarvittavan avun piiriin.

Joo kyllä aina joskus täytyy kysyä asiakkaalta, että saanko soittaa sulle lääkäriaikaa. Pitää tiedostaa diakoniatyössäkin ne omat rajat ja se, mihin pystytään ja mihin ei.

Edellä olevasta lainauksesta voidaan löytää kohta, joka osoittaa, että työntekijä toimii tiettyjen normien mukaisesti. Tietyn normatiivisen periaatteen mukaan toimiminen on merkki siitä, että yksilö tietää olevan mahdollista toimia toisinkin. Hän haluaa kuitenkin korottaa käyttäytymisensä statusta esittämällä sen moraalisten periaatteidensa mukaisena. Tähän liittyen voidaan myös esittää kysymys siitä, mistä tämä kyseinen normatiivinen periaate on saanut korkean moraalisen statuksensa. Aina kun törmätään normiin, voidaan myös pohtia, miksi juuri tähän kyseiseen normiin suhtaudutaan moraalisenä

kysymyksenä. Kaikissa tapauksissa voidaan vähintäänkin esittää kysymys siitä, miksi tämä kyseinen normi esiintyy haastattelumateriaalissa, eli mikä sen merkitys on? (Alasuutari 1999, 225–228.)

Kyseisessä lainauksessa haastateltu diakoniatyöntekijä kertoo, että toisinaan täytyy kysyä asiakkaalta lupa siihen, saako soittaa hänelle lääkäriaikaa. Tällöin luvan kysyminen on merkki siitä, että työntekijä toimii tiettyjen normien mukaan. Hän tietää, että olisi mahdollista toimia toisinkin, mutta luvan kysyminen on moraalisten periaatteiden mukaista ja edistää asiakaslähtöisyyttä. Työntekijä voisi varata asiakkaalle lääkäriajan myös ilman tämän lupaa, mutta se olisi väärin sekä moraalisesti että eettisesti. Lisäksi hyvin todennäköistä voisi olla, että asiakas ei siinä tapauksessa menisi lääkäriin. Toisaalta, vaikka kyse on asiakaslähtöisyydestä, voi asiakkaasta helposti tuntua siltä, että hänen hyväkseen tehtävä työ onkin tällä kysymyksenasettelulla ylhäältä alaspäin suuntautuvaa. Kysymällä, saanko soittaa lääkäriaikaa, työntekijä selvästi ilmaisee, että hänen mielestään asiakkaan pitäisi mennä lääkäriin. Asiakas itse taas saattaa kokea tilanteensa siten, että hän kaipaisi ainoastaan kuuntelijaa. Ehkä parempi olisikin ensin kysyä, tuntee asiakas tarvitsevansa lääkäriapua, sillä diakoniatyöntekijän ammattitaito on rajallinen ja joskus voisi olla hyvä saada professionaalisempaa apua, katkaisematta kuitenkaan asiakassuhdetta diakoniatyöntekijän kanssa.

6.4 Mielenterveysasiakkaiden tulevaisuuden haaste diakoniatyölle

Kaikkien haastateltavien kanssa keskusteltiin siitä, millaisina he pitivät kirkon ja seurakuntien tarjoamia palveluja mielenterveysasiakkaille sekä toisaalta, miten näitä palveluja voitaisiin edelleen kehittää. Keskusteluissa esiin nousi erityisesti monien asiakkaiden moniongelmaisuuksien haaste sekä toisaalta huoli niistä asiakkaista, jotka jäävät kokonaan perinteisen palveluketjun ulkopuolelle. Haastateltavat kertoivat, miten osa asiakkaista on monien eri palvelujen piirissä, mutta toisaalta on huoli niistä, jotka ovat niin sanotusti väliinputoajia, eivätkä diagnosoinsa tai sen puuttumisen vuoksi pääse minkäänlaisen avun piiriin. Erityisesti tällaisten asiakkaiden kohdalla haastateltavat pitivät tärkeänä verkostoitumista sekä yhteistyötä muun muassa kunnallisen sosiaalitoimen kanssa.

