

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyö
2015

Heidi Hörkkö ja Teea Kohonen

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

– Kurssimuotoinen elintapaohjaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hörkkö, Heidi & Kohonen, Teea

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN – Kurssimuotoinen elintapaohjaus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli mielenterveyskuntoutujien terveyden edistäminen. Opinnäytetyönä toteutettiin terveyden edistämisen kurssi mielenterveyskuntoutujille. Opinnäytetyön keskeisin tavoite oli monipuolisia menetelmiä hyödyntävällä elintapaohjauksella saada kurssin osallistujat tunnistamaan omiin elintapoihinsa liittyvät muutostarpeet sekä toteuttamaan konkreettisia elintapamuutoksia, jotka edistävät heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Menetelminä käytettiin yksilö- ja ryhmäohjausta sekä erilaisia toiminnallisia menetelmiä. Kurssille valitut sisällöt perustuivat teoreettisen viitekehyksen osoittamiin mielenterveyskuntoutujien keskeisiin terveyshaasteisiin. Toteutuksessa käytetyt menetelmät perustuivat teoreettisessa viitekehyydessä vaikuttaviksi havaittuihin toimintatapoihin.

Opinnäytetyö oli menetelmältään toiminnallinen eli työssä tulee yhdistää käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Kirjallisuuskatsauksen perusteella on muodostunut työn teoreettinen viitekehys, joka osoitti mielenterveysongelmilla olevan terveyttä heikentävä vaikutus. Terveyden edistäminen on Suomessa lakisääteistä, mutta kuten kirjallisuuskatsaus osoittaa, kohderyhmämme jää valitettavan usein vaille riittäviä terveyspalveluja. Opinnäytetyö pyrki mielenterveyskuntoutujien terveyden edistämiseen ja hyvinvoinnin lisäämiseen ottamatta kantaa mielenterveysongelmaan.

Kurssi on suunniteltu toteutettavaksi ryhmämuotoisena vertaistuen hyödyntämiseksi ja valitut menetelmät perustuvat toiminnallisuuteen osallistujien aktivoimiseksi. Kurssisisältö koostui sekä yksilö- että ryhmäohjauksena toteutettavasta elintapaohjauksesta. Kurssin sisällön tuottamisessa ja menetelmien valinnassa huomioitiin kohderyhmän tarpeet, jotta terveysintervention toteutus olisi mahdollisimman vaikuttavaa ja asiakaslähtöistä. Kurssin toteutuksen suunnittelussa painotettiin kurssin kustannustehokkuutta, ekologisuutta sekä käyttökelpoisuutta myös muissa organisaatioissa ja muille kohderyhmille.

Kurssin toteuttamiseksi ja osallistujien rekrytoimiseksi kurssista laadittiin mainos, jonka lisäksi pidettiin kaksi avointa infotilaisuutta. Kurssille valittiin kahdeksan osallistujaa ja toteutustapana oli suljettu ryhmä. Kurssin osallistujien omien elintapojen muutoksessa saavuttamien tulosten sekä osallistujien antaman kirjallisen palautteen perusteella todettiin, että kurssilla annettu elintapaohjaus oli ollut vaikuttavaa sekä tälle kohderyhmälle tarpeellista. Raportoinnissa pyrittiin mahdollisimman tarkasti kuvaamaan kurssin toteutus sekä liittämään raportin yhteyteen kurssilla käytetty toimintamateriaali, jotta kurssi on mahdollista toteuttaa myös muissa organisaatioissa ilman erillistä sisällön tuottamista.

ASIASANAT:

terveyden edistäminen, elintapaohjaus, kurssimuotoinen, yksilöohjaus, ryhmäohjaus, toiminnallinen menetelmä, mielenterveysongelma, mielenterveyskuntoutuja

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme of nursing | Public health nurse

April 2015 | 92+48

Kristiina Viljanen

Hörkkö, Heidi & Kohonen, Teea

PROMOTING THE HEALTH OF PATIENTS RECOVERING FROM MENTAL HEALTH ISSUES - Guidance course in life habits

The purpose of this thesis was to promote the health of patients recovering from mental health issues. As a result of the thesis, a course promoting health was developed for patients recovering from mental health issues. The most essential goal of the thesis was to make the participants identify the need for change regarding their own life habits and to execute such concrete changes that will improve their health and well-being. This was achieved by life habit guidance utilising diverse methods. Individual- and group guidance as well as various functional procedures were used as a method. The content and methods chosen for the course were based on essential health challenges of patients recovering from mental health issues demonstrated by theoretical framework and best practices.

This thesis is a functional thesis, which means that it consists of a practical implementation (course) and reporting how the implementation was done using methods of research communication. The theoretical framework of the thesis was formed based on a literature review, which indicated that mental health problems have an impairing effect on mental health. Promotion of health is statutory in Finland, but as the literature review indicates, our target group is often left without adequate health services. This thesis aimed at improving the health and well-being of patients recovering from mental health issues without taking a stand on the mental health problem.

The course was planned to be executed as group sessions to utilise peer support, and the selected methods are based on functionality to activate the participants. The content of the course consisted of life habit guidance given both individually and in group sessions. In producing course content and choosing the methods of the course, the needs of the target group were taken into account so that the implementation of the health intervention would be as effective and customer-oriented as possible. When planning the implementation of the course, the cost-effectiveness, environment friendliness as well as usability in other organisations and for other target groups were emphasized.

To implement the course and recruit participants for the course, an advert was made and two open information meetings were organized. A total of 10 course applications were received and the course was implemented as a closed group of 8 participants. Based on the results in the change of life habits of the participants as well as written feedback given by the participants, the life habit guidance was considered effective and necessary for the target group. The implementation of the course was described as precisely as possible in the reporting section of the thesis. In addition, the course material can be found in the reporting section as an attachment.

KEYWORDS:

health promotion, life habit guidance, course, individual counseling, group counseling, functional method, mental health problem, patients recovering from mental health issues

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	8
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	10
3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA NIIDEN VAIKUTUS HYVINVOINTIIN	13
3.1 Mielen terveyden häiriöt	13
3.2 Mielen terveysongelmat Suomessa	15
3.3 Mielen terveysongelmista kärsivien terveyspalvelujen käyttö	17
4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA TERVEYDELLISET HAASTEET	20
4.1 Ravitseminen	20
4.2 Ylipaino	22
4.3 Liikuntatottumukset	23
4.4 Päihteiden käyttö	24
4.5 Vuorokausirytmii ja uni	25
4.6 Seksuaalikäyttäytyminen	26
4.7 Somaattinen sairastavuus	27
5 ELINTAPOOHJAUS JA SIIHEN KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT	29
5.1 Elintapaohjaus	29
5.2 Elintapaohjauksen vaikuttavuuden arviointi	31
5.3 Elintapaohjauksessa käytettävät menetelmät	32
5.3.1 Muutosvaihemalli	33
5.3.2 Motivoiva haastattelu	37
5.3.3 Yksilöohjaus	38
5.3.4 Ryhmäohjaus	39
5.3.5 Toiminnalliset menetelmät	41
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	43
6.1 Ryhmätapaamiset	45
6.2 Yksilöohjaus	55
7 OSALLISTUJILTA SAATU KURSSIPALAUTE	61
7.1 Tapaamiskertojen sisältö ja aiheet	61

7.2 Käytetyt menetelmät	62
7.3 Toteutuksen materiaali	63
7.4 Ajankäyttö	63
7.5 Ohjaajien osaaminen	64
7.6 Ryhmän osaaminen	64
7.7 Oma osallistuminen	65
8 KEHITTÄMISHANKE	66
8.1 Tavoitteet ja tarkoitus	66
8.2 Toteutus	66
8.3 Tulokset	67
9 OPINNÄYTETYÖN TIEDONHAUN KUVAUS	69
10 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	71
11 POHDINTA	76
11.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus	76
11.2 Kehitysehdotukset	81
11.3 Kehittämishanke	82
11.4 Hyödynnettävyys ja käyttökelpoisuus	85
LÄHTEET	87

LIITTEET

- Liite 1. Hakulomake Terveystieteiden edistämisen kurssille
- Liite 2. Arviointilomake
- Liite 3. Ryhmäkerta 1: Ryhmytyminen
- Liite 4. Ryhmäkerta 1: Ravitsemus -rastirata
- Liite 5a. Ryhmäkerta 3: Case Matti
- Liite 5b. Ryhmäkerta 3: Case -harjoitukset
- Liite 6a. Ryhmäkerta 4: Case -harjoitukset
- Liite 6b. Ryhmäkerta 4: SWOT -analyysi
- Liite 7. Ryhmäkerta 4: Korvaava tapa -kotitehtävä
- Liite 8. Ryhmäkerta 5: Vuorokausirytmien huoneentaulu
- Liite 9. Ryhmäkerta 6: Case -harjoitukset
- Liite 10. Ryhmäkerta 7: Ohjattu liikunta
- Liite 11. Yksilöohjauskerta 1: Ohjaajan runko
- Liite 12. Yksilöohjauskerta 2: Ohjaajan runko
- Liite 13. Yksilöohjauskerta 3: Ohjaajan runko

- Liite 14. Yksilöohjauskerta 1: Elintapojen muutossuunnitelma
- Liite 15. Yksilöohjauskerta 3: Muutosvaihelomake
- Liite 16. Ryhmäkerta 8: Kurssipalautelomake
- Liite 17. Ravitsemuksen työkirja
- Liite 18 Suunnitelmakaavio
- Liite 19 Kehittämistyön kyselylomake

1 JOHDANTO

Mielenterveyshäiriöt ovat Suomessa yleisiä ja niistä aiheutuu mittavia suoria ja epäsuoria taloudellisia sekä sosiaalisia kustannuksia (STM 2012). Mielenterveyden häiriöihin sairastutaan nuorina ja ne saattavat johtaa työkyvyn heikentymiseen ja kroonistuessaan työkyvyttömyyteen (Suvisaari, 2013b). Saha-rinen (2013) tutki 25 –64 -vuotiaita oireettomia ja mielenterveysoireista kärsiviä ihmisiä ja vertaili heidän elämänlaatuun ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan mielenterveysoireista kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu on huono fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella alueella. (Saha-rinen 2013.) Mielenterveyspotilaiden elintavat ovat usein epäterveelliset ja somaattinen sairastavuus on muuhun väestöön verrattuna suurempaa sekä elinajanodote pienempi. Mielenterveyspotilailla voi olla vaikeuksia asioida monimutkaisissa terveyspalvelujärjestelmissä eikä heitä välttämättä uskota tai edes tutkita, vaikka he kertoisivat somaattisista oireistaan hoitohenkilökunnalle. Lisäksi mielenterveyspotilaiden aloitekyky ei aina riitä oman terveyden edistämiseen ja toisaalta heidän voi olla vaikeampaa hankkia tietoa sekä ehkäisevää hoitoa kuin muun väestön. Mielenterveyspotilaiden somaattisten sairauksien tunnistaminen ja vakavuuden arviointi voi olla vaikeaa ja sairauksien hoito vaihtelee paikkakunnasta riippuen. (ETENE 2009.) Mikäli terveyseroihin väestöryhmien välillä halutaan vaikuttaa, tulisi voimavaroja suunnata niiden ryhmien terveyden edistämiseen, joiden koettu terveys on huonoin ja joilla on heikentyneet mahdollisuudet ja voimavarat oman terveytensä edistämiseen ja ylläpitoon (ETENE 2008). Kansanedustaja Leena Rauhala esitti joulukuussa 2010 kirjeessään eduskunnan puhemiehelle kysymyksen ”Miten hallitus aikoo edistää mielenterveyspotilaiden ja -kuntoutujien fyysistä terveyttä?” Rauhala totesi, että ”mielenterveyspotilaiden ja -kuntoutujien psyykkisen hoidon täydentäminen nykyistä tehokkaammalla fyysisen terveyden hoidolla on välttämätöntä kokonaishyvinvoinnin parantamiseksi ja eliniän pidentämiseksi kohti väestön keskimääräistä elinikää. Fyysinen terveys, ylipainon vähentäminen ja liikunta ovat merkittäviä myös psyyken tervehtymiselle”. Mielenterveyspotilaiden työ- ja toimintakykyä voidaan parantaa erityissuun-

natuilla terveyttä edistävillä toimenpiteillä (ETENE 2009). Mielenterveyskuntoutujien fyysisen terveyden edistämiseksi on tutkimusten ja kirjallisuuden valossa selkeä tarve ja edellä mainituista lähtökohdista lähdimme toteuttamaan opinnäytetyötämme tavoitteenamme lisätä mielenterveyskuntoutujien hyvinvointia ja edistää heidän fyysistä terveyttään.

Terveysvalinnoilla ja elintavoilla, kuten liikunnalla, oikeanlaisella ravitsemuksella ja päihteiden käytön vähentämisellä voitaisiin ehkäistä monia kansantauteja ja vähentää kuolleisuutta (Kiiskinen ym. 2008). Mielenterveyskuntoutujan elämään tulisi kuulua yhdessäoloa, hyviä sosiaalisia suhteita sekä omasta fyysisestä terveydestä huolehtimista (Kuosmanen ym. 2010). Toiminnallinen opinnäytetyömme toteutettiin kurssimuotoisena terveyden edistämisen kurssina. Menetelminä käytettiin yksilö- ja ryhmämuotoista ohjausta sekä toiminnallisia menetelmiä. Kurssin sisältö perustuu teoreettisessa viitekehyksessä esille tulleisiin terveyden edistämisen menetelmiin sekä mielenterveyskuntoutujien elintapoihin ja terveydellisiin haasteisiin. Kurssilla käytettiin toiminnallisia menetelmiä teoretiedon syventämiseksi. Toiminnallisten menetelmien käyttöä ja vaikuttavuutta olemme tarkastelleet teoreettisessa viitekehyksessä. Teoreettisessa viitekehyksessä olemme paneutuneet myös mielenterveyskuntoutujan elintapoihin ja niistä seuraaviin terveyshaittoihin sekä muutosprosessiin ja motivaatioon. Kehittämishankkeessa olemme tarkastelleet kurssin vaikuttavuutta osallistujien elintapoihin ja koettuun terveyteen sekä osallistujien elintapoja kurssin intensiivivaiheen päättymisen jälkeen.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, esimerkiksi ohjeistus tai tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy käytännön toiminta ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallisen opinnäytetyön tulee olla pohtiva ja tutkiva, mutta sen tarkoituksena ei ole luoda uusia teorioita tai tuloksia. Toiminnan tulee vastata valitun kohderyhmän tarpeita. Hyvän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on perustella valintoja ja toimintatapoja alaan pohjautuvalla ajankohtaisella teoria- ja tutkimustiedolla. (Vilkka & Airaksinen 2004, 8-40, 42,51.)

Opinnäytetyönämme toteutimme mielenterveyskuntoutujille terveyden edistämisen kurssin. Toiminnallisen osion lisäksi työstä toteutettiin laaja kirjallinen raportti, jonka tarkoitus oli lisätä työn hyödynnettävyyttä sekä käyttökelpoisuutta myös muissa toteutusympäristöissä tulevaisuudessa. Aiheen valintaan vaikutti kokemus kentältä siitä, että psykiatriset hoitojärjestelmät ovat pitkälti irrallaan eikä näissä hoitojärjestelmissä välttämättä toteuteta tarpeeksi fyysisen terveyden edistämistä mielenterveyden häiriöistä kärsiville, minkä vuoksi selkeää tarvetta tämän kohderyhmän terveysinterventioille on. Sama ilmiö nousee esiin kirjallisuuskatsauksesta; mielenterveyden häiriöistä kärsivien fyysinen aktiivisuus on vähäistä, ravitsemus yksipuolista ja lisäksi he tupakoivat ja käyttävät runsaasti alkoholia (ETENE 2009, 17). Lisäksi mielenterveyspotilailla esiintyy somaattisia sairauksia muuta väestöä enemmän (ETENE 2009,16) ja elinajanodote on lyhyempi (Korkeila & Korkeila 2008; Lasic ym. 2014, 214; Łopuszańska ym. 2014, 815). Em. kohderyhmän elintapoihin liittyvät haasteet toimivat perustana opinnäytetyöllemme ja halusimme vaikuttaa niihin luomalla jotakin tarpeellista, hyödyllistä ja ajankohtaista. Aiheen valintaan vaikutti myös oma kiinnostuksemme mielenterveystyöhön sekä mielenterveyskuntoutujien terveyden edistämiseen.

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ennaltaehkäisemiseksi. Terveyden edistämisen tuloksia ovat elintapojen muutos terveellisempään suuntaan, terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen sekä terveyspalveluiden kehittyminen. Terveyden edistämisen vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, MLL:n 2009 mukaan.) Opinnäytetyön keskeisin tarkoitus oli mielenterveyskuntoutujien terveyden edistäminen, jolla pyrittiin edistämään terveyttä suoraan yksilötasolla ja välillisesti myös yhteiskunnan tasolla. Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman selvityksen mukaan kustannusvaikuttavia terveyden edistämistoimia ovat liikunnan lisääminen, ravitsemuksen laadun kohentaminen, painonhallinta, tupakoimattomuuden ja alkoholin kohtuukäytön edistäminen sekä osteoporoosin ja kaatumisten seurauksena syntyvien murtumien ehkäisy. (Kiiskinen ym. 2008, 13-14.) Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tarjota terveyden edistämisen kurssin osallistujille ajankohtaista ja näyttöön perustuvaa tietoa näistä teemoista kohderyhmän yksilölliset tarpeet huomioiden.

Opinnäytetyön keskeisin tavoite oli erilaisia ryhmä- ja yksilöohjausmenetelmiä hyödyntävällä elintapaohjauksella saada kurssin osallistujat tunnistamaan omiin elintapoihinsa liittyvät muutostarpeet sekä toteuttamaan konkreettisia elintapamuutoksia, jotka edistävät heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Tavoitteena oli erilaisin menetelmin saada kurssin osallistujat ottamaan itse vastuuta omasta terveydestään sekä sen edistämisestä. Terveysneuvonnassa saavutetaan parempia tuloksia vahvistamalla asiakkaan sisäistä motivaatiota ulkoisen sijaan sekä lisäämällä pystyvyyden tunnetta. Tärkeää on myös kannustavan palautteen antaminen. (Vuori 2013, 1756.) Ohjauksessa tavoitteena oli vahvistaa osallistujien sisäistä motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta ja näin ollen saada heissä aikaan muutoshalukkuus, joka edistää elintapamuutoksen toteutumista sekä terveysintervention vaikuttavuutta. Lisäksi tavoitteena oli tarjota osallistujille näyttöön perustuvan tiedon rinnalla konkreettisia keinoja, jotka tukevat ja

mahdollistavat elintapamuutosten toteuttamisen. Toteutuksen menetelmien ja keinojen valinnassa kriteereiksi asetettiin vaikuttavuus, kustannustehokkuus sekä asiakaslähtöisyys ja kohderyhmän tarpeet. Rajasimme kurssin sisällön pääsääntöisesti fyysiseen terveyteen, koska kurssin osallistujilla oli entuudestaan psykiatriset hoitokontaktit.