Jotta mielenterveysasiakkaat voitaisiin kohdata entistä paremmin kirkon piirissä ja diakoniatyössä, nousi haastatteluissa esiin monia erityyppisiä asioita. Tärkeänä pidettiin tiedottamista diakoniatyöntekijöiden olemassa olosta ja siitä, että tällainen mahdollisuus hakea ja saada apua on olemassa. Yhdessä haastattelussa esiin nousi myös nuorten ja nuorten aikuisten huomioiminen entistä paremmin, jotta diakoniatyötä ei mielletäisi ainoastaan vanhustyöksi. Lisäksi haastateltavat pohtivat eri tasoilla yhteiskunnallista tilannetta ja esimerkiksi tuloerojen kasvua ja sen vaikutusta myös diakoniatyön asiakas-kuntaan.

Yhdessä haastattelussa tuli mielestäni hyvinkin aiheellisesti esiin myös diakoniatyön resurssipula. Etenkin pienissä seurakunnissa, joissa diakoniatyöntekijöitä on vain yksi tai kaksi, on huomioitava, että mielenterveystyö on ainoastaan yksi työmuoto diakoniatyön laajassa kentässä. Mikäli työntekijällä on muitakin vastuualoja, ei voida olettaa, että hän pystyisi keskittämään kaikki käytettävissä olevat resurssinsa mielenterveystyöhön.

Yksi alkuperäinen tutkimuskysymykseni koski sitä, miten diakoniatyötä tulisi kehittää, jotta mielenterveysasiakkaat voitaisiin tulevaisuudessa kohdata entistä paremmin seurakunnissa. Konkreettisia kehittämissuhteita tähän en kuitenkaan saanut kovinkaan montaa. Osittain syy siihen saattoi näin jälkeenpäin ajatellen olla myös vääränlainen kysymyksenasettelu haastatteluja toteuttaessa. Diakoniatyön tehokkaampi markkinointi oli kuitenkin yksi selkeä ehdotus tähän haasteeseen vastaamiseksi. Haastateltujen oli kuitenkin selvästi helpompaa löytää kehittämissuhteita kuin niitä käytännön kehittämissuhteita. Tutkijan ominaisuudessa nostaisin kuitenkin esiin aineistosta juuri verkostoitumisen sekä työntekijöiden työnkuvan tarkentamisen juuri käytettävissä olevien resurssien hahmottamiseksi.

7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Olen tutkimuksessani edennyt siihen pisteeseen, että olen ehtinyt raportoida tutkimustuloksista sekä niiden perusteella tekemistäni johtopäätöksistä. Haluan kuitenkin tuoda esiin myös muuta aiheesta tehtyä tutkimusta. Tämän toteutan tarkastelemalla ja vertailemalla omia tutkimustuloksiani kahteen aiemmin diakoniatyön piirissä toteutettuun tutkimukseen.

7.1 Mielenterveystyön rooli diakoniatyössä

Tutkimuksessa ilmeni, että diakoniatyöntekijät ovat työssään havainneet mielenterveysongelmien lisääntymistä viime vuosien aikana. Huomattava osa diakoniatyön asiakkaita kamppailee mielenterveysongelmien ja arjessa jaksamisen kanssa. Mielenterveysongelmien kasvu on ilmiö, joka on nähtävissä myös valtakunnallisella tasolla sekä julkisen terveydenhuollon piirissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman tilaston mukaan vuoden 2008 aikana rekisteröitiin 2,2 miljoonaa mielenterveystyön asiakaskäyntiä. Tämä luku saatiin yhdistämällä sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon asiakaskäynnit. Vuodesta 2000 käynnit ovat lisääntyneet 34 prosenttia. (Saukonen 2009, 2.) Kyseinen tilastotieto tukee selvästi myös diakoniatyöntekijöiden kokemusta mielenterveysongelmien lisääntymisestä. On ymmärrettävää, että tämäntyyppinen huomattava kasvu valtakunnallisella tasolla näkyy myös pienillä paikkakunnilla ja diakoniatyöntekijöiden asiakaskunnassa.

Keskusteltaessa haastateltavien kanssa siitä, mitä on diakoniatyössä tehtävä mielenterveystyö, nimesivät haastatellut diakoniatyöntekijät yleisimmiksi työmuodoiksi henkilökohtaisen keskustelun sekä mielenterveyskuntoutujille suunnatun ryhmätoiminnan. Mielenterveysongelmia ehkäiseviksi työmuodoiksi nimettiin muun muassa erilaiset retket ja leirit sekä sururyhmät. Nämä työmuodot ovat todennäköisesti yleisimpiä mielenterveystyön työmuotoja kaikissa Suomen seurakunnissa. Myös aiemmin tehdyssä, laajemmassa diakoniatyötä koskevassa tutkimuksessa on todettu, että yleisimmin mielenterveysasiakkaille järjestetään diakoniatyössä erityyppistä kerho-, ryhmä- ja leiritoimintaa. Yleisesti diakoniatyöntekijät kohtaavat mielenterveysasiakkaita myös vastaanotto-

työssä ja kotikäynneillä. (Rättyä 2009, 48.)

7.2 Diakoniatyöntekijöiden ammatillinen osaaminen

Kaikilla tutkimusta varten haastatelluilla diakoniatyöntekijöillä oli takanaan jo useampi vuosi työkokemusta diakonia- ja auttamistyöstä. Keskusteltaessa työntekijöiden ammatillisista valmiuksista mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen, korostui keskustelussa juuri elämäkokemuksen tuoma varmuus. Haastatellut eivät niinkään pitäneet tärkeänä eri terapiamenetelmien hallitsemista teoriassa ja käytännössä, vaan ennemminkin asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista ja kuuntelua. Rättyän (2009) tutkimus tukee myös tätä näkemystä. Sen mukaan diakoniatyössä korostuu erityisesti kuuntelun ja keskustelun merkitys. Seurakuntalaisilla, jotka hakeutuvat diakoniatyöntekijän vastaanotolle, on ennen kaikkea tarve tulla kuulluksi. Tämä edellyttää työntekijältä kiireettömyyttä, auttavaa ja puolueetonta kuuntelua sekä ihmisen hädän ja tarpeiden kuulemista. Oleellista on se, että asiakkaalle välittyy kokemus siitä, että hän saa puhua rauhassa. (55.) Asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen merkitsee ajan antamista, asiakaslähtöisyyttä, luotamuksellisuutta, tasa-arvoa ja kunnioittamista. Diakoniatyöntekijä vastaa asiakkaan kaipuuseen ja on hänen käytettävissään tietyn ajan. Tässä korostuu juuri olemassaolon, ei niinkään tekemisen ja toimenpiteiden tärkeys. Rättyän tutkimustulosten mukaan tästä seuraa parhaimmillaan ihmisen elämänlaadun paranemista ja eheytymistä. (50.)

Kuuntelutaitoon liittyy kuitenkin läheisesti myös tässä tutkimuksessa yhtensä fokusalueena ollut diakoniatyöntekijöiden ammattitaito ja kokemus omista ammatillisista valmiuksista erityisesti mielenterveystyössä. Tutkimuksessa nousi esiin ammattitaidon puitteissa kyky tuntea omat rajansa ja kertoa asiakkaalle, mikäli hänen tilanteensa on niin vaikea, että esimerkiksi mielenterveyden kanssa kamppailevan olisi syytä hakeutua erikoistuneemman avun piiriin. Tämä on osa ammattitaitoa, joka muodostuu monista eritekijöistä. Rättyä (2009) nimeää ammattitaidon osatekijöiksi tältä osin muun muassa juuri ammatin hallinnan ja työtehtävien rajaamisen (76). Myös hänen tutkimuksessaan mukana olleet diakoniatyöntekijät olivat korostaneet omien rajojensa tuntemista ja tiedostamista. Käytännössä se tarkoittaa juuri sitä, että osaa tarvittaessa ohjata asiakkaita muun avun piiriin. Diakoniatyöntekijän tulee työssään muistaa, että kukaan ihminen ei ole kaikkivoipa. Liian suurten vaikeuksien edessä on annettava periksi. (77.)

Tutkimustuloksissa suurinta hajontaa tämän tutkimuksen osalta oli ehdottomasti diakoniatyöntekijöiden kokemuksessa lisäkoulutuksen tarpeesta. Tätä aihetta käsitteinkin yksityiskohtaisemmin jo tutkimustuloksia esitellessäni. Diakoniatyöntekijän ei siis tarvitse olla terapeutti, vaan hän voi olla ennen kaikkea kuuntelija. Vaarana tilanteessa, jossa työntekijä ei kaipaa lisäkoulutusta, on kuitenkin paikalleen jumiutuminen. Monet diakoniatyöntekijät voivat kokea itsensä ja työnsä kehittämisen välttämättömäksi laaja-alaisessa ja haasteellisessa työssä. Tässä korostuu myös jatkuvan kouluttautumisen merkitys. Ammattitaidon päivittämiseen sisältyy myös itsenäinen ihmissuhde- ja ammattikirjallisuuden lukeminen. (Rättyä 2009, 77–78.)