Terveyden edistäminen edellyttää käsitystä yhteiskunnallisesta tilanteesta ja sen heijastumisesta terveyden edistämisen sisältöön ja toimintaan sekä asiakastyöhön (Pietilä ym. 2002). Kirjallisuuskatsauksessa olemme perehtyneet mielenterveysongelmien esiintyvyyteen Suomessa sekä mielenterveyskuntoutujien terveyskäyttäytymiseen ja siitä seuraaviin haasteisiin ja fyysisen terveyden haittoihin. Lisäksi tarkastelimme elintapaohjauksen vaikuttavuutta ja siinä käytettäviä menetelmiä. Kirjallisuuskatsaus muodosti opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen, johon perustuen suunnittelimme terveyden edistämisen kurssin sisällön. Kirjallisuuskatsausta ohjasivat seuraavat kysymykset:

- Mikä on mielenterveysongelmien yleisyys Suomessa?
- Millaista on mielenterveyskuntoutujien terveyskäyttäytyminen?
- Mitä fyysisen terveyden haasteita mielenterveyskuntoutujilla on?
- Mitkä ovat käyttäytymisen muutoksen vaiheet ja mitä haasteita niihin sisältyy?
- Mitkä ovat vaikuttavia menetelmiä terveyskäyttäytymisen muutokseen tähtäävässä yksilö- ja ryhmäohjauksessa?

3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA NIIDEN VAIKUTUS HYVINVOINTIIN

Vaikka suomalaisten hyvinvointi ja terveys ovat koko ajan parantuneet, ovat sosioekonomisten ryhmien väliset erot kasvaneet lähes kaikilla terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueilla. Ryhmien välillä on eroja terveystottumuksissa ja sairastavuudessa; niin somaattisessa kuin psyykkisessä. (STM 2012, 15.) Terveysterot kasvavat mielenterveyspotilaiden ja muun väestön välillä. Elämän ennakoitavuus on vaikeutunut, mikä on lisännyt odottamattomien kriisien määrää ja tätä kautta avun tarvetta. (ETENE 2009, 16, 23.) Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yleisiä ja ne aiheuttavat paljon suoria ja epäsuoria taloudellisia sekä sosiaalisia kustannuksia. Haasteen luo mielenterveys- ja päihdepalvelujen pirstaleisuus ja irrallisuus sekä peruspalveluiden riittämättömyys. (STM 2012, 15.)

3.1 Mielenterveyden häiriöt

Hyvä mielenterveys on ruumiin ja mielen tasapainoa ja kokonaisvaltaista hyvinvointia. Mielenterveyteen kuuluu myös kyky sietää pettymyksiä, ilmaista tunteitaan ja olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Mielenterveyttä tukee esimerkiksi hyvä itsearvostus, oman elämän merkityksen ymmärtäminen, kokemus omasta tarpeellisuudesta ja turvallinen ympäristö. (Kallio & McDowell 2004.)

Ihmisen positiivisen mielenterveyden kokemiseen vaaditaan itseluottamusta, tyytyväisyyttä itseensä, riittävät sosioekonomiset suhteet sekä sosiaalista hyvinvointia ja tukea. Ihmisen sosiaalinen hyvinvointi rakentuu sisällökkäästä elämästä, ihmissuhteista ja siitä, että voi kokea olevansa tarpeellinen ja hyödylli-

nen. Samat asiat vaikuttavat mielenterveyspotilaan sosiaaliseen hyvinvointiin, mutta heidän on sairautensa vuoksi vaikeampaa suoriutua niistä. Kun ihminen sairastuu, vuorovaikutussuhteet muuttuvat ja siitä seuraa usein eristäytymistä ja vieraantumista muista ihmisistä. Tällöin tasa-arvo ja vastavuoroisuus sosiaalisissa suhteissa eivät enää toteudu entiseen tapaan. Mielenterveyskuntoutujan normaali elämäntapa katkeaa sairastumisen myötä, sosiaalisen hyvinvoinnin taso laskee ja myös syrjäytymisen uhka saattaa varjostaa heidän elämäänsä. Mielenterveyskuntoutujan sosiaalisen hyvinvoinnin rakentamiseen liittyy mielekkäät toimintaympäristöt, mahdollisuus sosiaalisten verkostojen luomiseen sekä osallisuuden ja vaikuttamisen mahdollisuus suhteessa omiin asioihin. (Lääti 2013, 10,21,91.)

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jolla aiemmin diagnosoitu mielenterveyden sairaus on hallinnassa ja hän on toipumassa siitä (Mielenterveyden keskusliitto, 2015). Mielenterveyden häiriöt voidaan jakaa eksternalisoiviin eli ulospäin suuntautuneisiin ja internalisoiviin eli sisäänpäin kääntyneisiin. Edellä mainittuja ovat esimerkiksi päihdeongelmat ja käytöshäiriöt, kun taas masennus ja ahdistuneisuushäiriöt ovat internalisoivia häiriöitä. Internalisoiville häiriöille on tyypillistä vetäytyminen ja sisäinen kärsimys ja ne ovat yleisempiä naisilla. Miehillä puolestaan on yleisemmin ulospäin suuntautuneita häiriöitä, kuten päihdeongelma. (Suvisaari 2013a, 1487.) Mielenterveyspotilaat ovat monenkirjava joukko erilaisessa tilanteessa ja hoidon vaiheessa olevia henkilöitä, eivätkä he ole tunnistettavissa tietyin kriteerein (ETENE 2009, 10).

Tutkimuksen mukaan mielenterveysoireista kärsivien ihmisten elämänlaatu on merkittävästi huonompi kuin oireettomien. Elämänlaatu on heikentynyt fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella alueella. Naisten ja miesten välillä ei ollut merkittävää eroa. Tutkimuksen mukaan huonoon terveyteen liittyvään elämänlaatuun olivat yhteydessä huono koulutus- ja tulotaso, alentunut työkyky tai työkyvyttömyys, masennusoireet, tyytymättömyys elämään, aleksityymiset piirteet, toivot-

tomuus, itsetuhoisuus, runsas alkoholin käyttö sekä psykiatriset diagnoosit ja somaattiset sairaudet. (Saharinen 2013, 30-31,36.) Skitsofreniapotilaista valtaosa on työttömiä tai eläkkeellä ja näin ollen työterveyspalveluiden ulkopuolella. He ovat usein keskimääräistä köyhempiä, eikä heillä ole varaa yksityisiin terveyspalveluihin. Myös julkisten terveyspalveluiden piiriin pääseminen on vaikeutunut. (Leucht ym. 2007, Salokankaan 2009, 510 mukaan.)

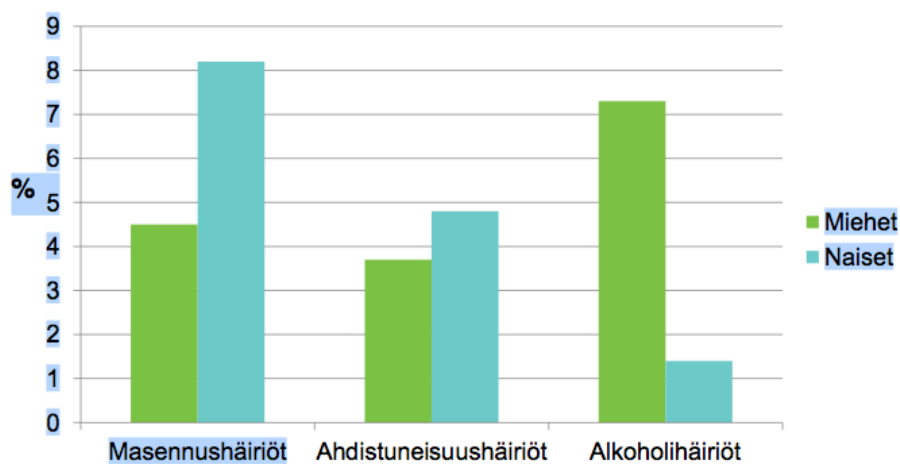
3.2 Mielenterveysongelmat Suomessa

Mielenterveyshäiriöt ovat Suomessa yleisiä kansansairauksia. Esiintyvyys on useimpien häiriöiden osalta länsimaista keskitasoa. Mielenterveyshäiriöt ovat merkittävä kansanterveydellinen ja taloudellinen ongelma, koska häiriöihin sairastutaan nuorina ja ne saattavat kroonistua ja johtaa työkyvyttömyyteen. (Suvisaari 2013b, 2.) Mielenterveyshäiriöitä esiintyy Suomessa paljon, mutta ne eivät kuitenkaan nykytiedon mukaan ole lisääntyneet. Vuonna 2010 kaikista työkyvyttömyyseläkkeen saajista 38 prosentilla eläkkeen pääasiallisena syynä oli mielenterveyden häiriö. Luku on kasvanut tasaisesti, joskin kasvu on hieman hidastunut 2000-luvulla. (Moring ym. 2011,15.) Vuonna 2011 kolme tärkeintä häiriöryhmää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä olivat mielialahäiriöt, skitsofrenia ja skitsofreniaryhmän psykoosit sekä älyllinen kehitysvammaisuus. Voidaan siis todeta, että mielenterveyshäiriöt ovat suurin syy työkyvyttömyyseläkkeelle päättymiseen. (Suvisaari 2013b, 17.)

Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy arviolta noin 1- 4 prosentilla väestöstä. Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä erilaiset pelot ja neuroosit. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä esiintyy 0,6-1,2 prosentilla väestöstä. Masennuksen yleisyys on Suomessa noin 9 prosenttia. (Mielenterveyden keskusliitto 2015.) Tutkimusten mukaan noin 5 prosenttia aikuisikäisistä suomalaisista sairastuu vuosittain masennukseen ja noin joka viidennellä sairaus kroonistuu. Vain alle 25 prosenttia masennukseen sairastuneista saa riittävän tehokasta hoitoa. Kroonistuessaan tai uusiutuessaan ma-

sennus saattaa merkittävästi heikentää henkilön kykyä selviytyä päivittäisistä toimistaan. (Melartin ym. 2010, 169.) Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyys on arviolta 13 prosenttia väestöstä. Persoonallisuushäiriöitä on monenlaisia joista yleisimpiä ovat epävakaa, antisosiaalinen, narsistinen, riippuvainen, estynyt ja pakko-oireinen persoonallisuushäiriö. Skitsofreniaan sairastuu arviolta prosentti väestöstä. (Mielen terveyden keskusliitto 2015.) Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 3,5 prosenttia suomalaisista sairastuu elämänsä aikana psykoosiin ja alkoholi riippuvuutta esiintyy 6,5 prosentilla miehistä ja 1,4 prosentilla naisista (Moring ym. 2011, 15).

Mielen terveys tutkimuksen valossa: masennus-, ahdistuneisuus- ja alkoholi häiriöt 30 vuotta täyttäneillä aikuisilla viimeisen vuoden aikana (Terveys 2000-tutkimus)



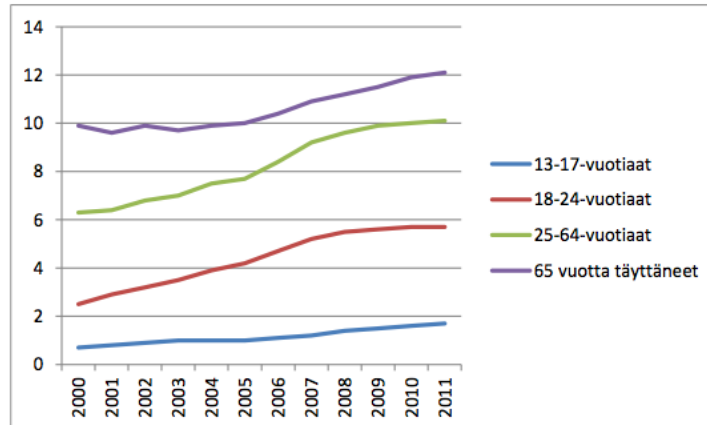
Pirkola ym. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2005; 40:1-10



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Terveys 2000 -tutkimuksen taulukosta voidaan nähdä, miten tutkimuksen mukaan masennus-, ahdistuneisuus- ja alkoholi häiriöt jakaantuvat 30 vuotta täytäneiden miesten ja naisten välillä viimeisen vuoden aikana.

Masennuslääkkeiden käyttö viimeisen vuoden aikana (KELA:n lääkekorvaustilastot)



www.sotkanet.fi

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

18.2.2013

Esityksen nimi / Tekijä

12

Vuosina 2000-2011 masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt jokaisessa ikäluokassa.

3.3 Mielenterveysongelmista kärsivien terveyspalvelujen käyttö

Mielenterveyden häiriöt muodostavat noin 25 prosenttia suomalaisten sairaustaakasta. Kuitenkin vain noin 13 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista muodostuu mielenterveyden häiriöistä. (Wahlbeck 2010.) Kunta on kokonaisvaltaisesti vastuussa väestönsä terveydestä ja hyvinvoinnista (Moring ym. 2011, 18). Mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyden edistäminen, ehkäisevä työ sekä mielenterveyspalvelut. Mielenterveyslaki (1116/1990) ja Terveydenhuoltolaki (1326/2010) säätävät mielenterveystyöstä. (STM 2014.) Palvelut ovat hajanaisia, jonka vuoksi hoidon jatkuvuus kärsii. Tätä voitaisiin välttää vähentämällä organisaatioiden välisiä raja-aitoja. (ETENE 2009, 10.)

Hoidon saanti on yleinen ongelma mielenterveyspotilailla. Eniten mielenterveyspalveluita käyttävät nuoret ja työkäiset. (ETENE 2009,3) ATH -tutkimuksen mukaan 8-12 prosenttia vastaajista oli käyttänyt mielenterveyspalveluja kulu-
neen vuoden aikana ja 0,2-1,4 prosenttia päihdepalveluja. (Moring ym. 2011, 26.)

Psykiatristen potilaiden somaattisten sairauksien tunnistaminen ja vakavuuden arviointi on joskus haasteellista ja sairauksien hoito vaihtelee paikkakunnittain (ETENE 2009, 16). Yleissairauksista erillään oleva psykiatrinen järjestelmä vaikuttaa osaltaan siihen, että mielenterveyspotilaille tehdään muuhun väestöön verrattuna vähemmän laboratoriotutkimuksia. Lisäksi he saavat muuta väestöä harvemmin hoitoa somaattisiin sairauksiin. (Salokangas 2009, 510.) Mielenterveyspotilaalle voi olla vaikeaa asioida monimutkaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmissä. Myös oireiden ilmaiseminen hoitohenkilökunnalle voi olla vaikeaa. (ETENE 2009, 17.) Mielenterveyden keskusliiton (2013) julkaisemassa Mielenterveysbarometrissa selvitettiin mm. mielenterveyskuntoutujien arkipäivään liittyviä asioita ja ongelmia sekä suomalaisten käsityksiä mielenterveysongelmista. Barometristä kävi ilmi, että mielenterveyskuntoutujista vain 68 prosenttia totesi saaneensa lääkärin apua fyysisiin vaivoihin, aina kun se on ollut tarpeellista. 72 prosenttia vastaajista koki, että lääkärit olivat ottaneet heidät vakavasti. Ainoastaan 68 prosentin mielestä lääkärit olivat tutkineet riittävästi fyysisiä vaivoja. (Mielenterveyden keskusliitto 2013.)

Robertsin ym. (2007) tutkimuksessa skitsofreniapotilailta mitattiin verenpaine ja kolesterolipitoisuus mitattiin noin puolet harvemmin mitä astmapotilaiden tai valtaväestön vastaavissa tutkimuksissa (Roberts ym. 2007, Salokankaan 2009, 510 mukaan.) Lackin ym. (2015) tutkimuksessa selvitettiin mieliala – ja ahdistuneisuushäiriöitä sairastavien henkilöiden somaattisten terveyspalvelujen saata-
vuutta. Tutkimuksessa havaittiin, että kyseiseen potilasryhmään kuuluneiden fyysisen terveyden seuranta oli erikoissairaanhoidossa vähäistä, vaikka heillä

oli 12 kuukauden seuranta-aikana useita kontakteja terveydenhuoltoon. Tämä voi tarkoittaa, että useita mahdollisuuksia käyttää ehkäiseviä menetelmiä diabeteksen ja kardiometabolisten riskien vähentämiseksi tällä haavoittuvalla kohde-ryhmällä jätettiin käyttämättä.

4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA TERVEYDELLISET HAASTEET

Työkäisen väestön terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavat heikentävästi liikunnan puute, epäterveellinen ruokavalio, mielenterveysongelmat, tupakointi sekä liiallinen alkoholinkäyttö. Niillä on yhteys useimpiin kansansairauksiin ja niistä aiheutuu ennenaikaisia kuolemia. (Työterveyslaitos 2014.) Mielenterveyden häiriöistä kärsivien fyysinen aktiivisuus on vähäistä, ravitsemus yksipuolista ja lisäksi he tupakoivat ja käyttävät runsaasti alkoholia (ETENE 2009, 17). Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä terveystyöskäyttämiseen liittyy erityisiä haasteita, kuten epäterveellisiä ruokailutottumuksia (Tolonen 2011, 16; Wheeler ym. 2013), ylipainoa (Koponen 2011, 729; Lasic ym. 2014) sekä fyysistä passiivisuutta (Ussher ym. 2007). Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä ei aina ole riittävästi aloitekykyä oman terveytensä edistämiseen. Etenkin vaikeasti sairaat ja heidän perheensä tarvitsevat erityistoimia pystyäkseen toteuttamaan elintapamuutoksen ja parantamaan omaa terveyttään ja hyvinvointiaan. (ETENE 2009, 17.) Psykiatrisille potilaille tulisi järjestää koulutustilaisuuksia, jotka tukevat terveellisiä elintapoja. Tärkeitä intervention aihe-alueita tällä kohderyhmällä ovat päivittäinen liikunta, ruoanvalmistus ja terveellinen ruokavalio, tupakoinnin lopettaminen sekä alkoholin ja huumeidenkäytön lopettaminen. (Salokangas 2009, 510.)

4.1 Ravitsemus

Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä on todettu olevan epäterveellisemmät ruokailutottumukset (Jakabek ym.; 2011; Wheeler ym. 2013). Syitä mielenterveyskuntoutujien ravitsemukseen liittyviin ongelmiin voivat olla esimerkiksi sairau-

teen liittyvät mielialan muutokset, sairauden ja lääkityksen vaikutukset ruokahuonon, mahdolliset taloudelliset ongelmat sekä vähentynyt fyysinen aktiivisuus. Ongelmat voivat johtaa ruokavalion yksipuolistumiseen sekä ravitsemustilan heikkenemiseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, Tolosen 2011, 16 mukaan.) Sosioekonomiset tekijät, kuten mielenterveyspotilaiden köyhyys ja alempi koulutustaso voivat vaikuttaa heikentävästi mahdollisuuksiin käyttää terveellisiä ruokia tai saada sellaisia terveyspalveluita, jotka rohkaisisivat terveellisiin ruokailutottumuksiin (Wheeler ym. 2013). Myös psykiatrinen lääkitys voi aiheuttaa muutoksia ruokavalinnoissa, mikä saattaa johtaa lisääntyneeseen energiansaantiin. Lääkkeiden sedatiivinen eli väsyttävä vaikutus voi myös heikentää mielenterveyskuntoutujan jaksamista sekä kiinnostusta hoitaa ruokailouttaan tai tehdä terveellisiä ruokavalintoja. (Tolonen 2011, 16.)

Hahnin ja työtovereiden (2014) tutkimuksessa ilmeni, että psykoottisista häiriöistä kärsivät syövät suosituksia vähemmän hedelmiä ja vihanneksia, mikä oli yhteydessä myös esimerkiksi epäsäännölliseen ruokailurytmiin ja lisääntyneeseen suolan käyttöön. Weissmannin ym. (2006) ryhmähaastattelututkimuksessa selvitettiin skitsofreniaa tai skitsoaffektiiivista häiriötä sairastavien tietämystä ja suhtautumista painonhallintaan. Tutkittavat kokivat säännöllisen ateriaritmin noudattamisen, terveellisten ruokavalintojen tekemisen ja kohtuullisessa annoskoossa pysymisen vaikeiksi. (Weissmann ym. 2006, Tolosen 2011, 17 mukaan.)