Jatkuva kouluttautuminen ja esimerkiksi erilaiset neuvottelu- ja koulutuspäivät ovat aiemman tutkimuksen perusteella hyödyllisiä diakoniatyöntekijöille paitsi tiedollisesti, myös sosiaalisesti, koska niillä tapaa saman alan ammattilaisia. Lisäksi opiskelu voi joillekin toimia myös työn vastapainona, jolloin diakoniatyöntekijällä on mahdollisuus kehittää itseään ja ammattitaitoaan työn puitteissa. Kouluttautumisen on aiemmassa tutkimuksessa koettu antavan valmiuksia ja rohkeutta ihmisten kohtaamiseen. Tuolloinkin oli silti noussut esiin elämän- ja työkokemuksen merkitys, joka myös tähän tutkimukseen haastatelluilla oli merkittävänä ammattitaidon osatekijänä mielenterveystyössä. Kokemuksen myötä lisääntyi herkkyys toimia vaistonvaraisesti. Oleellista on kuitenkin se, että diakoniatyöntekijä osaa työssään hyödyntää aiempia kokemuksiaan tietoisesti. (Rättyä 2009, 77–78.)

7.3 Verkosto-osaamisen tärkeys

Mielenterveystyön osalta diakoniatyön yhdeksi tulevaisuuden haasteeksi koettiin tässä tutkimuksessa asiakkaat, jotka moniongelmaisuuksiensa vuoksi tai muista syistä, eivät ole minkäänlaisten julkisten palvelujen piirissä. Tällöin pidettiin tärkeänä erityisesti paikallista verkostoitumista ja verkostotyötä. Kaikki tutkimusta varten haastatellut diakoniatyöntekijät tekivät jossain määrin yhteistyötä kunnan sosiaali- ja terveystyöpalvelujen kanssa. Myös aiemman tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijät tekevät laaja-alaista verkostotyötä kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erilaisten kirkollisten toimijoiden, järjestöjen ja yhdistysten kanssa. Asiakkaiden auttamisessa verkostotyö on

koettu mielekkääksi, koska verkostojen syntymistä mahdollistamalla ja verkostoja vahvistamalla ihmisten hyvinvoinnin nähdään lisääntyneen. Eri auttajatahojen välinen yhteistyö myös estää työn päällekkäisyyksiä ja vapauttaa näin resursseja muille työtehtäville. (Rättyä 2009, 51–52.) Toisaalta 2000-luvun aikana on ollut nähtävissä ilmiö, jossa verkostotyön jatkuva kasvu on huomattavasti syönyt työntekijöiden voimavaroja, vaikka se samalla onkin parantanut yhteistyötä eri tahojen välillä (26).

Verkostotyön merkitystä diakoniatyössä on tutkittu myös muissa tutkimuksissa. Gothoni ja Jantunen (2010) ovat tutkineet diakoniatyöntekijöiden käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä. Tutkittaessa yhteistyön ja verkostotyön roolia, korostui sen merkitys enemmän diakonien kuin diakonissojen kohdalla. Merkittävintä juuri tämän tutkimuksen kannalta silti on kuitenkin se, että Gothonin ja Jantusen tutkimukseen osallistuneista diakoniatyöntekijöistä erityisesti pienillä paikkakunnilla työskentelevien kohdalla korostui verkosto-osaamisen merkitys. (87.) Kaikki tätä tutkimusta varten haastattelemani diakoniatyöntekijät työskentelivät suhteellisen pienillä paikkakunnilla. Erityisesti silloin on tärkeää etsiä ammatillista tukea ja verkostoja kunnan muilta sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta. Mielenterveysasiakkaiden kannalta erityisen tärkeitä ovat kunnan sosiaalitoimen työntekijät sekä mahdollisen mielenterveystoimiston henkilökunta. Koska nykyisin monilla paikkakunnilla ei ole omaa kattavaa palveluverkostoa, on monilla alueilla palveluita yhdistetty ja esimerkiksi lähin mielenterveystoimisto saattaa joissain paikoissa löytyä usean kymmenenkin kilometrin päästä. Tällöin diakoniatyöntekijän on hyvä tuntea alueen palveluverkostoa myös omien kuntarajojen ulkopuolelta.

8 POHDINTA

Tutkimukseni ja opinnäytetyöni raportoinnin olen halunnut päättää pohdinta-lukuun. Tässä luvussa arvioin alan kirjallisuuden perusteella työni eettisyyttä ja luotettavuutta sekä käyn läpi omaa opinnäytetyöprosessiani, sen etenemistä ja ammatillista hyötyä paitsi minulle itselleni, myös työelämän edustajille.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen kohdalla tarkasteltaessa tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta, käytetään usein termejä reliaabelius ja validius, joilla tarkoitetaan tulosten toistettavuutta sekä pätevyyttä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa nämä termit ovat kuitenkin saaneet erilaisia tulkintoja ja esimerkiksi käsite validius on tässä yhteydessä epäselvä, koska kyseessä on aina yksittäinen tapaustutkimus, jota ei voida yleistää koskemaan kaikkia samasta aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Kuitenkin myös laadullisessa tutkimuksessa kyseessä olevan tutkimuksen pätevyyttä tulisi arvioida jollakin tavoin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa aina tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta. Tämä koskee kaikkia tutkimusvaiheita aineistonkeruusta aina tutkimustulosten analysointiin ja johtopäätösten tekoon saakka. Tutkimusraportista on käytävä ilmi, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 226–228.)

Opinnäytetyön eettisyys puolestaan merkitsee sitä tapaa, jolla tutkimusta tehdessä suhtaudutaan työhön, ongelmiin ja niihin henkilöihin, joiden kanssa tutkimusta tehdään. Eettinen asenne työssä tulee esiin siinä, miten työn aihe valitaan, miten prosessista ja tuloksista raportoidaan ja miten tutkimustuloksia sovelletaan. Tutkimukselta edellytetään aina rehellisyyttä ja läpinäkyvyyttä. Tutkimusta varten tietojaan antavien tulee antaa lupa tutkimuksen tekemiseen, joka edellyttää myös sitä, että heille kerrotaan työstä ja sen tavoitteista. Samalla tutkimuksen tekijä sitoutuu käyttämään aineistoa siten, ettei materiaali joudu muuhun kuin sovittuun tarkoitukseen. Tutkimuksessa mukana olevilla henkilöillä tulee olla oikeus tarkastella antamiensa tietojen pohjalta tehtyjä tekstejä ja tutkijan pitää huomioida raportoinnissa tietosuoja siten, että yksittäisiä henkilöitä tai

työyhteisöjä ei raportista voida tunnistaa. Oleellista on myös, että raportissa olevat asiat kirjoitetaan siten kuin niitä tutkimusongelmien kannalta on oleellista käsitellä. (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2007, 26–27.)

Tässä tutkimuksessa olen tutkijan ominaisuudessa ja raportojana pyrkinyt noudattamaan tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden periaatteita läpi koko opinnäytetyöprosessin. Olen pyrkinyt kuvailemaan raportissani mahdollisimman tarkasti koko tutkimusprosessia. Lisäksi olen perustellut tutkimustuloksista tekemiäni johtopäätöksiä haastattelumateriaalista leikatuilla suorilla lainauksilla sekä tuomalla esiin myös muuta samasta aihepiiristä tuotettua tutkimusmateriaalia. Tutkimus on toteutettu Diakonia-ammattikorkeakoulun eettisten periaatteiden mukaisesti. Tutkimukseen osallistuneita henkilöitä on informoitu tutkimuksen tarkoituksesta ja sen luonteesta. Myös haastateltavien henkilöiden tietosuoja on raportoinnissa pyritty säilyttämään poistamalla mahdollisimman hyvin kaikki viittaukset yksittäisiin henkilöihin ja työyhteisöihin. Haastattelumateriaali on ainoastaan tutkimuksen tekijän hallussa ja haastatteluissa käytettyjen nauhurien kasetit tyhjennettiin ennen nauhurien palautusta. Tämän pohjalta arvioiden tutkimusta voidaan pitää luotettavana sekä eettisesti toteutetuksi.