Barren ja kumppaneiden (2011) tutkimuksessa kävi ilmi, että vakavista mielen-terveyden häiriöistä kärsivillä ihmisillä oli useita sisäisiä ja ulkoisia esteitä ruokavaliomuutosten toteuttamiselle. Ulkoisia esteitä olivat sosiaaliset paineet, terveellisten elintarvikkeiden huonompi saatavuus sekä psykiatrisen lääkityksen vaikutukset. Sisäisiä esteitä puolestaan olivat mm. negatiiviset käsitykset terveellisestä syömisestä, terveellisten elintarvikkeiden vähäisempi täyttävyys ja maku, vaikeudet tuttujen ruokailutottumusten muuttamisessa, mielen-terveyden

priorisoiminen etusijalle sekä tunnesyöminen. (Barre ym. 2011.) Tunnesyömisellä tarkoitetaan käyttäytymistä, jossa henkilö ei kykene erottamaan epämiellyttäviä tai miellyttäviä tunteita näläntunteesta, vaan reagoi niihin syömällä (Bruch ym. 1974, Owens ym. 2003, Kärkkäisen 2012, 19 mukaan). Tunnesyömistä esiintyy psykosomaattisen teorian mukaan henkilöillä, joilla on vaikeuksia näyttää tunteitaan ja jotka käsittelevät tunteitaan syömällä (Kärkkäinen 2012, 19). Tunnesyöminen on yhteydessä erilaisiin tunne-elämän ongelmiin, kuten ahdistukseen, masennukseen sekä sosiaalisten suhteiden ongelmiin. Masennuksella on todettu olevan yhteys tunnesyömiseen. (Goldschmidt ym. 2013; Ouwens ym. 2009, 247.)

4.2 Ylipaino

Mielenterveyden häiriöiden on todettu olevan yhteydessä ylipainoon (Simon ym. 2006; Koponen 2011, 730). Painon nousu mielenterveyshäiriöistä kärsivillä voi liittyä sekä itse häiriöön että sen hoitoon. Psykoosi- ja mielialahäiriöstä sairastavista jopa puolet on ylipainoisia. Yleisintä ja ongelmallisinta painon nousu on skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä sekä ahmimishäiriötä sairastavilla. Ylipainoisuuden on todettu olevan skitsofreniaa sairastavilla jopa kolme tai neljä kertaa yleisempää muuhun väestöön verrattuna. (Koponen 2011, 729.) Suomalaisessa tutkimuksessa skitsofreniaa sairastavista naisista ylipainoisia oli 75,9 prosenttia ja lihavia 43,5 prosenttia ja miehistä puolestaan ylipainoisia 59,6 prosenttia ja lihavia 27,2 prosenttia (Salokangas 2009, 506).

Mielenterveyspotilailla painonnousulle altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi psyykkisen sairauden aiheuttama fyysisen aktiivisuuden vähentyminen, liiallinen alkoholin käyttö sekä virheellinen ruokavalio, joka sisältää kulutukseen nähden liikaa energiaa (Koponen 2011, 730). Mielenterveyden häiriöstä kärsivällä voi esiintyä väsymystä sekä alentunutta kiinnostusta huolehtia itsestä tai ruokavaliosta monipuolisuudesta, mikä altistaa lihomiselle (Tolonen 2011, 11).

Psykkisen sairauden hoitoon käytetyillä lääkkeillä on todettu useissa tutkimuksissa painon nousua aiheuttava vaikutus (Koponen 2011, 730-732; Ringen ym. 2014; Bak ym. 2014). Antipsykoottiset lääkkeet voivat vaikuttaa aineenvaihdunnan säätelyyn, ruokahaluun sekä kehon koostumukseen monin tavoin (Ringen ym. 2014). Bakin ja kumppanien (2014) meta-analyysissä todettiin, että lähes kaikilla antipsykoottisilla lääkkeillä oli painonnousua aiheuttava vaikutus pitkäaikaisessa käytössä. Vaikutus vaihteli lääkkeestä riippuen keskimääräisestä merkittävään. Lääkkeisiin liittyvä painonnousu on merkittävä hoitohalukkuutta heikentävä tekijä, mikä voi johtaa hoidon laiminlyömiseen ja näin ollen hoidon tulosten heikentymiseen (Tolonen 2011, 12). Paino-ongelmista kärsivien mielen-terveyspotilaiden hoidossa tarvitaan elintapaohjausta sekä painon säännöllistä ja pitkäjänteistä seurantaa. Lisäksi painoneutraalien lääkkeiden käyttöä tulee suosia erityisesti silloin, jos potilaalla on kardiometabolisia riskitekijöitä. (Koponen 2011, 732-733.)

4.3 Liikuntatottumukset

Liikunnalla on merkittävä rooli terveyden edistämisessä (STM 2015a). Aerobisella liikunnalla on mielialaa kohottava vaikutus ja säännöllisellä liikunnalla voidaan ehkäistä tai jopa hoitaa vakavaa masennusta (Leppämäki 2007). Liikunnalla on suuri merkitys somaattiselle terveydelle sekä toimintakyvylle. Liikunta saattaa myös vähentää psyykkisiin sairauksiin liittyviä harhoja ja parantaa unenlaatua sekä auttaa lisäämään pystyvyyden tunnetta. (Korkeila & Korkeila 2008.) Liikunnan psyykkistä hyvinvointia edistävien vaikutusten arvellaan toteutuvan parhaiten silloin, kun liikunta on omaehtoista, haasteellista sekä tuottaa myönteisiä kokemuksia (Ruuskanen 2006, 13). Ryhmäliikunnan harrastaminen vähentää sosiaalista eristäytymistä sekä vaikuttaa myönteisesti itsetunnon häiriöihin (Korkeila & Korkeila 2008).

Mielenterveydenhäiriöistä kärsivät ovat fyysisesti passiivisempia muuhun väestöön verrattuna (Ussher ym. 2007; Korkeila & Korkeila 2008; Wheeler ym. 2013). Mitä rasittavampaa liikunta on, sitä vähemmän psykiatriset potilaat sitä harrastavat verrattuna muuhun väestöön. Myös mielenterveyden häiriön vaikeusaste vaikuttaa fyysisen aktiivisuuden määrään sekä rasittavuuteen. (Korkeila & Korkeila 2008.) Mielenterveyspotilaiden on useissa tutkimuksissa myös todettu olevan keskimääräistä huonokuntoisempia (Ruuskanen 2006, 14). Fyysisen aktiivisuuden vähäisyyteen voivat vaikuttaa monet sairauteen liittyvät tekijät. Esimerkiksi masennukseen liittyy usein jaksamis- ja aloitteellisuusongelmia ja psykooseihin negatiivisia ja kognitiivisia oireita, jotka voivat johtaa liikunnan vähäisyyteen. Ahdistuneisuushäiriöissä ilmenee välttämiskäyttäytymistä ja julkisten paikkojen pelkoa, mitkä voivat osaltaan vaikeuttaa liikunnan harrastamista. Fyysistä aktiivisuutta voivat lisäksi vähentää potilaiden sosiaalinen eristäytyminen sekä psykiatriseen sairauteen liittyvä stigma. (Koponen 2011, 730.) Psykyken lääkkeet voivat myös aiheuttaa sivuvaikutuksia, jotka heikentävät liikunnassa suoriutumista (Ruuskanen 2006, 14).

4.4 Päihteiden käyttö

Mielenterveyspotilaat käyttävät runsaasti alkoholia (ETENE 2009, 17). Mitä useampia mielenterveyden häiriöitä henkilöllä on, sitä useammin esiintyy alkoholiriippuvuutta ja muuta päihderiippuvuutta. Alkoholinkäyttö on yleistä ahdistuneisuushäiriöitä, persoonallisuushäiriöitä sekä masennusta sairastavilla potilailta. (Korkeila & Korkeila 2008.) Wheelerin ym. (2013) tutkimuksessa mielenterveyspalveluita käyttävistä 24,5 prosenttia ilmoitti käyttäneensä kannabista viimeisen vuoden aikana. Useiden eri tutkimusten mukaan mielenterveysongelmat lisäävät päihdehäiriön riskiä (Korkeila & Korkeila 2008; Kaarijoki 2013, 13-15). Kuuden eri maissa toteutetun väestötutkimuksen yhdistetyn aineiston perusteella elinikäinen mieliala- tai ahdistushäiriö lisäsi todennäköisyyttä alkoholiriippuvuuteen kaksin- tai kolminkertaiseksi (Korkeila & Korkeila 2008). Psykiatrisella

sairastavuudella on merkittävä yhteys päihdehäiriön kehittymisessä jo nuoruusiällä (Ilomäki 2012).

Kumulatiivisen mallin mukaan mielenterveyshäiriöistä kärsivillä on elämässään usein riskitekijöitä, jotka lisäävät päihteidenkäyttöä, kuten alhainen koulutustaso, traumaattiset kokemukset sekä kuormittavia elämäntapahtumia ja molempien häiriöiden sukutaustaa. Itselääkintäolettamuksen mukaan päihteidenkäyttö voi liittyä negatiivisten tunnekokemusten ja paineen säätelyvaikeuksiin tai pyrkimykseen säädellä tunteita ja mielentilaa. (Korkeila & Korkeila 2008.) Saharisen (2013) tutkimuksessa selvitettiin mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireilemattomien terveyteen liittyvää elämänlaatua ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa ilmeni, että mielenterveyshäiriöisillä elämänlaatu oli huono usealla eri osa-alueella ja runsas alkoholinkäyttö oli yksi elämänlaatua merkittävästi heikentävä tekijä. (Saharinen 2013, 36.)

Myös tupakointi on yleisempää mielenterveyden häiriöistä kärsivillä (Korkeila & Korkeila 2008; Wheeler ym. 2013). Tutkimusten mukaan mielenterveyden häiriöt näyttävät lisäävän tupakoinnin yleisyyttä sekä määrää. Diagnostisista ryhmisistä erityisesti skitsofreniapotilaiden on havaittu tupakoivan muuta väestöä yleisemmin. Psykiatristen potilaiden tupakoinnin on havaittu olevan yhteydessä esimerkiksi päihteiden käyttöön, kahvin juontiin sekä väsymykseen, uupumukseen ja aamuöisin esiintyvään unettomuuteen. (Korkeila & Korkeila 2008.)

4.5 Vuorokausirytmii ja uni

Unihäiriöt ovat yhteydessä lähes kaikkiin mielenterveyden häiriöihin. Unen häiriöt voivat altistaa mielenterveyden häiriöille tai toisaalta olla niiden seuraus. (Lindberg ym. 2004, 3039; Paunio & Porkka-Heiskanen 2008.) Unen puutteella on todettu useissa tutkimuksissa mielialaa laskeva vaikutus (Pilcher ja Huffcut

1996, Paunio & Porkka-Heiskasen 2008 mukaan). Mielenterveyden häiriö ja unen muutokset voivat yhdessä muodostaa noidankehän, jossa oireet pahenevat pikkuhiljaa (Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008).

Masennukseen liittyy nukahtamisvaikeuksia, unen katkonaisuutta ja aamuöistä heräilyä sekä syvän unen vähentymistä (Lindberg ym. 2004, 3040-41; Paunio & Porkka-Heiskanen 2008; Partonen 2008). Masennukseen liittyvä unihäiriö voi toisaalta ilmetä myös liikaunisuutena (Partonen 2008). Bibolaaripotilaiden vuorokausirytmii on epävakaata ja altis ympäristön vaikutuksille myös silloin, kun mieliala on normaali ja sairaustila ei ole akutisoitunut. Uni-valverytmin häiriintyminen on usein yksi tyypillisimpiä maniaa edeltäviä oireita kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008.) Ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä unihäiriöt ilmenevät tyypillisesti nukahtamisvaikeuksina (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008; Partonen 2008). Myös unen katkonaisuus on tavallista tälle potilasryhmälle (Partonen 2008). Paniikkihäiriöstä kärsivillä ilmenee tyypillisesti unenaikaisia tai heräämisestä alkavia yöllisiä paniikkikohtauksia, jotka johtavat toistuvaan heräilyyn (Lindberg ym. 2004, 3041; Partonen 2008). Psykoosisairauksissa vakavat unihäiriöt ovat yleisiä. Häiriöt ilmenevät nukahtamisvaikeuksina, unen kokonaispituuden lyhentymisenä sekä unen katkonaisuutena. (Lindberg ym. 2004, 3041.)

4.6 Seksuaalikäyttäytyminen

Mielenterveyden häiriöihin liittyvät seksuaaliset ongelmat ovat yleisiä. Psykkiset häiriöt voivat vaikuttaa ihmisen seksuaalielämään aiheuttamalla esimerkiksi seksuaalista haluttomuutta tai toisaalta ylikorostunutta seksuaalikäyttäytymistä. Haluttomuudesta voi seurata masennusta ja ylikorostuneesta seksuaalikäyttäytymisestä mielialan vaihteluita. Psykiatristen sairauksien aiheuttamat muutokset ihmisen seksuaalikäyttäytymisessä ovat yksilöllisiä ja haastavaa on erottaa, mikä on syy ja mikä puolestaan seuraus. (Väestöliitto 2010.)

Mielenterveydenhäiriöistä kärsivillä sairaus voi heikentää itsetuntoa sekä vaurioittaa minäkuvaa. Sosiaalisten suhteiden kuten seurustelusuhteiden solmiminen ja ylläpitäminen voi olla vaikeaa. Psykkinen sairaus voi koetella myös parisuhdetta. Mielenterveyshäiriöiden akuuteissa vaiheissa seksuaalisuus saattaa jäädä sairauden varjoon. Mielialahäiriöiden yhteydessä voi esiintyä myös kiihottumis- ja orgasmiongelmia sekä seksuaalisen halukkuuden muutoksia, jotka aiheutuvat sairauden hoitoon käytetystä lääkityksestä. (Väestöliitto 2010.)

4.7 Somaattinen sairastavuus

Mielenterveyspotilailla esiintyy somaattisia sairauksia muuta väestöä enemmän (ETENE 2009,16) ja elinajanodote on lyhyempi (Korkeila & Korkeila 2008; Lasic ym. 2014, 214; Łopuszańska ym. 2014, 815). Elinajanodote on keskimäärin 13-30 vuotta lyhyempi ja tämä ilmiö on lisääntymässä myös valtioissa, joissa terveydenhuollon taso on verrattain hyvä (Łopuszańska ym. 2014, 815). Epäterveelliset elintavat lisäävät somaattisten sairauksien esiintyvyyttä mielenterveyshäiriöistä kärsivillä, mikä johtaa lyhyempään elinajanodotteeseen (Korkeila & Korkeila 2008). Mielenterveyspotilaiden kuolemista 60 prosenttia on somaattisten sairauksien aiheuttama (Łopuszańska ym. 2014, 815).

Mielenterveyspotilailla esiintyy normaaliväestöä enemmän sydän- ja verisuonitautteja (ETENE 2009,16). Verenkiertoelimistön sairaudet ovat skitsofreniaa sairastavien yleisin kuolinsyy (Salokangas 2009, 505) ja jopa kahden kolmesta skitsofreniapotilaasta on arvioitu kuolevan sepelvaltimotautiin (Korkeila & Korkeila 2008). Myös masennusta sairastavilla esiintyy valtaväestöä enemmän sydän- ja verisuonitautteja (ETENE 2009, 16). Depression on useissa tutkimuksissa osoitettu olevan sydän- ja verisuonitautien itsenäinen riskitekijä muiden riskitekijöiden, kuten ylipainon, tupakoinnin, diabeteksen ja hyperlipidemian sekä

sukutaustan vakioinnin jälkeenkin (Melartin ym. 2010, 171). Suurentuneet kardiometaboliset riskit mielenterveyspotilailla voivat selittyä epäterveellisten elintapojen lisäksi myös sosioekonomisilla tekijöillä, kuten köyhyydellä, huonolla hoitoon pääsyllä sekä psykiatristen sairauksien hoitoon käytettyjen lääkkeiden metabolisilla haittavaikutuksilla (Lasic ym. 2014, 214).

Mielenterveyspotilailla glukoosi- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ovat yleisiä (Lasic. ym. 2014,214; Salokangas 2009, 506). Skitsofreniapotilailla esiintyy tyyppin 2 diabetesta 2-4 kertaa yleisemmin kuin valtaväestöllä. Suurentunut diabetesriski voi liittyä joko sairauteen itseensä tai toisaalta sen hoitoon käytettyjen lääkkeiden haittavaikutuksiin. (Salokangas 2009, 506.) Myös masennusta sairastavilla diabetesta esiintyy valtaväestöön verrattuna enemmän (ETENE 2009, 16).

Avohoidossa olevilla mielenterveyspotilailla hampaattomuus ja irtoproteesien käyttö on yleisempää muulla väestöllä. Mielenterveyspotilaalla ei välttämättä ole voimavaroja hoitaa itseään tai hampaitaan, mikä johtaa huonoon suun terveyteen. Lisäksi mielenterveyspotilaalla ei välttämättä ole huonon taloudellisen tilanteen vuoksi varaa hammaslääkärikäyntiin tai hän voi pelätä hammaslääkäriin menoa. (ETENE 2009, 16-17.)

5 ELINTAPOHJAUS JA SIIHEN KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

Elintavat vaikuttavat terveystriskeihin ja elintavoilla voidaan vaikuttaa riskiin sairastua moniin kansansairauksiin, kuten diabetekseen sekä sydän- ja verisuonitauteihin (STM 2015b). Elintapojen yhteydestä keskeisiin kansansairauksiin ja niiden riskitekijöihin on saatu vahva tutkimusnäyttö (Absetz & Hankonen 2011, 2265). Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan elintapasairauksien taustalla on useimmiten neljä terveydelle haitallista elintapaa: tupakointi, fyysinen passiivisuus, epäterveellinen ravitsemus sekä haitallinen alkoholinkäyttö (WHO 2011, Salmelan 2012, 17 mukaan). Epäterveellisissä elintavoissa ongelmana on myös niiden kasautumistaipumus: esimerkiksi tupakointi altistaa fyysiselle passiivisuudelle, epäterveellisille ravitsemustottumuksille sekä haitalliselle alkoholinkäytölle (Salmela 2012, 18). Monia sairauksia voidaan ehkäistä terveellisellä ravinnolla ja riittävällä fyysisellä aktiivisuudella sekä samalla parantaa terveyttä ja lisätä toimintakykyä. Usein pelkkä elintapojen muuttaminen riittää vähentämään terveystriskejä eikä lääkehoidolle ole tarvetta, mikä laskee lääkekustannuksia. (STM 2015b.)

5.1 Elintapaohjaus

Neuvonnalla ja ohjauksella voidaan perusterveydenhuollossa vaikuttaa useimpiin elintapoihin (Absetz & Hankonen 2011, 2270). Elintapaohjaus voidaan määritellä terveysammattilaisen ja asiakkaan väliseksi vuorovaikutusprosessiksi, jonka päämääränä on edistää asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia tukemalla hänen mahdollisuuksiaan muuttaa elintapojaan (vrt. Salmela 2012, 19.) Käyttämisen muutoksiin pyrkivän ohjauksen tulee olla teoreettisesti perusteltua sekä asiakaslähtöistä. Ohjauksessa tulee hyödyntää sekä vahvistaa asiakkaan omia

voimavaroja. (Duodecim 2013.) Pystyvyyden tunteen lisääminen vaikuttaa myönteisesti elintapamuutokseen (Absetz & Hankonen 2011, 2267; Vuori 2013, 1756). Lisäksi sisäisen motivaation vahvistaminen ulkoisen sijaan on tehokas keino terveysinterventioiden toteutuksessa (Vuori 2013, 1756).