8.2 Opinnäytetyöprosessin arviointia

Opinnäytetyöprosessini käynnistyi jo toisena opiskeluvuoteni tehdessäni Mielenterveys ja päihdeet -opintokokonaisuuden työharjoittelua. Myöhemmin kohtaamieni vastoinkäymisten myötä jouduin pariin otteeseen vaihtamaan aiheita, mutta koko ajan minulle oli selvää, että työni yksi keskeinen fokusalue olisi juuri mielenterveystyö. Lopulta sain kesätyöpaikkani myötä opinnäytetyölleni seurakunnan diakoniatyöstä yhteistyökumppanin. Helmikuun alussa 2011 aloitin jälleen työt kyseisen seurakunnan diakoniatyössä, tällä kertaa viransijaisena. Olen siis tyytyväinen siihen, että toteutin opinnäytetyöni käytännön osan juuri tällä kyseisellä alueella, sillä tutkimuksesta saamani tieto hyödyttää varmasti myös minua itseäni tulevassa työssäni.

Mielenterveystyö on ajankohtainen aihe ja kuten tässäkin tutkimuksessa tuli esiin, mielenterveysongelmat näkyvät myös diakoniatyöntekijöiden vastaanotoilla. Vaikka kyseessä ei olisikaan diagnosoitu sairaus, arjessa jaksamisen kanssa kamppailevia on pal-

jon. Mielestäni tutkimus osoitti, että paikallisseurakunnissa mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat on otettu huomioon annettujen resurssien puitteissa. Valitettavaa kuitenkin on se, että Suomen evankelis-luterilaisella kirkolla on jo jonkin aikaa ollut oma kattava päihdestrategiansa, mutta mielenterveysstrategiaa ei edelleenkään ole olemassa. Ehkä sellainen vielä saadaan aikaan tulevana vuosina. Toki pitää muistaa, että diakoniatyö on paljon muutakin kuin mielenterveystyötä ja päävastuu väestön hyvinvoinnista on kunnilla ja kuntayhtymillä. Seurakuntien diakoniatyön tulisi olla lähinnä täydentävä palveluntarjoaja eri paikkakuntien palvelujärjestelmässä.

Tämä opinnäytetyöprosessi itsessään opetti minulle paljon siitä, että aina kaikki ei sujuukaan, kuten aiemmin on suunniteltu. Ennalta arvaamattomat vastoinkäymiset pakottivat pohtimaan, miten muuttuneessa tilanteessa on toimittava. Joutuessani vaihtamaan opinnäytetyöni aihetta, sain kuitenkin hyvin tukea minua ohjanneilta opettajilta sekä työelämän yhteyshenkilöltä. Vauhtiin päästyäni pystyin toteuttamaan tutkimuksen hyvässä vauhdissa, ilman suurempia ongelmia. Itse kirjoitusprosessi sujui myös melko kivuttomasti. Olin valmistumistani edeltävän lukukauden kansainvälisessä harjoittelussa ja ehdin sen aikana kirjoittaa paljon. Kansainvälisen harjoittelun vuoksi olen joutunut käyttämään jonkin verran Internet-lähteitä. Pysin kuitenkin koko ajan olemaan kriittinen käyttämiäni lähteitä kohtaan ja karsin pois kaikki mielestäni epäluotettavilta vaikuttavat lähteet.

Toivon, että tämä tutkimus tulee hyödyttämään myös työelämän edustajia ja erityisesti niitä työntekijöitä, jotka uhrasivat työaikaansa suostuessaan haastatteluihin. Itse olen alusta alkaen pyrkinyt tekemään parhaani kaikissa tutkimuksen eri osa-alueissa ja mielestäni onnistunutkin työssäni melko hyvin, kyseessä oli kuitenkin ensimmäinen koskaan toteuttamani tutkimus. Erityisen haastavalta prosessin aikana tuntui tutkimusaineiston analysointi ja siitä saadun materiaalin löytäminen ja raportoiminen. Näin opiskelujen loppuvaiheessa vähän ennen opinnäytetyön palautusta pohdin jo myös jatkotutkimusaiheita. Mikäli olen tulevaisuudessa tilanteessa, jossa minun olisi mahdollista toteuttaa uusi tutkimus diakoniatyön saralta, haluaisin toteuttaa tällaisen samantyyppisen tutkimuksen kvantitatiivisena tutkimuksena kyselylomakkeiden avulla. Tällöin tutkimusotanta voisi olla paljon suurempi ja tutkimustuloksista voitaisiin saada kattavammat.