Elintapojen muutos tarkoittaa käyttäytymisen muutosta, jossa omaksutaan uusia toimintatapoja ja opetellaan pois vanhoista (Absetz & Hankonen 2011, 2265). Elintapoihin liittyvän neuvonnan on osoitettu parantuvan, kun tiedon sijaan painotetaan käyttäytymistä. Useiden käyttäytymisen muutosta tukevien strategioiden samanaikainen tai perättäinen käyttö parantaa neuvonnan vaikuttavuutta. Ravitsemusneuvonnasta saatujen kokemusten perusteella ohjauksessa annettavat neuvot vaikuttavat parhaiten, kun ne ovat selkeitä, yksinkertaisia, spesifisiä ja toteuttamiskelpoisia. (Vuori 2013, 1756.)

Elintapaohjaukseen ja elintapamuutoksen toteutukseen voi liittyä myös haasteita. Valtaosa lääkäreistä ja hoitajista Suomessa pitää tärkeänä elintapoihin vaikuttamista, mutta samalla omia keinojaan motivoida ja ohjata asiakasta riittämättöminä (Absetz & Hankonen 2011, 2265). Toisinaan haasteet voivat liittyä muutoksen toteuttamiseen; terveysammattilaisen näkökulmasta elintapamuutoksen tarve asiakkaan kohdalla on ilmeinen ja asiakas monesti kokee itsekin niin, mutta silti muutoksen toteuttaminen ja ylläpitäminen osoittautuvat vaikeiksi. Elintapamuutosprosessi rakentuu eletyn elämän muodostamalle yksilölliselle pohjalle ja useat tekijät voivat vaikuttaa jo ennen intervention alkua henkilöiden osallistumiseen sekä muutosprosessin etenemiseen. Heikompi sosioekonominen asema, miessukupuoli ja muutosaikomusten puuttuminen lisäävät tutkimuksen mukaan elintapainterventioiden ulkopuolelle jäämistä. (Salmela 2012, 13, 68.)

5.2 Elintapaohjauksen vaikuttavuuden arviointi

Käytettyjen menetelmien vaikuttavuutta voidaan arvioida sekä terveyden edistämisen välituloksina että pitkän aikavälin muutoksina yksilön terveydessä ja hyvinvoinnissa (Kiiskinen ym. 2008, 21). Vaikuttavuudessa huomio kiinnitetään tavoitteisiin, jotka toiminnalle on asetettu. Tavoitteiden toteutumista arvioidaan, jolloin saadaan selville oliko toiminta vaikuttavaa. (Pietilä ym. 2002, 288.) Terveyden edistämisen välituloksia ovat muutokset yksilön biologisissa riskitekijöissä (esim. kolesteroliarvot, painoindeksi, tupakointi yms.) sekä käyttäytymisen osatekijöissä (esim. motivaatio, asenteet) ja käyttäytymisessä. Nämä vaikuttavat myönteisesti sairauksien ennaltaehkäisyyn, koettuun terveyteen ja hyvinvointiin pitkällä aikavälillä. (Salmela ym. 2010, 208.) Terveysneuvoja voi ohjata välitavoitteiden kautta lopulliseen muutokseen, koska välitavoitteiden saavuttaminen luo onnistumisen kokemuksia asiakkaalle ja motivoi häntä jatkamaan elintapamuutosta (Heikka & Koskenkorva 2004, 14). Elintapaohjausta voidaan arvioida sen eri vaiheissa sekä mitattavien että laadullisten tulosten kautta. Mitattavia tuloksia ovat mm. kliiniset muutokset (esim. painon putoaminen) ja laadullinen tulos puolestaan esim. ohjattavan antama palaute saamastaan ohjauksesta. (Turku 2007, 116-117.)

Bruinsin ja työtovereiden (2014) meta-analyysissä tutkittiin terveysterventioiden vaikuttavuutta psykoottisista häiriöistä kärsivillä. Tulokset osoittivat, että interventiot olivat vaikuttavia ja ne johtivat laihtumiseen tai painon nousun pysähtymiseen. Positiiviset vaikutukset painoon säilyivät myös seurannassa. Terveysterventioitten myötä myös sokeri- ja rasva-arvot parantuivat ja vyötärön ympäryspää pieneni. Tutkimuksessa osoitettiin, että terveysterventiot ovat tehokas keino lihavuuden hoidossa ja ehkäisyssä sekä kardiometabolisten riskien vähentämisessä. Terveysterventioiden vaikuttavuus on parempi, jos asiakkaalla on todettu sairaus tai suurentuneita riskitekijöitä (Absetz & Hankonen 2011, 2270).

5.3 Elintapaohjauksessa käytettävät menetelmät

Terveysinterventioon käytettäviä neuvontamalleja ja –menetelmiä on erilaisia, riippuen esimerkiksi neuvonnan tavoitteista ja odotettavissa olevista vaikutuksista sekä vuorovaikutuksen luonteesta (Heikka & Koskenkorva 2004, 11). Ohjauksessa käytettävien keinojen sopivuuteen vaikuttavat todennäköisesti sekä asiakkaiden että ohjaajien yksilölliset ominaisuudet. Ammattilaisten käyttöön on kuitenkin tarjolla tehokkaita keinoja ja niitä on koottu esimerkiksi Käypä hoitosuositukseen. (Absetz & Hankonen 2011, 2271.)

Erilaisia käyttäytymisen muuttamisen keskeisiä teorioita ja teoriaan perustuvia malleja ovat muun muassa muutosvaihemalli, kognitiivisbehavioraalinen terapia, sosiaaliskognitiivinen teoria, tavoitteellisen toiminnan malli sekä motivoiva haastattelu (Absetz & Hankonen 2011, 2268). Keskeisiä käyttäytymismuutoksen ohjauksessa käytettyjä menetelmiä ovat mm. muutosaikeen muodostaminen, muutoksen etujen ja haittojen pohdinta, selkeiden tavoitteiden asettaminen, muutoksen toteutumisen seuranta, huomion kiinnittäminen myönteisiin seurauksiin ja onnistumisiin, kannustimien käyttö, ongelmien- ja stressinhallintakeinot sekä muutosta uhkaavien tekijöiden tunnistaminen (Duodecim 2013). Elintapaohjauksessa mikään yksittäinen malli ei tuo ratkaisua eikä mikään tekniikka yksin riitä suurten vaikutusten aikaansaamiseksi (Absetz & Hankonen 2011, 2271). Nykyään lieneekin harvinaista, että neuvontatilanteiden tulkinta ja toteutus pohjautuisi yhteen ainoaan malliin tai menetelmään (Heikka & Koskenkorva 2004, 11). Tekniikoiden yhdistäminen tuottaa elintapaohjauksessa parhaat tulokset (Heikka & Koskenkorva 2004, 16; Absetz & Hankonen 2011, 2271). Tässä kirjallisuuskatsauksessa olemme perehtyneet käyttäytymisen muutoksen teoriaan perustuvista malleista muutosvaihemalliin sekä motivoivaan haastatteluun. Lisäksi olemme perehtyneet yksilö- ja ryhmäohjaukseen ja elintapaohjauksen toiminnallisiin menetelmiin.

5.3.1 Muutosvaihemalli

Elintapaohjauksessa voidaan yhtenä mallina käyttää transteoreettista muutosvaihemallia (Heikka & Koskenkorva, 2004,12; Mäenpää & Oksanen 2007, 23; Hyytinen & Roiha 2009, 13). Muutosvaihemallissa elintapamuutos nähdään vaiheittain etenevänä pitkäkestoisena prosessina (Heikka & Koskenkorva 2004,12; Hyytinen & Roiha 2009,13). Tavallisesti elintapaohjauksessa käytetään mallin sisältämiä muutosvaiheita ja prosesseja, jotka antavat näkemyksen siitä, miten asiakkaan elintapamuutosprosessia voidaan tukea interventiossa kokonaisvaltaisesti ottamalla huomioon kaikki muutosprosessin keskeiset osatekijät (Prochaska & DiClemente 1983, Hyytisen & Roihan 2009, 13 mukaan). Muutosprosessin eri vaiheissa asiakas tunnistaa omat elintapansa, harkitsee tarpeellisia muutoksia sekä harjoittelee uuden elintavan omaksumista ja sen ylläpitämistä (Hyytinen & Roiha 2009, 13-14). Muutosvaihemallissa korostetaan elintapaneuvontaa, joka on pitkäaikaista, yksilöllistä sekä asiakkaan tarpeet huomioivaa. Ohjauksessa on huomioitava, että jokaisen asiakkaan muutosprosessi etenee yksilöllisesti. (Heikka & Koskenkorva 2004, 12, 14.)

Muutosvaihemalli on alun perin kehitetty, jotta ymmärrettäisiin paremmin käyttäytymisen muutokseen liittyvää muutosprosessia, erityisesti addiktiivisessä käyttäytymisessä, kuten tupakoinnin lopettamisessa. Muutosvaihemallia voidaan kuitenkin soveltaa myös muunlaisen käyttäytymisen tarkasteluun ja sen käyttö esimerkiksi ravitsemukseen liittyvässä muutosprosessissa onkin lisääntynyt. (Mäenpää & Oksanen 2007, 23.) Elintapamuutos vaatii onnistuakseen, että asiakas on halukas, valmis sekä kykenevä muutokseen (Marttila 2010). Terveysneuvontaa antavan ammattilaisen tehtävä ei missään tapauksessa ole asiakkaan elintapojen muuttaminen. Terveysammattilainen auttaa asiakasta siirtymään seuraavaan muutosvaiheeseen, mikäli asiakas osoittaa halukkuutta siihen. (Heikka & Koskenkorva 2004, 12.)

Transteoreettisen muutosvaihemallin ensimmäinen vaihe on esiharkintavaihe (Heikka & Koskenkorva 2004, 12; Hyytinen & Roiha 2009, 14; Marttila 2010). Esiharkintavaiheessa asiakas ei vielä tiedosta oman terveyskäyttäytymisensä ongelmallisuutta, eikä näin ollen siihen liittyvää muutostarvetta (Heikka & Koskenkorva 2004, 12). Asiakas voi olla tässä muutosprosessin vaiheessa, koska häntä ei ole informoitu käyttäytymisensä seurauksista tai hän on yrittänyt muuttaa käyttäytymistään useasti siinä kuitenkaan onnistumatta ja tämän vuoksi välttää kaikkea omaan riskikäyttäytymiseensä liittyvää tietoa (Mäenpää & Oksanen 2007, 24). Esiharkintavaiheessa tavoitteena ei ole pyrkiä vaikuttamaan asiakkaan terveysongelmaan, vaan herätellä asiakas arvioimaan ja tunnistamaan omaan terveyteensä haitallisesti vaikuttavia elintapoja (Heikka & Koskenkorva 2004, 12).

Harkintavaiheessa asiakas tunnistaa elintapoihinsa liittyvän ongelman sekä siihen liittyvän muutostarpeen. Asiakas voi hakeutua terveysneuvojan luokse tässä muutosprosessin vaiheessa hakeakseen vahvistusta muutosajatukselleen. Terveysneuvojan tehtävänä on antaa asiakkaalle neutraalia tietoa, jonka avulla asiakkaan on mahdollista ratkaista ristiriidat muutoksen etujen ja haittojen välillä. (Heikka & Koskenkorva 2004, 13.)

Valmistautumisvaiheessa oleva asiakas on valmis muutokseen seuraavan kuukauden aikana (Mäenpää & Oksanen 2007, 25). Asiakas suunnittelee muutosta sekä siihen sitoutumista ja alkaa kokeilla muutoksen toteuttamista (Hyytinen & Roiha 2009, 14). Asiakas voi valmistautumisvaiheessa liittyä johonkin tukiryhmään tai tutustua muutoksen toteuttamiseen liittyvään kirjallisuuteen (Mäenpää & Oksanen 2007, 25).

Toimintavaiheessa asiakas toteuttaa muutoksen (Heikka & Koskenkorva 2004, 13; Hyytinen & Roiha 2009, 14). Jotta elintapamuutos olisi mahdollinen, on asi-

akkaalla oltava muutoksen tavoitteet selvästi määriteltynä. Asiakas tarvitsee toimintavaiheessa terveysneuvojan antamaa tunnetukea ja motivointi ja terveysneuvonnan tehtävänä on asiakkaan pystyvyyden tunteen lisääminen. Tällä autetaan asiakasta saavuttamaan muutoksen pysyvyys. (Heikka & Koskenkorva 2004, 13-14.)

Ylläpitovaiheessa oleva asiakas on toteuttanut muutoksen täysimääräisesti ja jatkaa sen toteutusta suunnitelman mukaisesti (Marttila 2010). Asiakas on vakuuttunut, että kykenee jatkamaan muutoksen ylläpitoa (Heikka & Koskenkorva 2004, 14; Mäenpää & Oksanen 2007, 25). Tästä huolimatta asiakas työskentelee edelleen estääkseen repsahdusten tapahtumista (Mäenpää & Oksanen 2007, 25; Hyytinen & Roiha 2009, 14). Ylläpitovaiheessa asiakas tarvitsee terveysneuvojan tukea ehkäistäkseen repsahduksia. Terveysneuvonnan tehtävänä on tässä muutosvaiheessa tukea ja seurata asiakkaan muutosprosessia. (Heikka & Koskenkorva 2004, 14.) Ohjauksessa hoitosuhteen jatkuvuus edistää muutosprosessin tukemista (Marttila 2010).

Päätös vaiheen saavuttaa hyvin harva – alle 20 prosenttia jokaisesta ryhmästä (de Graaf ym. 1997; Prochaska ym. 1997, Mäenpään & Oksanen 2007, 25 mukaan). Tässä muutosprosessin vaiheessa asiakkaalla ei ole houkutusta palata entisiin epäterveellisiin elintapoihinsa, olivatpa olosuhteet minkälaiset tahansa (Mäenpää & Oksanen 2007, 25).

Repsahdukset kuuluvat olennaisena osana elintapojen muutosprosessiin. Ne ovat yleisiä välivaiheita ennen pysyvän muutoksen toteutumista. (Hyytinen & Roiha 2013, 14.) Repsahdukset voivat aiheuttaa asiakkaassa häpeän, epäonnistumisen ja syyllisyyden tunteita. Pysyvään muutokseen vievässä toiminnassa epäonnistumiset ovat kuitenkin normaaleja ja niistä on mahdollisuus oppia. Repsahduksen kokemukseen voidaan vaikuttaa valmistautumalla siihen etukä-

teen. (Mäenpää & Oksanen 2007, 25.) Repsahduksen tapahtuessa terveysneuvojan tehtävänä on tukea asiakasta muutosprosessin uudelleen käynnistämisessä (Heikka & Koskenkorva 2004, 14). Transteoreettisessa muutosvaihemallissa asiakas käy tavallisesti kaikki muutosvaiheet läpi useaan kertaan ennen kuin muutoksesta tulee pysyvä (Mäenpää & Oksanen 2007, 26). Muutosta toteuttaessaan asiakas voi käytännössä kulkea edestakaisin eri vaiheiden välillä (Heikka & Koskenkorva 2004, 12; Marttila 2010). Asiakas voi myös virheellisesti kuvitella olevansa eri vaiheessa muutosta, kuin missä hän todellisuudessa on. Asiakas voi esimerkiksi kuvitella olevansa ylläpitovaiheessa, vaikka todellisuudessa onkin vasta esiharkinta- tai harkintavaiheessa. (Hyytinen & Roiha 2009, 15.) Elintapaohjauksessa on tärkeää tunnistaa missä muutosvaiheessa asiakas on, koska muutoksen eri vaiheissa olevat henkilöt hyötyvät erilaisesta ohjauksesta (Marttila 2010).

Tutkimusten mukaan transteoreettinen muutosvaihemalli on pätevä menetelmä väestön elintapojen muutoshalukkuuden kuvaamiseen, ja sitä voidaan hyvin soveltaa erilaisiin interventioihin (Spencer ym. 2007, Hyytisen & Roihan 2009, 14 mukaan). Toisaalta muutosvaihemalliin pohjautuvien interventioiden pitkäaikaisista elintapamuutoksista ei ole riittävästi näyttöä, vaikka muutoksen pitkäkestoinen ylläpito on olennainen osa transteoreettista muutosvaihemallia. Tämän vuoksi menetelmää voidaan pitää jopa epätarkoituksenmukaisena. (Brug ym. 2005; Salmela ym. 2008, Hyytisen & Roihan 2009, 16 mukaan). Menetelmän käyttöön pohjautuvilla interventioilla saadaan aikaan pikemminkin lyhytaikaisia motivaation ja käyttäytymisen muutoksia (Brug ym. 2005, Hyytisen & Roihan 2009, 16 mukaan). Muutosvaihemalli on saanut osakseen kritiikkiä myös siitä, että se on suunnattu yksilöille, eikä ryhmälle (Heikka & Koskenkorva 2004, 16).

5.3.2 Motivoiva haastattelu

Yhtenä mallina elintapamuutoksen ohjauksessa voidaan käyttää motivaatiokeskustelua; motivoivaa haastattelua. ”Motivoivaa haastattelua tarvitaan silloin, kun sairauden hoidossa tai ehkäisyssä tarvitaan muutoksia potilaan elämäntavoissa” (Mustajoki & Kunnamo 2009).

Motivoiva haastattelu on menetelmä, jonka tavoitteena on vahvistaa yksilön motivaatiota muutokseen selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen liittyviä ristiriitoja (Koski-Jännes 2008). Motivoivan keskustelun perusajatus on, että asiakas itse on oman elämänsä asiantuntija. Ohjaajan tavoite on saada asiakas ajattelemaan omaa toimintaansa ja asiantuntemuksellaan auttaa tätä itse löytämään oikeat ratkaisut. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Ohjaaja pyrkii luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin avulla saamaan asiakkaan mukaan avoimeen kommunikation ja vähitellen saamaan aikaan positiivista muutosta asiakkaan käyttäytymisessä. Ohjaaja työskentelee osoittamalla empatiaa ja vahvistamalla uskoa muutokseen. Lisäksi ohjaajan tulee välttää väittelyä ja voimistaa ristiriitaa nykyisen tilanteen / käyttäytymismallin ja toivotun tilanteen välillä. (Koski-Jännes 2008.)

Avoimien kysymysten avulla ohjaaja herättelee asiakasta pohtimaan esillä olevaa ongelmakäyttäytymistä tai asiaa, johon halutaan muutosta. Asiakas kertoo spontaanisti ajatuksiaan ja ohjaaja esittää jatkokysymyksiä. Menetelmän avulla asiakas on enemmän äänessä kuin ohjaaja. Ohjaaja tuo esille vaihtoehtoja, mutta potilas tekee päätökset ja valinnat. Avoimien kysymysten lisäksi ohjaaja voi käyttää reflektointia ja toistoa, jossa ohjaaja sanoittaa asiakkaan puhetta uudelleen ja rohkaisee tätä jatkamaan. Menetelmällä voidaan tehostaa ja syventää motivoivaa keskustelua. Luottamusta ohjaajaa kohtaan herättää myös ohjaajan antama positiivinen palaute. Se rohkaisee asiakasta jatkamaan puhumista ja toimintaa sekä auttaa ohjaajaa painottamaan omia viestejään.