LÄHTEET

Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a. Kirkolliset kelpoisuudet. Viitattu 28.9.2010

<http://www.diak.fi/kirkolliset-kelpoisuudet>

Eskola, Jarkko 2007. Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos. Teoksessa Jarkko Eskola & Antti Karila (toim.) Mielekäs Suomi - Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima, 14-44.

Gothoni, Raili & Jantunen, Eila 2010. Käsitteitä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 25. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Harjajärvi, Minna; Pirkola, Sami & Wahlbeck Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Stakes ja Suomen kuntaliitto.

Helin, Matti; Hiilamo, Heikki & Jokela, Ulla 2010. Diakoniatyö - Asiakkaan palveluksessa. Helsinki: Edita.

Helsingin seudun mielenterveysseura i.a. Elämän palapeliä ei tarvitse yksin pelata. Viitattu 12.4.2010 <http://www.hsms.fi/index.php?cid=3&lid=2>

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jääskeläinen, Ilkka 2002. Diakoniat toiminnan muodot. Teoksessa Riitta Helosvuori, Esko Koskenvesa, Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 192–232.

Kirkon diakonia ja yhteiskuntatyö 2010. Diakonia Suomessa. Viitattu 12.4.2010

http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/diakonia_suomessa.html

Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007.

Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä - Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulu C Katsauksia ja aiheistoja 10. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Malkavaara, Mikko 2002. Diakoniajärjestöt. Teoksessa Riitta Helosvuori, Esko Kos-

kenvesa, Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja.

Helsinki: Kirjapaja, 294–316.

Meidän kirkko – Osallisuuden yhteisö 2007. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon stra-

tegiaa vuoteen 2015 laatineen työryhmän mietintö. Suomen evankelis-

luterilaisen kirkon keskushallinto Sarja C 2007: 10. Helsinki: Kirkkohallitus.

Meidän kirkko – Välittävä yhteisö 2010. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diako-

nia- ja yhteiskuntatyölinjaus 2015. Helsinki: Kirkkohallitus. Saatavilla verkossa osoitteessa

<http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?open&cid=Content401510>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielen-

terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mielenterveyslaki 1990/1116, 14.12.1990.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toi-

mintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001: 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Noppiari, Eija; Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perustervey-

denhuollossa. Helsinki: Tammi.

- Palvelijoiksi vihityt 2002. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon vuonna 2000 asettaman virkarakennekomitean mietintö. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon keskushallinto Sarja A 2002: 1. Helsinki: Kirkkohallitus. Saatavilla myös verkkojulkaisuna osoitteessa
http://www.evl.fi/pdf/palvelijoiksi_vihityt.pdf
- Raamattu. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkolliskokouksen vuonna 1992 käyttöön ottama suomennos. Helsinki: Pipliaseura.
- Rättyä, Lea 2009. Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu A Tutkimuksia: 24. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. Teemoittelu. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Viitattu 30.9.2010
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html
- Saukkonen, Sanna-Mari 2009. Erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön avohoito 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 2009: 4. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.11.2010
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr24_09.pdf
- SOTKANet 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilasto- ja indikaattoripankki. Viitattu 13.4.2010 <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>
- Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a. a Apua elämän kriiseihin. Viitattu 24.11.2010
<http://evl.fi/EVLfi.nsf/Documents/C871691F974613C2C2257480003C5857?OpenDocument&lang=FI>
- Suomen evankelis-luterilainen kirkko i. a. b Diakoniatyöntekijä. Viitattu 28.9.2010
<http://evl.fi/EVLfi.nsf/Documents/E1F70715AE59766FC225710E00263088?OpenDocument&lang=FI>
- Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a. c Keskusteluapua. Viitattu 24.11.2010

<http://evl.fi/EVLfi.nsf/Documents/DC0158A5AD979807C225748000295138?OpenDocument&lang=FI>

Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a. d Koti ja ihmissuhteet. Viitattu 24.11.2010

<http://evl.fi/EVLfi.nsf/Documents/343954682547DBFAC2257480003C6E7A?OpenDocument&lang=FI>

Väre, Tiia 2004. Lääketieteen historia osa 3: Seili - Spitaalisten ja hourujen saari. Viitattu 13.2.2011 http://yle.fi/akuutti/arkisto2004/231104_d.htm

World Health Organization 2010. What is mental health? Viitattu 12.4.2010

<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>

Yeung, Anne Birgitta 2007. Diakonia ristipaineiden aallokossa – Diakonian työnäky ja suhde hyvinvointivaltioon. Diakonian tutkimus 1/2007, 5-25. Helsinki: Diakonian tutkimusseura ry.