(Mustajoki & Kunnamo 2009.) Motivoivan haastattelun käyttö potilaskeskeisen ohjauksen menetelmänä on tutkimuksessa todettu edistävän ylipainoisten painonpudotusta (Armstrong ym. 2011). Motivoivalla haastattelulla saadaan pitkäkestoisia vaikutuksia pienellä vaivalla (Absetz & Hankonen 2011, 2265).

5.3.3 Yksilöohjaus

Yksilöohjausta voi käyttää tukena elintapamuutoksessa ja omatoimisessa laihduttamisessa sekä yksinään että ryhmäohjauksen rinnalla. Yhdistelmänä ryhmä- ja yksilöohjaus on erityisen hyödyllinen, jos osallistujalla on muitakin asioita kuin elämäntapamuutokseen liittyviä; esimerkiksi psykologisia syitä, jotka ovat johtaneet lihavuuteen. Lihavuuteen johtaneita syitä tai muita henkilökohtaisia asioita on helpompi käsitellä yksilöohjauksessa kuin ryhmätapaamisilla. Yksilöohjauksen pääpaino on nykyhetkessä ja tulevaisuudessa. (Pietiläinen ym. 2015, 208-209, 228.) Vuorovaikutukseen perustuvassa terveystalkustelussa vaaditaan ammattilaiselta tietoa ja taitoa, jotta keskustelu edistäisi asiakkaan terveyttä ja terveysosaamista (Pietilä ym. 2002, 237).

Laihduksen tueksi annettava yksilöohjaus etenee vaiheittain tilannekatsauksen, oman toiminnan tarkastelun, muutostarpeen hahmottamisen ja tavoitteiden asettamisen kautta muutoksen toteuttamiseen ja tulosten seurantaan. Seurannassa pohditaan mitkä asiat ovat johtaneet saavutettuihin tuloksiin. Tavoitteiden ja osatavoitteiden asettaminen on tärkeää ennen muutosprosessin aloittamista. Yhdessä ohjaajan kanssa pyritään tasavertaiseen suhteeseen ja yhteistyöhön, jossa molemmat osapuolet tuovat tietämystään esiin. Yksilöohjauksessa voidaan käyttää myös muita mittareita kuin fyysiseen terveyteen liittyviä, esimerkiksi mielialaseulaa ja voimavaramittareita sekä itsearviointia. (Pietiläinen ym. 2015, 208-209.) Menetelminä yksilöohjauksessa voidaan käyttää lisäksi esimerkiksi ohjaamista oman käyttäytymisen seurantaan sekä asiakasta koskevien testitulosten käyttöä. Erityisen edistävää on, jos niihin yhdistetään tuloksista

esiin nousseiden havaintojen tarkastelu ja siihen perustuva toiminnallisten tavoitteiden asettaminen, toiminnan suunnittelu sekä toiminnan seuranta ja palautteenanto. (Absetz & Hankonen 2011, 2271.)

5.3.4 Ryhmäohjaus

Ihminen tarvitsee ympärilleen sosiaalisen yhteisön voidakseen hyvin (ETENE 2009, 13). Sosiaalinen kanssakäyminen ja vuorovaikutus toisten kanssa ovat yhteydessä hyvinvointiin ja korostuvat erityisesti vaikeissa elämäntilanteissa. Lisäksi ryhmässä voi oppia tunnistamaan ja ymmärtämään omaa käyttäytymistään sekä eläytymään muiden ryhmäläisten asemaan. Ryhmään kuuluminen voi lisätä itsetuntemusta. (Hautala ym. 2010, 162.) Ryhmien avulla ihminen oppii vuorovaikutustaitoja ja kommunikointia, oppii uusia taitoja, saa vertaistukea ja hyväksyntää sekä pääsee sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden ihmisten kanssa. Tähän perustuu ryhmän terapeuttinen vaikutus. (Cole 2008, 316.) Läätin (2013, 27,95) tutkielman mukaan sosiaalinen osallisuus vahvistaa sosiaalisen hyvinvoinnin kokemusta ja tasapainottaa sairauden negatiivisia vaikutuksia mielenterveyskuntoutujalla.

Sopiva koko painonhallintaryhmälle on 8-15 henkeä (Pietiläinen ym. 2015, 230). Vertaistukiryhmät ovat suljettuja ryhmiä eivätkä näin ollen avoimia kaikille. Ryhmässä ohjaaja toimii ammattilaisena ja organisoii ryhmän toimintaa. Ryhmän ohjaajat päättävät jäsenistä ja usein toiminnan edellytyksenä ja mahdollistajana on jokin taustalla toimiva organisaatio. (Berg 2007.)

Ryhmätapaamisten ensimmäinen kerta on ryhmähengen ja yleisen tunnelman luomisen kannalta tärkeä. Työskentelyn käynnistymistä ensimmäisellä kerralla voidaan helpottaa tutustumis- ja aktivoimisharjoituksella. Lisäksi voidaan sopia ryhmän toimintatavoista ja periaatteista eli niin sanotuista yhteisistä pelisäännöistä.

nöistä, jotka voidaan kirjata ylös. Myös viimeinen ryhmätapaaminen ja ryhmän hallittu loppuminen on tärkeä, koska se mahdollistaa ryhmän jäsenille kokemuksen siitä, että ryhmässä opittu ja koettu kantaa eikä ryhmäläinen jää oman onnensa nojaan ryhmän loputtua. (Pietiläinen ym. 2015, 233-234.)

Ryhmäohjauksessa voidaan erilaisia ryhmätöitä käyttää yhtenä menetelmänä. Ryhmätyöskentelyn päätteeksi pienryhmä voi esittää muille ryhmille yhteenvedon ajatuksistaan, jonka jälkeen aiheesta voidaan käydä yhteistä ryhmäkeskustelua. Tyypillinen menetelmä ryhmäohjauksessa on käyttää myös käsiteltävään aiheeseen liittyviä alustuksia ja luentoja. Alustusten tai luentojen aiheena voi olla esimerkiksi ravitseminen, liikkuminen sekä terveelliset elämäntavat. Luentojen ja alustusten yhteydessä voidaan jakaa ohjeita, neuvoja sekä esimerkkejä liittyen elintapojen muutokseen. Ryhmäohjauksessa tiedon jakaminen ei kuitenkaan saa olla liian keskeisessä roolissa. Erilaiset keskustelut, pohdinnat sekä harjoitukset auttavat ryhmän jäseniä soveltamaan sekä käyttämään ryhmässä saatuja tietoja ja menetelmiä yksilöllisesti itselle sopivalla ja motivoivalla tavalla. Painonhallinnan ryhmäohjauksessa on tärkeää, että tiedon jakamisen ja keskustelun lisäksi innostetaan osallistujia toimimaan pelkän kuuntelemisen sijaan. (Pietiläinen ym. 2015, 232, 234, 236.)

Ryhmätoimintaan liittyy aina tiettyjä ryhmälle tyypillisiä piirteitä ja ryhmädynamiikkaa. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi ryhmän vaiheet, ryhmän roolit ja ryhmän ristiriidat. Niiden tiedostaminen ja tunnistaminen on olennaista ryhmän ohjaajalle. Ennen ryhmän perustamista ryhmän ohjaajan on huolellisesti perehdyttävä ryhmätoiminnan perusteisiin sekä tiedostettava oman ryhmänsä perustettava, jonka vuoksi ryhmä on perustettu. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 4-5.)

Painonhallintaryhmästä on useita hyötyjä osallistujalle. Ryhmästä saatava tuki, niin ohjaajilta kuin muilta ryhmäläisiltä, on merkittävää onnistumisen kannalta.

Positiivinen palaute, yhteishenki ja ryhmän myönteinen tuki sekä muiden kokemuksista oppiminen lisäävät pystyvyyden tunnetta. Ohjaaja jakaa asiantunteustaan ja asioita voidaan harjoitella tehtävien ja harjoitusten avulla. Ryhmäohjauksessa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä ja työskentelytapoja. Tapaamisten välillä harjoitellaan ja työstetään edellisellä kerralla opetettuja asioita. Ryhmähoidolla on myös yhteiskunnallinen hyöty, koska se on kustannustehokasta. (Pietiläinen ym. 2015, 228-229.)

Mielenterveyskuntoutujille on järjestetty lukuisia ryhmämuotoisia elämänhallintaan ja terveyden edistämiseen liittyviä kursseja eri puolilla Suomea, muun muassa opiskelijoiden opinnäytetöinä. Lapissa järjestettiin mielenterveyskuntoutujille ryhmämuotoista depressiokoulua osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Lapin mielenterveys- ja päihdetyö- hanketta 2005-2009. Tulokset olivat positiiviset; osallistujien sairaalajaksot vähenivät kurssin jälkeen noin puoleen. Kuntoutajat olivat motivoituneita sekä sitoutuneita ryhmiin ja poissaoloja oli vähän. (Kuosmanen ym. 2010,21-22.)

5.3.5 Toiminnalliset menetelmät

Toiminnallisilla menetelmillä tarkoitetaan kaikkia harjoituksia, joissa tekemisellä ja toiminnalla pyritään tehostamaan yksilön ja ryhmän toimintaa sekä oppimista. Toiminnalliset menetelmät perustuvat mm. mielikuva- ja kokemusoppimiseen sekä ratkaisukeskeisyyteen. Ryhmän ohjaaja on keskeisessä roolissa valitessaan menetelmiä ohjaamalleen ryhmälle. Menetelmän valintaan vaikuttaa haluttu lopputulos; mitä menetelmällä tavoitellaan ja mikä on toivottu lopputulos. Valintaan ohjaaja tarvitsee myös tietoa ohjattavan ryhmän dynamiikasta. Toiminnan onnistuminen vaatii aina huolellisen suunnittelun. (Kataja ym. 2011, 30, 34.)

Elintapamuutosryhmissä toiminnallisia menetelmiä käytetään ryhmäläisten itsearvioinnin tukena. Toiminnallisten harjoitusten avulla voidaan syventää ja tehostaa eri aiheista saatua teoriatietoa sekä ajallisesti että sisällöllisesti. Harjoitusten käyttö siirtää teoriatiedon käytännön tasolle ja vahvistaa ryhmäläisten itsenäistä pärjäämistä ryhmän ulkopuolella. (Turku, 2007, 94.) Uusia tottumuksia opitaan parhaiten omien kokemusten kautta, kokeilemalla, tekemällä ja toimimalla. Monipuolisilla ryhmänohjausmenetelmillä tätä oppimista voidaan edistää. (Pietiläinen ym. 2015, 234.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Terveydenhuollossa projektitoiminta on yleistä. Terveyden edistämisen projekteilla pyritään vaikuttamaan asiakkaan terveysvalintoihin (Pietiläinen ym. 2002, 270). Hyvän opinnäytetyön tulisi olla työelämä- ja toimeksiantajalähtöinen (Vilka & Airaksinen, 2004,17). Toteutimme opinnäytetyönämme terveyden edistämisen kurssin toiminnallisin menetelmin Turun Tsemppi-Talon mielenterveyskuntoutujille. Tsemppi-talo on Turussa toimiva toimintakeskus työikäisille mielenterveyskuntoutujille. Talon toiminta on tavoitteellista ja suunnitelmallista. Tsemppi-Talon tavoitteena on tukea kuntoutujan kuntoutusprosessia ja edistää toimintakykyä yhdessä ammattilaisten avulla. Tsemppi-Talon tavoitteisiin kuuluu myös asiakkaiden itsenäistymisen ja vastuunoton lisääminen sekä itsetunnon vahvistuminen. (Tsemppi-Talo 2015.) Otimme syksyllä 2014 yhteyttä Tsemppi-Taloon ja teimme ehdotuksen terveyden edistämisen kurssin järjestämisestä toimintayksikön asiakkaille. Tsemppi-Talon vastaava ohjaaja kiinnostui ehdotuksesta, koska koki kurssin hyödyllisenä toimintayksikön asiakkaille. Teimme toimeksiantosopimuksen Tsemppi-Talon toiminnanjohtajan ja henkilökunnan kanssa jonka jälkeen ryhdyimme suunnittelemaan kurssin tarkempaa sisältöä.

Marraskuussa 2014 pidimme Tsemppi-talon henkilökunnalle infotilaisuuden, jossa kerrottiin kurssin sisällöstä ja yhdessä henkilökunnan kanssa pohdittiin muun muassa sopivaa osallistujamäärää. Tämän jälkeen pidettiin kaksi yleistä infotilaisuutta Tsemppi-talon asiakkaille. Tilaisuudessa markkinoitiin kurssia ja esiteltiin sisältöä diaesityksen avulla. Tilaisuudessa jaettiin hakulomakkeita, joita halukkaat saivat täyttää (LIITE 1). Ryhmään pääsyn edellytyksenä oli jokin fyysiseen terveyteen liittyvä haaste / ongelma, johon hakija toivoi kurssilta saavansa apua, esimerkiksi ylipaino, vuorokausirytmien tai ravitsemuksen haasteet. Hakemuksia tuli yhteensä 10. Joulukuussa 2014 hakijoiden joukosta valittiin yhdessä Tsemppi-talon henkilökunnan kanssa kahdeksan osallistujaa, jotka hyväksyttiin kurssille. Perusteina käytettiin hakijoiden kertomia fyysisen terveyden

haasteita ja talon asiakkuutta sekä Tsemppi-Talon henkilökunnan arviota siitä, ketkä hyötyisivät kurssista eniten.

Kurssi toteutettiin ryhmämuotoisena ja osallistujat muodostivat sekaryhmän, jossa oli kolme miestä ja viisi naista. Ryhmä oli suljettu ryhmä ja hakijoilta edellytettiin sitoutumista kurssille koko kevään 2015 ajaksi. Opinnäytetyön ryhmä- ja yksilötapaamiset toteutettiin kevään 2015 aikana. Ryhmäläisille jaettiin kurssin aikana erilaista materiaalia. Materiaalia jaettiin sekä sähköisesti, että paperisena. Sähköiset materiaalit toimitettiin osallistujille kurssia varten luodun sähköpostiosoitteen kautta.

Kurssilla kerättiin palautetta strukturoidulla arviointilomakkeella (LIITE 2). Jokaisen ryhmä- ja yksilötapaamisen päätteeksi osallistujat täyttivät lomakkeen. Palautelomakkeessa oli seitsemän kohtaa: aiheen kiinnostavuus, toteutuksen sisältö, käytetyt menetelmät, toteutuksen materiaali, ajankäyttö, ohjaajien osaminen ja ryhmän toiminta. Kutakin aihealuetta arvioitiin asteikolla 1-5, jossa 1= huono, 2= välttävä, 3= tyydyttävä, 4= hyvä ja 5= erinomainen. Lisäksi lomakkeella oli tilaa vapaalle palautteelle, terveisille ja toiveille. Ensimmäisen ryhmäkerran jälkeen eräs osallistuja toivoi vapaassa palautteessa, että lomakkeeseen lisättäisiin kohta ” oma osallistuminen / aktiivisuus”. Huomioimme toiveen ja laajensimme palautekaavakkeen tältä osin.

Ennen ensimmäistä yksilöohjausta jokainen osallistuja kävi ohjaajien toteuttamassa terveystarkastuksessa. Terveystarkastus voi tarjota hyvän lähtökohdan pohtia mahdollisia terveysriskejä ja miettiä niiden poistamista elintapoja muuttamalla (Saarelma 2014). Terveystarkastukset toteutettiin Runosmäen terveysasemalla osana Turun Ammattikorkeakoulun ja TE-toimiston projektia, jossa opiskelijat toteuttavat terveystarkastuksia työttömille työnhakijoille. Terveystarkastuksessa kartoitettiin elintapoja ja tehtiin mittauksia (paino, pituus, vyötä-

rönympäryys, verenpaine, näkö, kuulo). Lisäksi osallistujat ohjattiin verikokeeseen, jossa mitattiin perusverenkuva, rasva-arvot ja paastosokeri. Terveystarkastuksessa esiin tulleita osallistujien terveysongelmia sekä elintapoihin liittyviä haasteita käytettiin perustana kurssin toteutuksessa sekä yksilöllisen ohjauksen suunnittelussa.

6.1 Ryhmätapaamiset

1. ryhmäkerta: Ryhmytyminen

Ryhmätapaamisten ensimmäinen kerta on ryhmähengen ja yleisen tunnelman luomisen kannalta tärkeä. Työskentelyn käynnistymistä ensimmäisellä kerralla voidaan helpottaa tutustumis- ja aktivoimisharjoituksella. Lisäksi voidaan sopia ryhmän toimintatavoista ja periaatteista, ns. yhteisistä pelisäännöistä, jotka voidaan kirjata ylös. (Pietiläinen 2015, 233-234.) Ensimmäisen ryhmäkerran tavoitteena oli tutustuttaa hieman ryhmäläisiä toisiinsa ja ohjaajiin sekä kerrata kurssin sisältöä. Lisäksi tavoitteena oli kerätä osallistujien odotuksia ja toiveita tulevan kurssin suhteen sekä saada jokainen osallistuja pohtimaan omia tavoitteitaan. Tutustuminen aloitettiin lyhyellä nimikierroksella ja toiseksi menetelmäksi valittiin toiminnallinen ryhmytymisharjoite (LIITE 3). Toisena ryhmytymismenetelmänä oli yhteisten pelisääntöjen luominen (LIITE 3). Samassa yhteydessä ryhmäläiset sitoutuivat kirjallisesti vaitiolovelvollisuuteen kurssilla käsiteltävää luottamuksellista sisältöä koskien.

Ensimmäisen kerran tavoitteet toteutuivat hyvin ja ryhmäläisten antama palaute oli pääsääntöisesti kiitettävää. Ryhmytyminen lähti hyvin alkuun; ryhmän sisäinen vuorovaikutus ja ryhmäläisten osallistuminen toiminnallisiin harjoitteisiin oli aktiivista ja luontevaa. Toiminnalliset harjoitukset tukivat tavoitteen saavuttamista. Kaikki osallistujat eivät pitäneet käytetyistä menetelmistä, mutta pääsääntöisesti osallistujien antama palaute menetelmistä oli numeerisesti arvioiden hy-

vää. Vapaasta palautteesta nousi esiin tutustumisleikkien vastenmielisyys sekä kuvanvalitsemistehtävien yleinen käyttö psykiatrisen hoitotyön puolella. Lisäksi vapaassa palautteessa esitettiin kehittämissuositus arviointilomakkeeseen liittyen; yhdeksi arvioinnin osa-alueeksi toivottiin omaa osallistumista ja aktiivisuutta. Kehittämissuositukseen reagoitiin muokkaamalla arviointilomaketta kehityssuosituksen mukaiseksi seuraaville osallistumiskerroille.

2. ryhmäkerta: Ravitseminen

Toisen ryhmäkerran aiheena oli ravitseminen. Mielenterveyden häiriöistä kärsivillä on todettu olevan epäterveellisemmät ruokailutottumukset (Jakabek ym. 2011, Wheeler ym. 2013;). Tavoitteena oli tarjota osallistujille ajankohtaista ja näyttöön perustuvaa ravitsemuskasvatusta ja yhdessä teorian ja toiminnallisten menetelmien avulla saada osallistujat itse miettimään ravitsemuksen tärkeyttä ja vaikutusta omaan elämään. Aluksi aihetta pohjustettiin ravitsemuksen teoriaa sisältävällä powerpoint -esityksellä. Teoriatiedon havainnollistamiseksi valittiin toiminnallinen menetelmä, jonka avulla osallistujat saivat soveltaa ja sisäistää oppimaansa. Osallistujat suorittivat pienryhmissä Ravitseminen-rastiradan (LIITE 4), joka sisälsi kolme ravitsemusaiheista rastia. Rastien tavoitteena oli käytännön esimerkkien avulla havainnollistaa elintarvikkeiden ravintoainesisältöjä ja annoskokoja sekä herätellä osallistujia löytämään elintarvikkeista terveelliset vaihtoehdot.

Toisen kerran tavoitteet täyttyivät. Ryhmäläiset seurasivat esitystä kiinnostuneina ja osallistuivat aktiivisesti vuoropuheluun esittäen kysymyksiä ja kertomalla omista kokemuksistaan liittyen ravitsemusteemaan. Ryhmäläisten palautteesta kävi ilmi, että ravitseminen aiheena oli erityisen kiinnostava ja sitä voisi osallistujien mielestä käsitellä useammankin kuin kaksi kertaa. Sisältö miellytti osallistujia ja lisäksi ryhmäläiset olivat tyytyväisiä käytettyihin menetelmiin ja materiaaleihin. Vapaassa palautteessa eräs osallistuja kritisoi materiaalin lähdekritiikit-

tömyyttä ja antoi kiitosta yksilöllisyyden huomioimisesta ravitsemuksesta puhuttaessa.

3. ryhmäkerta: Ravitsemus

Kolmannella ryhmäkerralla jatkettiin ravitsemusteemalla, jossa tällä kertaa painopistealueina olivat ateriarytmi sekä monipuolisen ruokavalion koostaminen. Lisäksi aiheena oli syömiseen liittyvät tunteet ja syömisen hallintaan liittyvät haasteet. Tutkimusten mukaan mielenterveysongelmaisilla henkilöillä ateriarytmin noudattaminen ja oikeat annoskoot ovat vaikeita (Weissman ym. 2006, Tolosen 2011, 17 mukaan). Tunnesyömisen on todettu olevan yhteydessä masennusoireisiin (Goldschmidt ym. 2013). Ryhmäkerran tavoitteena oli antaa teoriasisällön ja toiminnallisten harjoitteiden kautta osallistujille käytännön vinkkejä terveellisen ja monipuolisen ruokavalion sekä säännöllisen ateriarytmin suunnitteluun ja toteutukseen. Tavoitteena oli myös antaa painonhallinnan tukemiseksi työkaluja omaan syömiseen liittyvien tunteiden sekä syömisen hallintaan liittyvien riskitilanteiden tunnistamiseen.

Toteutuskerta aloitettiin ravitsemukseen liittyvällä powerpoint -esityksellä. Teoriasisällön jälkeen osallistajat tekivät toiminnallisen harjoitteen (LIITE 5a) muovisia malliruokia apuna käyttäen. Sen tarkoituksena oli havainnollistaa teoriaopetuksen sisältöä käytännössä ja edistää sitä kautta oppimista.

Tauon jälkeen siirryttiin ryhmäkerran toiseen teemaan eli tunne- ja impulsiiviseen syömiseen. Teema aloitettiin jälleen aiheeseen liittyvällä powerpoint -esityksellä. Teoriasisällön jälkeen aihetta käsiteltiin kolmen case-harjoituksen (LIITE 5b) kautta. Osallistajat keskustelivat pareittain harjoitusten caseista eli esimerkkitapauksista ja tämän jälkeen niistä käytiin ohjaajan johdolla ryhmäkeskustelu. Toiminnallisen harjoitteen tarkoitus oli saada osallistajat pohtimaan ja peilaamaan esimerkkitapausten kautta omaan syömiseensä liittyviä tunteita.

Kotitehtäväksi osallistujat saivat pohtia ja kirjata ohjaavien kysymysten avulla syömiseensä liittyviä tunteita ja syömisen hallintaan liittyviä erityistilanteita.

Ryhmäkerralle asetetut tavoitteet täyttyivät hyvin. Osallistujat olivat etenkin toiminnallisissa harjoituksissa aktiivisia ja rakentavien ryhmäkeskusteluiden kautta saatiin käsiteltyihin aiheisiin uusia näkökulmia ja edistettiin näin oppimista. Ryhmäkerran palaute oli kaikilla osa-alueilla pääsääntöisesti hyvää tai erinomaista. Osallistujat kokivat aiheen erittäin mielenkiintoiseksi ja olivat tyytyväisiä sekä sisältöön että käytettyihin menetelmiin. Vapaassa palautteessa annettiin kiitosta siitä, että sisällössä pyrittiin etsimään ruoan tilalle muita vaihtoehtoja itsensä palkitsemiselle.

4.ryhmäkerta: Muutosprosessi, motivaatio ja tavoitteet

Keskeisiä käyttäytymismuutoksen ohjauksessa käytettyjä menetelmiä ovat muuan muassa muutosaikeen muodostaminen, muutoksen etujen ja haittojen pohdinta, selkeiden tavoitteiden asettaminen, muutoksen toteutumisen seuranta, huomion kiinnittäminen myönteisiin seurauksiin ja onnistumisiin, kannustimien käyttö, ongelmien- ja stressinhallintakeinot sekä muutosta uhkaavien tekijöiden tunnistaminen (Duodecim 2013). Neljännellä ryhmäkerralla aiheena oli elintapamuutokseen liittyvä muutosprosessi ja siihen liittyvät vaiheet sekä motivaatio ja sen ylläpito. Lisäksi käytiin läpi hyvien ja realististen tavoitteiden asettamista ja rajoittavien uskomusten vaikutusta muutoksen onnistumiseen. Ryhmäkerran tavoitteena oli saada osallistujat ymmärtämään muutos prosessiluonteisena tapahtumana, oppimaan muutoksen eri vaiheisiin liittyvät erityispiirteet sekä pohtimaan omaa itseä muutoksen tekijänä. Tavoitteena oli myös tarjota tietoa motivaatiosta ja sen ylläpidosta sekä elintapamuutokseen liittyvien pää- ja välitavoitteiden asettamisen merkityksestä.

Ryhmäkerta aloitettiin aiheeseen liittyvällä powerpoint -esityksellä. Teoriaosion jälkeen osallistujat tekivät case -harjoituksen (LIITE 6a), jossa viime kerralta tuttuun tapaan pareittain pohdittiin esimerkkitapauksen kautta rajoittavien uskomusten vaikutusta ja tämän jälkeen aiheesta käytiin ohjaajan johdolla ryhmäkeskustelu. Toiminnallisen harjoitteen tavoitteena oli tehostaa käsitellyn aiheen sisäistämistä. Kotitehtäväksi osallistujat saivat kaksiosaisen tehtävän. Toinen osa koostui SWOT-analyysin (LIITE 6b) teosta. Swot-analyysissä henkilö arvioi esimerkiksi muutoksen toteutumiseen liittyviä vahvuuksia (Strengths), heikkuuksia (Weaknesses), mahdollisuuksia (Opportunities) sekä uhkia (Treaths) nelikenttäpiirroksen avulla. Ihminen voi käyttää SWOT-analyysia esimerkiksi oman toiminnan tai omien ominaisuuksien arviointiin. (Salmimies & Ruutu 2009, 143.) Kotitehtävän toinen osa oli Korvaava tapa-tehtävä (LIITE 7). Tehtävässä osallistujien tuli alustavasti tarkastella jotakin sellaista elintapoihin liittyvää haitallista tapaa, josta haluaisivat pyrkiä eroon ja pohtia korvaavaa tapaa haitallisen tilalle. Pohdintaa jatkettiin yksilöohjauksessa kunkin osallistujan kanssa.

Ryhmäkerran tavoitteet täyttyivät erittäin hyvin. Ryhmäkeskustelujen kautta havaittiin, että osallistujat olivat sisäistäneet hyvin opetettuja asioita. Lisäksi ryhmäkeskustelut olivat ryhmän osalta aktiivisia ja rakentavia, mikä edisti uusien asioiden oppimista ja samalla ryhmän sisäisen luottamuksen rakentumista. Palaute ryhmäkerrasta oli hyvää tai erinomaista. Palautteen perusteella aihe oli ollut osallistujista kiinnostava ja he olivat olleet tyytyväisiä toteutuksen sisältöön, käytettyihin menetelmiin sekä jaettuun materiaaliin. Numeerisella asteikolla (1-5) osallistujat olivat kaikilla osa-alueilla antaneet arvosanoiksi 4 tai 5. Osallistujista muutama oli antanut omalle osallistumiselleen arvosanan 3.

5.ryhmäkerta: Hyvinvointiin vaikuttavat tekijät

Viidennen ryhmäkerran aihe oli hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Unihäiriöt ovat yhteydessä lähes kaikkiin mielenterveyden häiriöihin (Lindberg ym. 2004, 3039). Mielenterveydenhäiriöistä kärsivät ovat lisäksi fyysisesti passiivisempia muuhun

väestöön verrattuna (Ussher ym. 2007, Korkeila & Korkeila 2008, Wheeler ym. 2013). Tavoitteena oli tarjota osallistujille tietoa vuorokausirytmien merkityksestä hyvinvointiin sekä liikunnan, ravinnon ja levon muodostamasta niin sanotusta hyvinvoinnin kolmiosta, jossa kaikki osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Tavoitteena oli, että osallistujat ymmärtävät mitkä kaikki asiat vaikuttavat päivittäiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen sekä millä valinnoilla he voivat itse vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa. Toiminnallisten harjoitusten tarkoituksena oli syventää aihetta sekä tehostaa oppimista.

Ryhmäkerta alkoi harjoituksella, jossa osallistujat saivat itsenäisesti pohtia ja kirjata ylös mitkä asiat ovat heidän hyvinvointiaan lisääviä ja mitkä puolestaan heikentäviä tekijöitä. Harjoituksen jälkeen aihetta pohjustettiin teoriasisällöllisellä powerpoint-esityksellä, jonka jälkeen oli lyhyt tauko. Tauon jälkeen jatkettiin toiminnallisella harjoituksella (LIITE 8), jossa osallistujat ensin kirjasivat ylös tämänhetkisen vuorokausirytmensä käyttäen apunaan tähän tarkoitettua kaava-ketta. Tämän jälkeen tuli luoda huoneentaulu omasta ihanteellisesta vuorokausirytmistä. Osallistujia pyydettiin lisäämään vuorokauteen alussa pohtimiaan hyvinvointia edistäviä asioita sekä pohtimaan missä välissä olisi hyvä ruokailla, levätä ja liikkua. Huoneentaulun teossa sai käyttää luovuutta ja tarjolla oli erilaisia kuvia ja tarroja, joita saattoi käyttää tuotoksen kuvittamiseen. Toiminnallisen harjoituksen tavoite oli herätellä osallistujia miettimään omaa nykyistä vuorokausirytmäänsä sekä ihanteellista vuorokausirytmäänsä ja pohtia keinoja ihanne-rytmien saavuttamiseen.

Ryhmäkerran tavoitteisiin päästiin hyvin. Ryhmä oli vastaanottavainen ja diaesityksen aikana heräsi avointa keskustelua sekä mielipiteiden vaihtoa. Jokainen osallistuja ryhtyi mielellään tekemään toiminnallista harjoitetta ja kertoi avoimesti toteuttamastaan huoneentaulusta omalla vuorollaan. Ryhmäkerran palaute oli pääsääntöisesti hyvää tai erinomaista (arvosanat 4-5). Kaksi osallistujaa piti

aihetta ja toteutuksen sisältöä tyydyttävänä (arvosana 3). Ajankäyttöä oli arvioitu arvosanoin 3 ja 4.

6. ryhmäkerta: Seksuaalisuus ja päihteet

Monet mielenterveyden häiriöistä kärsivät tupakoivat ja käyttävät alkoholia runsaasti (ETENE 2009, 17). Myös seksuaaliset ongelmat ovat yleisiä mielenterveyspotilailla. Ongelmat voivat johtua psykiatrisen sairauden tai sen hoitoon käytettyjen lääkkeiden vaikutuksesta. (Väestöliitto 2010.) Kuudennen ryhmäkerran tarkoituksena oli antaa tietoa seksuaalisuudesta sekä päihteistä ja niiden vaikutuksesta terveyteen ja hyvinvointiin. Tavoitteena oli, että osallistujat saavat tietoa oman seksuaaliterveytensä edistämisestä, seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista ja niiden hoitomahdollisuuksista sekä psykiatrisen sairauden vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Lisäksi tavoitteena oli antaa tietoa päihteistä sekä herätellä osallistujia pohtimaan omaa päihteidenkäyttöään ja sen vaikutuksia terveyteensä. Ryhmäkerran sisällöstä rajattiin pois huumausaineet, koska yksikään kurssin osallistuja ei alkukartoituksessa ilmoittanut käyttäneensä huumausaineita. Sisällöstä haluttiin tehdä mahdollisimman hyvin kohderyhmän tarpeita vastaava, jolloin em. perusteella huumausaineiden rajaaminen pois sisällöstä voitiin katsoa tarkoituksenmukaiseksi.

Ryhmäkerta aloitettiin powerpoint –esityksellä, jossa käsiteltiin seksuaalisuutta ja siihen liittyviä ongelmia. Tauon jälkeen siirryttiin ryhmäkerran toiseen aiheeseen, joka oli päihteet ja niiden vaikutus terveyteen. Aihetta alustettiin powerpoint –esityksellä, jonka jälkeen käytiin vapaamuotoinen ryhmäkeskustelu päihteidenkäytöstä sekä osallistujien päihteisiin liittyvistä kokemuksista. Teoriasisällön jälkeen ryhmäkerran aiheita käsiteltiin case -harjoitusten kautta (LIITE 9). Ryhmäkerran case -harjoituksissa käsiteltiin muuan muassa seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia, kuten haluttomuutta ja toiminnallisia häiriöitä. Yhdessä case -harjoituksessa aiheena oli lisäksi päihteidenkäyttö. Harjoitusten tavoitteena oli saada osallistujat pohtimaan esimerkkitapausten kautta omaa seksuaalisuut-

taan ja siihen mahdollisesti liittyviä ongelmia sekä pyrkiä saamansa teorian tiedon ja ryhmätyöskentelyn kautta löytämään erilaisia ratkaisuja, joita heidän on mahdollista hyödyntää myös omassa elämässään. Osallistujat keskustelivat aluksi pareittain esimerkkitapauksista, jonka jälkeen niistä käytiin ohjaajan johdolla ryhmäkeskustelu.

Ryhmäkerran tavoitteet täyttyivät hyvin. Osallistujat osallistuivat aktiivisesti esittäen kysymyksiä teoriasisältöön liittyen. Myös ryhmäkeskusteluissa osallistujat osoittivat aktiivisuutta. Ryhmäkerran aihe oli aiempiin nähden henkilökohtaisempi, mutta siitä huolimatta ryhmäkeskustelut olivat avoimia ja niissä pyrittiin aktiivisesti etsimään esimerkkitapausten ongelmiin ratkaisuja. Avoin ilmapiiri osoitti hyvää ryhmän sisäistä luottamusta. Ryhmäkerran palaute oli pääsääntöisesti hyvää tai erinomaista. Osallistujat olivat arvioineet aiheen kiinnostavuutta, ajankäyttöä, sisältöä sekä käytettyjä menetelmiä numeerisella asteikolla (1-5) arvosanoin 4 tai 5. Enemmistö osallistujista oli arvioinut ohjaajien osaamista sekä omaa ja ryhmän toimintaa arvosanoin 4 tai 5. Yksi osallistuja oli arvioinut aiheen kiinnostavuutta arvosanalla 4 ja muita em. osa-alueita arvosanoin 2 tai 3.

7. ryhmäkerta: Liikunta

Liikunnalla on suuri merkitys somaattiselle terveydelle sekä toimintakyvylle. Liikunta saattaa myös vähentää psyykkisiin sairauksiin liittyviä harhoja ja parantaa unen laatua sekä auttaa lisäämään pystyvyyden tunnetta. Ryhmäliikunnan harastaminen vähentää sosiaalista eristäytymistä sekä vaikuttaa myönteisesti itsetunnon häiriöihin (Korkeila & Korkeila 2008). Seitsemännellä ryhmäkerralla aiheena oli ohjattu ryhmäliikunta. Liikuntakerta toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun tiloissa. Liikuntakerran ohjelma (LIITE 10) muodostui alkulämmittelystä, kuntopiiriharjoittelusta sekä lihashuollosta, joka toteutettiin venyttelemällä. Lopuksi osallistujat saivat vielä halutessaan käydä maksuttomasti uimassa koulun uimahallissa.

Ryhmäkerran tavoite oli innostaa osallistujia liikkumaan sekä esitellä edullisia tai ilmaisia liikuntamuotoja, joita voi tehdä myös omatoimisesti kotona. Lisäksi tavoitteena oli antaa liikunnasta positiivinen käsitys hyvän olon tuottajana ja itsetunnon kohentajana sekä stressin purkamiskeinona. Ryhmäkerran toteutuksessa päästiin tavoitteisiin. Ryhmäläiset antoivat liikuntakerrasta hyvää tai erinomaista palautetta (arvosanat 4 ja 5). Jokainen osallistuja liikkui innokkaasti, vaikka muutama meinasi luovuttaa turhan herkästi. Ohjaajien kannustuksesta ryhmä sai kuitenkin motivaatiota ja jokainen jaksoi liikkua. Puolet osallistujista meni vielä itsenäisesti uimaan. Ryhmäkerran päätteeksi osallistujat saivat vielä kotitehtäväksi suunnitella ja toteuttaa viimeisen ryhmäkerran terveellistä linjaa noudattavat ruokatarjoilut. Tehtävä oli itsenäinen ryhmätehtävä ja sen tarkoitus oli ohjata osallistujat ottamaan itse vastuuta oman terveytensä edistämisestä.

8.ryhmäkerta: Kurssin intensiivivaiheen päätöskerta

Ryhmäohjauksessa viimeinen ryhmätapaaminen ja ryhmän hallittu lopetus on tärkeää, koska se mahdollistaa ryhmän jäsenille kokemuksen siitä, että ryhmässä opittu ja koettu kantaa eikä ryhmäläinen jää oman onnensa nojaan ryhmän loputtua (Pietiläinen ym. 2015). Kurssin intensiivivaiheen päätöskerran tavoitteena oli käydä avointa ja aktiivista ryhmäkeskustelua kurssin toteutukseen ja kurssin päättymiseen sekä omaan elintapamuutosprosessiin liittyvistä asioista. Lisäksi tavoitteena oli motivoida ja kannustaa osallistujia positiivisen palautteen ja vertaistuen kautta jatkamaan muutosprosessia myös intensiivivaiheen päättymisen jälkeen.

Ryhmäkerta aloitettiin vapaamuotoisella ryhmäkeskustelulla, jossa ohjaaja käytti apunaan ohjaavia kysymyksiä. Keskustelussa käsiteltiin kurssin aikana heränneitä ajatuksia omaan muutosprosessiin sekä kurssin toteutukseen liittyen. Osallistujat antoivat myös palautetta kurssin toteutuksesta ohjaajille sekä ryhmän toiminnasta toisilleen. Osallistujat kertoivat lisäksi tekemistään elintapamuutoksista sekä niiden vaikutuksista omaan terveyteensä, jonka jälkeen muu

ryhmä antoi positiivista palautetta kyseiselle osallistujalle. Ryhmäkeskustelun päätteeksi ohjaavat antoivat osallistujille palautetta kurssille osallistumisesta ja ryhmään sitoutumisesta, muutosten toteuttamisesta sekä ryhmätoiminnasta.