LIITTEET

LIITE1: KIRJE ROVASTIKUNNAN DIAKONIATYÖNTEKIJÖILLE
LÄMMIN TERVEHDYS JÄRVENPÄÄSTÄ!

Olen Eeva-Maria Ranta, kolmannen vuoden sosionomi-diakoni -opiskelija Diakin Järvenpään toimipaikasta. Opintoni ovat tällä hetkellä siinä vaiheessa, että minun on aika aloittaa opinnäytetyöni tekeminen. Teen opinnäytetyötäni aiheella diakoniatyö ja mielenterveys. Haluan työssäni siis tutkia ja kartoittaa diakoniatyöntekijöiden näkemyksiä ja kokemuksia siitä, millaisia aineksia diakoniatyö tarvitsee tukeakseen asiakkaita, joilla on mielenterveysongelmia sekä toisaalta ehkäistäkseen mielenterveysongelmien syntymistä.

Työtäni varten minun tulisi haastatella muutamia diakoniatyöntekijöitä. Olen ensi kesän kesätyöntekijänä _____n seurakunnassa ja toteutan haastattelut _____n rovastikunnan alueella. Teistä, hyvät kyseisen alueen diakoniatyöntekijät, toivon saavani haastateltavia. Aloitan työt _____ssa maanantaina 31.5. ja kyseisellä viikolla pyrin olemaan puhelimitse yhteydessä mahdollisimman moneen teistä, jotta voisimme sopia mahdollisia haastatteluajoja.

Tarkoitukseni on nauhoittaa kaikki haastattelut myöhempää litterointia ja materiaalin käsittelyä varten. Varsinaiseen työhön ei kuitenkaan tule näkyviin kenenkään nimeä tai työskentelypaikkakuntaa. Luultavasti valmiissa työssä ei myöskään mainita _____n rovastikuntaa. Toivon, että minulla kesän aikana olisi mahdollisuus haastatella mahdollisimman montaa teistä!

Kaikissa kysymyksissä minuun voi olla yhteydessä sähköpostilla osoitteeseen eeva-maria.ranta@student.diak.fi tai puhelimitse numeroon 040 _____.

Järvenpäässä 25.5.2010

Eeva-Maria

LIITE2: HAASTATTELURUNKO

TAUSTATIEDOT

- Kerro vähän omasta koulutustaustastasi ja työhistoriastasi. Miten kauan olet ollut nykyisessä työssäsi?

MIELENTERVEYSTYÖ ARKIPÄIVÄSSÄ

- Millaisia kokemuksia sinulla on työssäsi mielenterveysasiakkaista? Onko asiakkaita mielestäsi paljon/vähän?
- Onko seurakunnassanne järjestetty omia ryhmiä tai muuta toimintaa mielenterveysasiakkaille?
- Oletko kohdannut työssäsi tilanteita, joissa olet joutunut pohtimaan omia asenteitasi asiakasta kohtaan tai sitä, kuinka paljon voit auttaa kyseisessä tilanteessa?
- Mitä diakonian tai yleisen seurakuntatyön työmuotoja pidät sellaisina, että ne voitaisiin lukea mielenterveystyöksi?
- Oletko tehnyt työssäsi yhteistyötä kunnallisen puolen mielenterveystyöntekijöiden kanssa?

KOKEMUS OMASTA OSAAMISESTA

- Millainen on mielestäsi oma valmiutesi kohdata mielenterveysasiakas?
- Onko eteesi tullut tilanteita, joissa olisit kokenut tarvitsevasi lisäkoulutusta, konsultaatiota tai työnohjausta?

MIELENTERVEYSTYÖ DIAKONIASSA

- Miten mielestäsi mielenterveysasiakkaat voitaisiin kohdata kirkon diakoniatyössä entistä paremmin?
- Tuleeko mieleesi jotain sellaista mielenterveystyöhön liittyvää, mitä olen unohtanut kysyä?