Viimeisellä ryhmäkerralla osallistujille jaettiin myös Ravitsemuksen työkirja. (LIITE 17). Työkirjassa on esitelty vinkkejä terveellisen ruokavalion kokoamiseen ja lisäksi siitä löytyy tehtäviä, joiden tarkoituksena on aktivoida käyttäjää hankkimaan itse tietoa terveellisestä ravitsemuksesta sekä samalla toteuttaa itsenäistä vastuunottoa oman terveytensä edistämisestä. Työkirjan sisältö sekä käyttö esiteltiin osallistujille.

Ryhmäkerran lopuksi osallistujat antoivat palautteen koko kurssin sisällöstä strukturoidulla arviointilomakkeella (LIITE 2). Lisäksi osallistujilta kerättiin sanallinen palaute kurssin toteutuksesta erillisellä kurssipalautelomakkeella (LIITE 16). Palautteen sisältö käydään läpi kappaleessa 7. Kirjallisen palautteenannon jälkeen vuorossa oli ruokatarjoilu, jonka osallistujat olivat ryhmätyönä suunnitelleet ja valmistaneet. Ryhmä oli lisäksi huolehtinut omatoimisesti ruokien esillepanosta. Ennen tarjoilua osallistujat kertoivat ruokien sisällöstä ja käytetyistä raaka-aineista sekä niiden terveyttä edistävästä vaikutuksesta.

Ryhmäkerralle asetetut tavoitteet täyttyivät erinomaisesti. Ryhmäkeskustelu oli aktiivista ja osallistujat toivat monipuolisesti esiin ajatuksiaan omaan muutosprosessiinsa, kurssin toteutukseen sekä ryhmään liittyen. Osallistujat antoivat myös kannustavaa palautetta toisilleen saavutetuista muutoksista. Ruokatarjoilun toteuttaminen itseohjautuvasti ryhmätyönä tuki koko kurssille asetettua tavoitetta saada osallistujat itse ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja sen edistämisestä.

6.2 Yksilöohjaus

Yksilöohjausta voidaan käyttää elintapaohjauksessa yhtenä menetelmänä ryhmäohjauksen rinnalla (Pietiläinen ym. 2015, 228). Kurssilla toteutettiin kolme yksilötapaamista, jotka sijoituivat kurssin alkuun, keskivaiheeseen sekä loppuun. Tapaamisten rakenne perustui jokaiselle tapaamiskerralle erikseen luotuun ohjaajan runkoon (LIITE 11, LIITE 12, LIITE13), johon oli koottu tapaamiskerran keskeinen sisältö ja ohjaajan tehtävät. Ohjausrungon käytöllä varmistettiin ohjauksen laadullinen ja sisällöllinen yhtenäisyys ohjaajasta riippumatta.

Ohjauksessa hoitosuhteen jatkuvuus edistää muutosprosessin tukemista (Marttila, 2010). Yksilötapaamisia varten osallistujille oli kurssin alussa määritetty satumanvaraisella valinnalla henkilökohtainen omaohjaaja, joka oli jompikumpi kurssin ohjaajista. Omaohjaaja oli sama jokaisella yksilötapaamiskerralla, millä pyrittiin edistämään luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentumista ohjaajan ja ohjattavan välille. Kurssin kummallakin ohjaajalla oli neljä omaohjattavaa. Yksilötapaamisilla ohjaaja käytti menetelmänä motivoivaa haastattelua. Motivoivan haastattelun käyttö potilaskeskeisen ohjauksen menetelmänä on todettu edistävän yliainoisten painonpudotusta (Armstrong ym. 2011). Jokaisen yksilötapaamisen päätteeksi osallistuja antoi palautetta arviointilomakkeella (LIITE 2) saamastaan ohjauksesta sekä omasta osallistumisestaan. Arviointilomake oli sama kuin ryhmätapaamisten arviointiin käytetty lomake.

1.yksilöohjaus

Ensimmäisen yksilöohjaustapaamisen tarkoitus oli määrittää osallistujan alkutilanne sekä elintapoihin ja terveyteen liittyvät muutostarpeet. Tavoitteena oli, että jokainen osallistuja asettaa itselleen omien yksilöllisten muutostarpeidensa perusteella toteuttamiskelpoiset väli- ja kokonaistavoitteet elintapamuutoksen toteutusta varten. Lisäksi tavoitteena oli antaa osallistujille heidän yksilöllisiä

muutostarpeitaan vastaavaa ohjausta sekä tarjota näyttöön perustuvia keinoja muutostavoitteiden toteuttamiseksi. Yksilötapaamisen kesto oli 45 minuuttia.

Ohjauskeskustelun aluksi osallistujan kanssa käytiin läpi terveystarkastusten laboratoriokokeiden vastaukset. Osallistujille selvitettiin lyhyesti eri laboratoriovastausten sisältö sekä viralliset viitearvot ja verrattiin viitearvoja osallistujan omiin tuloksiin. Mikäli jonkin kokeen arvot olivat poikkeavat, selvitettiin osallistujalle jatkohoitoon liittyvät asiat ja annettiin kyseisten arvojen poikkeavuuteen liittyvä Käypähoito-suositus (potilasohje). Lisäksi kaikille osallistujille annettiin ohjausta siitä, miten verikokein mitattuihin arvoihin voi vaikuttaa omilla elintavoilla.

Ohjauskeskustelussa osallistuja määritteli ohjaajan tuella omat yksilölliset terveystavoitteensa liittyvät muutostarpeet. Muutostarpeiden määrittelyssä käytettiin apuna laboratoriokokeiden tuloksia, terveystarkastuksen alkukartoituslomakkeen tietoja ja fysiologisten mittausten tuloksia sekä kotitehtävänä ollutta ruokapäiväkirjaa. Lisäksi osallistuja perusteli miksi haluaa kyseisiin terveysongelmiin muutosta. Tällä pyrittiin herättelemään osallistujan motivaatiota ja muutoshalukkuutta. Osallistuja kirjasi muutostarpeensa henkilökohtaiseen elintapojen muutossuunnitelmaansa (LIITE 14). Muutostarpeidensa perusteella osallistuja asetti ohjaajan tuella itselleen kokonaistavoitteen sekä kolme välitavoitetta ja määritteli ajankohdan, jolloin uskoo saavuttaneensa nämä tavoitteet. Osallistuja kirjasi tavoitteet määräaikoineen muutossuunnitelmaansa. Osallistujien tavoitteet liittyivät pääsääntöisesti painonpudotukseen, ravitsemukseen sekä liikunnan lisäämiseen. Ohjauskeskustelussa osallistuja myös määritteli ohjaajan kanssa yhdessä ne keinot, joilla aikoo saavuttaa henkilökohtaiset tavoitteensa. Keinojen valinnassa painotettiin niiden soveltuvuutta osallistujan elämäntilanteeseen ja voimavaroihin.

Käyttäytymisen muutoksen ohjauksessa voidaan menetelminä käyttää mm. muutoksen ylläpitoa uhkaavien tekijöiden tunnistamista ja hallintaa sekä kannustimien käyttöä (Duodecim 2013). Yksilötapaamisen päätteeksi osallistuja ohjattiin pohtimaan omia voimavarojaan sekä muutosprosessia tukevia sekä mahdollisesti uhkaavia tekijöitä ja kirjaamaan esille tulleet asiat henkilökohtaiseen elintapojen muutossuunnitelmaan. Pohdinnan tukena käytettiin kotitehtävänä ollutta SWOT-analyysiä (LIITE 6b). Lisäksi osallistuja määritteli ohjaajan tuella henkilökohtaiset kannustimet, joilla palkitsee itsensä tavoitteiden saavuttamisesta ja edistää näin ollen muutoksen toteutumista ja motivaation ylläpitoa.

Yksilötapaamiskerralle asetetut tavoitteet täyttyivät. Jokaisen osallistujan muutossuunnitelma sisälsi asetetut tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Lisäksi jokainen osallistuja sai yksilöllisiä tarpeitaan vastaavaa ohjausta ja neuvontaa. Osallistujien antama palaute yksilöohjauksesta oli pääsääntöisesti hyvää tai erinomaista; enemmistö oli antanut kaikilla osa-alueilla arvosanaksi 4 tai 5. Ainoastaan yksi osallistuja oli antanut käytetyistä menetelmistä arvosanaksi 2 ja muun muassa ajankäytöstä ja ohjaajien osaamisesta sekä omasta osallistumisestaan arvosanan 3.

2. yksilöohjaus

Keskeisiä käyttäytymismuutoksen ohjauksessa käytettyjä menetelmiä ovat muutoksen toteutumisen seuranta ja huomion kiinnittäminen myönteisiin seurauksiin ja onnistumisiin (Duodecim 2013.) Toisen yksilötapaamisen tarkoitus oli seurata osallistujan muutosprosessin toteutumista sekä antaa palautetta jo toteutuneista muutoksista. Tapaamisen tavoitteena oli, että osallistuja saa palautetta tekemistään muutoksista ja kykenee sen perusteella arvioimaan oman muutoksensa toteutumista sekä muokkaamaan palautteen pohjalta toimintaansa tavoitteiden saavuttamiseksi. Yksilötapaamisen kesto oli 30 minuuttia.

Ohjauskeskustelun pohjana käytettiin ensimmäisellä yksilötapaamiskerralla tehtyä henkilökohtaista elintapojen muutossuunnitelmaa (LIITE 14). Keskustelussa pyrittiin selvittämään, mitkä asiat olivat edistäneet tai heikentäneet osallistujan muutoksen toteutumista. Lisäksi tarkasteltiin osallistujan käyttämiä keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi; pyrittiin vahvistamaan hyväksi havaittuja keinoja sekä etsimään toimimattomien keinojen tilalle vaihtoehtoisia näyttöön perustuvia menetelmiä. Käynnin päätteeksi osallistuja ja ohjaaja tekivät yhdessä yhteenvedon jatkossa käytettävistä keinoista, jotta osallistujalla olisi selkeä suunnitelma miten pyrkiä kohti asettamia tavoitteita.

Yksilötapaamiselle asetetut tavoitteet täyttyivät. Osallistajat saivat palautetta tekemistään muutoksista ja tarvittaessa arvioivat uudelleen tavoitteitaan sekä pohtivat käytettäviä keinoja karttuneen tiedon perusteella. Osallistujien antama palaute oli pääsääntöisesti hyvää tai erinomaista. Numeerisella asteikolla osallistajat antoivat yhtä lukuun ottamatta kaikista osa-alueista arvosanaksi 4 tai 5. Yksi osallistuja arvioi käytettyjä menetelmiä ja materiaaleja sekä sisältöä arvosanalla 3. Vapaassa palautteessa yksi osallistuja antoi kiitosta aidosti välittävästä ohjauksesta, jossa ei syyllistetä.

3. yksilöohjaus

Elintapaohjauksessa on tärkeää tunnistaa missä muutosvaiheessa osallistuja on, koska muutoksen eri vaiheissa olevat henkilöt hyötyvät erilaisesta ohjauksesta (Marttila 2010). Viimeisen yksilötapaamisen tarkoitus oli kartoittaa, missä vaiheessa muutosprosessia osallistuja on ja onko hän saavuttanut ensimmäisen välitavoitteensa. Tavoitteena oli, että osallistuja hahmottaa oman muutosprosessinsa senhetkisen tilanteen, saa palautetta tekemistään muutoksista sekä tarvittaessa muokkaa toimintaansa saadun palautteen ja ohjauksen perusteella. Lisäksi tavoitteena oli antaa osallistujalle sellaisia työkaluja, joilla muutoksen ylläpito mahdollistuu kurssin intensiivivaiheen päättymisen jälkeenkin. Yksilötapaamisen kesto oli 45 minuuttia.

Ohjauskeskustelun aluksi osallistuja täytti muutosvaihelomakkeen (LIITE 15), jonka tarkoituksena oli herätellä osallistujaa havaitsemaan missä vaiheessa muutosprosessia hän todellisuudessa on, ja mitä toimenpiteitä hän aikoo tehdä, jotta pääsisi muutosprosessin seuraavaan vaiheeseen. Lomaketta käytettiin henkilökohtaisen elintapojen muutossuunnitelman (LIITE 14) ohella ohjauskeskustelun pohjana.

Ohjauskeskusteluissa tuli esille, että enemmistö osallistujista oli saavuttanut ensimmäisen välitavoitteen ja tästä annettiin osallistujille kannustavaa palautetta. Keskustelussa pyrittiin motivoimaan osallistujaa ohjaamalla häntä havaitsemaan jo saavutetut asiat sekä niiden myönteiset vaikutukset omaan terveyteen. Ohjaamalla havainnoimaan omia saavutuksia ja aiempaa toimintaa pyrittiin myös lisäämään osallistujan pystyvyyden tunnetta, joka vaikuttaa myönteisesti elintapojen muutosten toteuttamiseen (vrt. Absetz & Hankonen 2011, 2267-2268).

Tapaamisen päätteeksi ohjaaja ja osallistuja tekivät yhteenvedon niistä menetelmistä ja keinoista, joilla asiakas pyrkii seuraavaan muutosvaiheeseen ja ne kirjattiin muutosvaihelomakkeeseen. Muutosvaihelomake sekä elintapojen muutossuunnitelma jäivät asiakkaalle itselleen henkilökohtaiseksi työvälineeksi tukemaan muutoksen toteuttamista myös kurssin intensiivivaiheen päättymisen jälkeen.

Yksilötapaamiselle asetetut tavoitteet täyttyivät kaikkien osallistujien kohdalla. Jokainen osallistuja tuli tietoiseksi oman muutosprosessinsa vaiheesta sekä sai palautetta aikaisemmasta toiminnastaan. Lisäksi jokainen osallistuja kirjasi itselleen ne keinot, joita aikoo jatkossa käyttää muutoksen toteuttamisessa. Osallistujien antama palaute oli pääsääntöisesti hyvää tai erinomaista. Numeerisella

asteikolla (1-5) enemmistö osallistujista antoi kaikilla osa-alueilla arvosanaksi 4 tai 5. Yksi osallistuja arvioi toteutuksen sisältöä ja materiaaleja sekä ohjaajien osaamista arvosanalla 3.

7 OSALLISTUJILTA SAATU KURSSIPALAUTE

Kurssin palautetilaisuuden yhteydessä osallistujilta kerättiin sekä numeerinen että sanallinen palaute koko kurssista. Numeerisessa palautteenannossa käytettiin samaa arviointilomaketta (LIITE 2) kuin yksittäisten toteutuskertojen arvioinnissa. Sanallista palautteen antoa varten käytettiin erillistä kurssipalautelomaketta (LIITE 16), jossa osallistujia pyydettiin arvioimaan seuraavia osa-alueita: kurssin aiheet ja toteutuksen sisältö, käytetyt menetelmät, toteutuksen materiaali, kurssin pituus ja ajankäyttö, ohjaajien osaaminen sekä ryhmän toiminta ja oma osallistuminen. Lisäksi osallistujia pyydettiin sanallisesti erittelemään mitä hyvää tai kehitettävää kurssilla oli. Molemmissa lomakkeissa oli mahdollisuus myös vapaamuotoiseen palautteenantoon. Tähän kappaleeseen on osa-alueittain koottu yhteenveto osallistujilta saadusta palautteesta. Jokaisen osa-alueen kohdalla on ilmoitettu osallistujien antaman numeerisen palautteen keskiarvo yhden desimaalin tarkkuudella sekä sanallisen palautteen keskeisin sisältö ja sitä parhaiten kuvaavia lainauksia annetusta palautteesta. Vapaamuotoinen palaute on integroitu osa-alueiden yhteyteen aihepiireittäin.

7.1 Tapaamiskertojen sisältö ja aiheet

Numeerisen palautteen keskiarvo: 4,5

Sanallinen palaute: Kurssille valittuja aiheita pidettiin pääsääntöisesti mielenkiintoisina ja monipuolisina. Osallistajat kokivat saaneensa hyödyllistä tietoa esimerkiksi ravitsemukseen liittyen. Tyytyväisiä oltiin muun muassa siihen, että elintapojen muutoksessa käsiteltiin myös tapojen syntymekanismia, jonka ymmärtäminen auttaa tapojen muuttamisessa. Yksi osallistuja toivoi, että kurssilla olisi käsitelty enemmänkin aiheita. Myös hengitystekniikkaan liittyvää ohjausta olisi toivottu.

"Aiheet olivat monipuolisia. Ei keskitytty vain ravitsemukseen ja liikuntaan, mitä tällaisessa helposti on."

"Alkoholi ja seksuaalisuus kerta oikein tarpeellisia. Ei ollut turhaa kainostelua, jota vieläkin joillakin esiintyy. Saatiin alkujäykkyyden jälkeen oikein hyvä keskustelu."

"Hyvä, kun pohditaan myös asioiden syitä ja lähtökohtia, mutta ei jäädä pelkäämään niihin."

"Tuli tosi tarpeeseen. Nyt pitää vaan koittaa jatkaa."

"KIITOS PALJON hyödyllisestä ja antoisasta kurssista! <3 "

7.2 Käytetyt menetelmät

Numeerisen palautteen keskiarvo: 4,3

Sanallinen palaute: Osallistujat pitivät käytettyjä menetelmiä hyvinä, mielenkiintoisina sekä nykyaikaisina. Luentoja pidettiin hyödyllisinä ja kiitosta keräsi esimerkiksi niiden selkeys sekä lähteiden mainitseminen esityksissä. Tapaamiskertojen tehtäviä pidettiin sopivan pituisina, jotta niihin jaksoi keskittyä ja tehtävien purkuun jäi riittävästi aikaa. Yksilöohjaus ja ryhmätehtävät oli koettu hyödyllisinä. Yksi osallistuja toi kehitettävä asiana esiin sen, että kotitehtäviä jäi jonkin verran käsittelemättä.

"Yksilöohjaus tärkeää. Henkilökohtaista neuvontaa, voi kysellä."

"Erityisen hyvää olivat mielestäni vuorovaikutukselliset spontaanit keskustelut."

"Liikuntakertoja voisi olla enemmän"

7.3 Toteutuksen materiaali

Numeerisen palautteen keskiarvo: 4,5

Sanallinen palaute: Enemmistö osallistujista arvioi kurssilla jaetun materiaalin hyväksi. Materiaalia oli palautteen perusteella ollut riittävästi ja kiitosta keräsi esimerkiksi materiaalin kattavuus. Erityisesti ravitsemukseen liittyvät ohjeet oli koettu tarpeellisiksi ja hyödyllisiksi.

"Materiaali selkeää. Joskus olisi hyvä tietää, mihin tutkimukseen jokin suositus perustuu."

"Sain paljon vinkkejä ruoanlaittoon."

"Tarpeellisia, varsinkin ravitsemusohjeet jne. Enemmänkin olisi voitu jakaa ehkä materiaalia."

"Ollut riittävästi, hyvä ruokapäiväkirja ja jumppaohjeet kuvilla."

7.4 Ajankäyttö

Numeerisen palautteen keskiarvo: 3,4

Sanallinen palaute: Kaikki osallistujat pitivät kurssin pituutta joko sopivana tai riittävänä. Neljä osallistujaa kahdeksasta toivoi, että kurssi olisi jatkunut hieman pitempään. Tapaamiskertojen ajankäyttöä arvioitaessa palautteesta nousi esiin aikataulujen pitämättömyys. Palautteessa tuotiin esiin, että toteutuskertojen pituus olisi voinut olla pidempi, jolloin aikatauluissa olisi pysytty paremmin. Ajankäytön haasteista huolimatta keskusteluja pidettiin kuitenkin tärkeinä.

"Ajankäyttö oli venyvää. Olisi hyvä että aika josta sovittiin pitäisi."

"Aikaa olisi saanut olla pitempäänkin että olisi saanut enemmän irti kerroista."

"Tauotus itselleni hyvä/riittävä. Henkilökohtaisten tapaamiskertojen ajat turhan lyhyet."

7.5 Ohjaajien osaaminen

Numeerisen palautteen keskiarvo: 4,5

Sanallinen palaute: Jokaisen osallistujan palaute ohjaajista oli myönteistä. Ohjaajien osaamista pidettiin hyvänä; palautteessa tuotiin esiin ohjaajien hyvä ammattitaito sekä aiheeseen liittyvä osaaminen. Kiitosta annettiin siitä, että ohjaajat vastasivat kurssilaisten kysymyksiin. Yksi osallistuja antoi ohjaajille negatiivista palautetta aikataulutuksesta.

"Opin uutta. Se on hienoa. Ohjaajat tekivät huolellista työtä."

"Heidän osaaminen oli todella hyvää."

"Ohjaajat tiesivät mistä puhuivat ja vastasivat hyvin kurssilaisten kysymyksiin."

"Terveystarkastus tuntui menevän jo rutiininomaisesti, mikä tarkoittaa tässä hyvää. Ohjaus luonnistuu."

"Kivaa, kun olitte ymmärtäväisiä ja kannustavia, aidosti välittäviä."

7.6 Ryhmän osaaminen

Numeerisen palautteen keskiarvo: 4,1

Sanallinen palaute: Osallistujien antamassa palautteessa tuotiin esiin, että ryhmään ja sen pelisääntöihin sitoutuminen oli pääsääntöisesti hyvää. Yksi osallistuja toi kuitenkin esiin ryhmässä esiintyvän myöhästelyn ja yksi osallistuja päälle

puhumisen ryhmäkeskusteluissa. Osallistujat antoivat kiitosta aktiivisesta keskusteluun ja tehtäviin osallistumisesta.

”Hyvä, luonteva tila puhua asioita. Toisaalta ketään ei pakotettu.”

”Ryhmä hitsautui hyvin yhteen.”

”Paineeton ja vaihtoehtoja suosiva ilmapiiri.”

7.7 Oma osallistuminen

Numeerisen palautteen keskiarvo: 4

Sanallinen palaute: Osallistujat arvioivat omaa osallistumistaan pääsääntöisesti aktiiviseksi. Osallistujista muutama arvioi, että oman elintapamuutoksen toteuttamisessa on vielä parannettavaa. Muutama osallistuja toi palautteessa esiin myös muutokseen liittyviä haasteista, kuten väsymystä ja vaikeutta hahmottaa jo saavutettuja asioita.

”Olin sitoutunut. Yritän pinnistellä saadakseni itsessäni muutoksen aikaan.”

”Etenen hitaasti, mutta ehkä niin on hyvä. Minun on vaikea hahmottaa tehneeni mitään.”

”Aktiivinen. Muutos on tapahtunut (-4kg).”

8 KEHITTÄMISHANKE

8.1 Tavoitteet ja tarkoitus

Toteuttaessaan elintapamuutosta, ihminen tarvitsee toimintavaiheessa terveysneuvojan antamaa motivointia ja tunnetukea sekä pystyvyyden tunteen lisäämistä, millä varmistetaan muutoksen pysyvyys. (Heikka & Koskenkorva 2004, 13-14.) Ylläpitovaiheessa oleva asiakas on toteuttanut elintapamuutoksen ja jatkaa sen toteutusta, mutta työskentelee edelleen estääkseen repsahdusten tapahtumista (Mäenpää & 2007, 25; 2007, 25; Hyytinen & Roiha 2009, 13). Terveysneuvonnan tehtävänä on tässä muutosvaiheessa tukea ja seurata asiakkaan muutosprosessia. (Heikka & Koskenkorva 2004, 14.) Opinnäytetyön jatkona toteutettavan kehittämishankkeen tarkoituksena oli seurata ja arvioida kursseille osallistuneiden elintapamuutosten toteutumista. Tarkoituksena oli myös arvioida kurssin vaikuttavuutta osallistujien elintapoihin pidemmällä aikavälillä sekä selvittää asiakkaiden elintapamuutosten toteutumista kurssin intensiivivaiheen päättymisen jälkeen. Tavoitteena oli tarjota osallistujille tukea ja ohjausta terveellisiin elintapoihin sekä työkaluja, joilla ylläpitää elintapamuutoksia.

8.2 Toteutus

Kehittämishanke toteutettiin tapaamalla kurssin osallistujat noin puoli vuotta kurssin intensiivivaiheen päättymisen jälkeen. Kumpikin ohjaaja tapasi omat yksilöohjattavansa tunnin kestävässä terveystarkastuksessa Varissuon terveysasemalla. Osallistujille oli etukäteen lähetetty kyselylomake (LIITE 19), joka toimi perustana koko kehittämishankkeelle. Terveystarkastus aloitettiin yleisellä kuulumisten kysymisellä ja tilannekartoituksella. Lisäksi terveystarkastuksessa käytiin kyselylomake läpi avoimia kysymyksiä apuna käyttäen. Osallistujilta mitattiin myös verenpaine, paino ja vyötärönympäryys. Yksi ei palauttanut haastat-

telulomaketta, mutta osallistui kuitenkin terveystarkastukseen ja yksi osallistuja oli estynyt äkillisen sairastumisen vuoksi.

8.3 Tulokset

Jokainen terveystarkastuksessa käynyt osallistuja koki terveyden edistämisen kurssilla olleen vaikutusta heidän terveydentilaansa. Osallistujat raportoivat ruokavaliomuutoksista sekä verenpaineen ja verensokeriarvojen laskusta. Neljä osallistujaa raportoi vähentäneensä sokerin käyttöä ja makeiden herkkujen syömistä. Lisäksi osallistujat kertoivat vähentäneensä rasvan käyttöä, lisänneensä kasvien määrää ja yksi kertoi saaneensa rohkeutta syödä enemmän. Yksi osallistuja koki terveydentilalleen hyödylliseksi kurssin tarjoaman mielekkään tekemisen ja ryhmän kokoontumisen.

Jokainen osallistuja kertoi muuttaneensa elintapojaan. Neljä osallistujaa raportoi muuttaneensa elintapojaan kurssin aikana ja kaksi kurssin jälkeen. Osallistujat raportoivat seuraavia elintapamuutoksia: liikunnan lisääminen ja liikuntamäärien vakiintuminen tiettyyn tuntimäärään viikossa, säännöllinen syöminen, kasvien lisääminen ja herkkujen vähentäminen sekä annoskokojen pienentäminen. Jokainen vastaaja totesi elintapamuutoksen olleen kurssin ansiota.

Kysymykseen elintapojen ylläpitämisestä neljä osallistujaa raportoi jatkaneensa kurssin jälkeen uusilla elintavoilla. Lähes jokainen heistä kuitenkin vastasi sen olleen vaikeaa. Kolme osallistujaa raportoi, että ei pystynyt pitämään yllä toteutuneita elintapamuutoksia kurssin päätyttyä. Syyt heillä olivat kriisitilanne elämässä, perussairauden hoitotasapainon heikkeneminen sekä oman motivaation lasku ja tuen puute, joka johti herkutteluun. Elintapamuutoksen noudattaminen oli neljälle vastanneista helpompaa kurssin aikana, yhdelle kurssin jälkeen ja yksi ei kokenut eroa. Kurssin aikana yhdelle vastaajista toi helpotusta se, että omat tavoitteet pysyivät kurssin aikana koko ajan mielessä. Useampi vastaaja sai tukea vertaisryhmästä. Vastaaja, jolle muutosten toteuttaminen oli helpom-

paa kurssin jälkeen, oli kurssin ansiosta hakeutunut korkeiden verensokeriarvojen vuoksi lääkäriin ja sieltä diabeteshoitajan vastaanotolle, jonka jälkeen elintapamuutoksen toteuttaminen oli sujunut helpommin. Vastaajat, jotka kokivat, etteivät olleet vielä saavuttaneet tavoitteitaan tai kertoivat elintapamuutosprosessinsa olevan vielä kesken, kertoivat aikovansa jatkaa vielä yrittämistä ja muutosten toteuttamista. Vastaajat kokivat kurssimateriaalin hyödylliseksi jatkon kannalta ja kaksi osallistujaa kertoi palanneensa ajoittain kurssin jälkeenkin materiaalin pariin.

Yhteensä kurssilla oli kahdeksan osallistujaa, joista seitsemän osallistui viimeisiin terveystarkastuksiin. Tämä ilmentää osallistujien sitoutuneisuutta. Vaikkei enemmistöllä osallistujista ilmennyt merkittäviä mitattavia muutoksia kurssin tai kehittämistyön aikana, oli jokainen kokenut onnistuneensa ja hyötynensä kursista jollakin tasolla. Yksi vastaaja raportoi, että vaikkei hänen painonsa ole laskenut, hän voi paremmin elintapojen kohentumisen myötä.

9 OPINNÄYTETYÖN TIEDONHAUN KUVAUS

Aiheemme oli erittäin laaja ja teoreettista viitekehystä varten teimme terveyteen liittyvien asioiden lisäksi tiedonhakuja, joka liittyi psykologiaan sekä mielenterveyden häiriöistä kärsivien sosiaaliseen tilanteeseen ja palvelujen saantiin. Tämän vuoksi tiedonhaku oli osittain poikkitieteellistä ja erityisen laajaa. Käytimme tiedonhakuun ensisijaisesti kolmea luotettavaa tietokantaa; Mediciä, Pubmediä sekä Cinahlia. Tämän lisäksi käytimme Google Scholaria, josta valitsimme työmme ainoastaan väitöskirjatasoisia tutkimuksia tai yleisesti luotettaviksi katsottuja lähteitä, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Mielenterveyden keskusliiton julkaisuja.

Edellä mainituissa tietokannoissa käytettiin hakusanoina sekä suomeksi että englanniksi seuraavia termejä: mielenterveys, mielenterveyshäiriö, ravitsemus, liikunta, seksuaalisuus, uni, elintapaohjaus, mielenterveyskuntoutuja, mielenterveyspotilas, elintapaohjaus AND vaikuttavuus, toiminnalliset menetelmät, yksilöohjaus, ryhmäohjaus, käyttäytymisen muutos, elintapamuutos, terveyden edistäminen, mielenterveyshäiriö AND terveys, mielenterveyshäiriö AND elintapamuutos, mielenterveyshäiriö AND ravitsemus, mielenterveyshäiriö AND ylipaino/lihavuus, tunnesyöminen, mielenterveyshäiriö AND tunnesyöminen, mielenterveys AND impulsiivinen syöminen, mielenterveyshäiriö AND liikunta, mielenterveyshäiriöt AND somaattiset sairaudet, mielenterveys AND seksuaalisuus, mielenterveys AND seksuaaliset häiriöt, mielenterveyshäiriö AND uni, mielenterveyshäiriö AND elämänhallinta, mielenterveyshäiriö AND päihteet, mielenterveyshäiriö AND tupakointi, mielenterveyshäiriö AND vuorokausirytmii, mielenterveys AND/OR toimintakyky.

Tietokantojen lisäksi käytimme Turun Ammattikorkeakoulun kirjastosta löytyvää aineistoa, jonka katsoimme luotettavaksi. Valittujen teosten luotettavuutta lisäsi esimerkiksi niiden luotettava julkaisija, kuten Duodecim tai toisaalta niiden ai-

empi käyttö esimerkiksi väitöskirjoissa. Lähteiden valinnassa kriteerinä oli lisäksi niiden tuoreus eli työhön valittiin pääsääntöisesti alle 10 vuotta vanhoja julkaisuja. Jos käytettiin yli 10 vuotta vanhaa julkaisua, tuli sen olla työn sisällön kannalta erityisen perusteltua.

10 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kurssimme kohderyhmä olivat mielenterveyskuntoutajat ja se herätti eettisiä kysymyksiä kurssin toteutuksen suhteen. Mielenterveyspalveluiden käyttäjät odottavat terveydenhuoltohenkilöstöltä ihmislähtöisyyttä, kunnioittavaa kohtelua, työhön sitoutumista ja hyvää hoitoa tukevien muutosten edistämistä. Ihmislähtöisellä hoidolla tarkoitetaan asiakkaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaamista. (ETENE 2009, 19.) Ennen kurssin alkua selvitimme asiakkaiden yksilölliset tarpeet, toiveet ja odotukset kurssin suhteen. Niihin pyrimme vastaamaan asiakaslähtöisellä työskentelytavalla niin sisällön kuin ohjauksenkin suhteen. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat ajatteluun ja sitä kautta kykyyn tehdä omaan terveyteen liittyviä päätöksiä. Mielenterveysongelmista kärsivillä saattaa olla joko sairauden tai heikon sosiaalisen aseman vuoksi vähäiset vaikutusmahdollisuudet omaan elämäänsä. Tämä voi johtaa avuttomuuden tunteeseen ja heikkoon itsetuntoon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 264-265.) Kurssin ohjaajina meillä tuli olla riittävä osaaminen ja tieto mielenterveyskuntoutujien terveyskäyttäytymisestä ja haasteista. Huolellisella pohjatyöllä ja perehtymisellä mielenterveyskuntoutujiin liittyvään tutkimustietoon varmistimme, että ymmärrämme osallistujia paremmin ja osaamme ottaa kohderyhmän erityispiirteet ohjauksessa huomioon.

Tietosuoja ja salassapitovelvollisuus aiheuttavat eettisiä kysymyksiä. Terveydenhuollossa tiedolliseen yksityisyyteen kuuluu potilastietojen luottamuksellisuus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 151.) Osallistujien terveyden edistämiseen ja terveysongelmiin liittyen jouduimme selvittämään heidän aikaisempia terveys-tottumuksiaan sekä arki-elämään ja elintapoihin liittyviä asioita. Perehdyimme asiakkaan aikaisempiin terveystietoihin siltä osin, kuin se asiakkaan ohjaamisen kannalta oli perusteltua. Ryhmässä käytyt asiat ovat osallistujille hyvin henkilökohtaisia, joten niitä ei ole tarkoitus levittää ryhmän ulkopuolelle. Ryhmän jäsenten oli koko kurssin aikana voitava luottaa tietosuojan pitävyyteen, joten alussa veloitimme osallistujia allekirjoittamaan salassapitosopimuksen. Tällä ehkä-

simme turhaa pelkoa arkaluontoisten asioiden leviämisestä ja toisaalta sitouimme ryhmän jäsenet toisten kunnioittamiseen ja ryhmän sisäiseen luottamukseen. Ryhmästä muodostui hyvin tiivis yhteisö kurssin aikana. Ryhmädynamiikka ja osallistujien avoimuus ja aktiivisuus osoittivat, että jokaisella osallistujalla oli vahva luottamus toisiinsa sekä uskallus puhua asioistaan ja tunteistaan vapaasti.

Eettistä pohdintaa vaatii myös ohjaajien suhde osallistujiin. Mielenterveystyössä hoitosuhde määritellään ammatilliseksi auttamissuhteeksi, joka eroaa ystäväydestä siinä, että mukana on asiantuntijuus. Asiakkaan ja ohjaajan välinen suhde on siinä mielessä epäsymmetrinen, että asiakkaan odotetaan tuovan hoitosuhteeseen henkilökohtaisia asioitaan, mutta hoitajan on vältettävä oman yksityiselämänsä esiintuontia. (Mikkola 2012, 20-21, 24.) Eettisten ongelmien ehkäisemiseksi teimme valinnan olla osallistumatta toiminnallisiin harjoituksiin muussa kuin ohjaajan ominaisuudessa. Tällöin kykenimme säilyttämään paremmin ammatillisen etäisyyden osallistujiin sekä olemaan riippumattomia ja objektiivisiä omassa ohjaustyössämme.

Psykososiaalisen stressin riskitekijöitä ovat erilaiset elämänmuutokset, jotka vaativat ihmiseltä sopeutumista. Stressioireet voivat lisätä mielenterveyden häiriöiden pahentumista. (Lönngqvist 2009.) Holmesin ja Rahen tutkimuksen mukaan henkilökohtaisten elämäntapojen muuttamisen on todettu aiheuttavan ihmiselle stressiä (Holmes & Rahe, Vartiovaaran 2006 mukaan). Kurssin toteutuksessa pyrimme ottamaan huomioon, että elintapojen muutoksesta ei aiheutuisi osallistujille liian suurta stressiä. Luottamusta henkilökunnan ja asiakkaan välillä voidaan lisätä kertomalla asiakkaalle hänen oikeuksistaan kuntoutua omalla tavallaan omassa tahdissa ja luomalla olosuhteet, jossa tämä on mahdollista (ETENE 2009, 20). Painotimme osallistujille, että emme pakota ketään muutokseen, vaan halu ja motivaatio tulee lähteä itsestä. Pyrimme luomaan turvallisen ilmapiirin ja ympäristön jokaiselle osallistujalle, jotta oman muutos-

prosessin toteuttaminen olisi mahdollista. Roolimme ohjaajina oli tarjota osallistujille tietoa ja työkaluja henkilökohtaisten elintapojen muutokseen ja tukea osallistujia heidän muutosprosesseissaan. Selkeällä aloitusinformaatiolla jo haku-prosessin aikana ja osallistujien valinnalla yhdessä Tsemppi-talon henkilökunnan kanssa pyrimme ehkäisemään osallistujien stressaantumista ja välttämään sitä, että kurssille valikoituisi henkilöitä, jotka eivät ole valmiita mittaviin muutosprosesseihin. Yksilöohjauksessa pyrimme tunnistamaan asiakkaan mahdollisen psyykkisen kuormittavuuden lisääntymisen sekä puuttumaan siihen varhaisessa vaiheessa ennen vakavampien seurausten ilmenemistä. Myös tiivis yhteistyö Tsemppi-T alon henkilökunnan kanssa koko kurssin ajan varmisti oman työn reflektoinnin sekä auttoi tunnistamaan mahdolliset negatiiviset muutokset asiakkaiden psyykkisessä tai fyysisessä toimintakyvyssä. Tämän kaltaisia muutoksia ei kuitenkaan kurssin aikana kenessäkään osallistujassa ilmennyt.

Ryhmäohjaajan rooli on tärkeä opinnäytetyömme eettisyyttä arvioitaessa. Ryhmäohjaajan tulee olla motivoitunut ja tuntea ryhädynamiikkaa sekä ryhmäohjauksen eettiset periaatteet. Ryhmäohjaajan tulee osoittaa aitoa kiinnostusta ohjattaviaan kohtaan ja korostettava luottamusta ja vaitiolovelvollisuutta. Ryhmäohjaajan tulee perehtyä huolellisesti kurssin aiheeseen, ryhmäläisten taustaan ja erityispiirteisiin sekä toimintaan, jota aikoo ryhmässä toteuttaa. Osallistujille ei saa jäädä tunnetta, että heitä pakotettaisiin toimimaan ryhmässä tietyllä tavalla tai osallistumaan johonkin vasten tahtoaan tai ettei ohjaaja olisi heistä kiinnostunut. (Kalliola ym. 2010, 91-98.) Tutustuimme ennen kurssin alkua huolellisesti ryhmäohjauksen teoriaan. Kohtelimme kurssille osallistuneita kunnioittavasti ja tasa-arvoisesti. Ryhmässä oli aina aikaa ja tilaa jokaisen puheenvuorolle eikä ketään tullut leimatuksi tai arvostelluksi.

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen luotettavuus edellyttää, että tekijät ovat olleet rehellisiä ja huolellisia sekä noudattaneet hyvä tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2009, 23-25). Olemme noudattaneet erityistä huolellisuutta koko

opinnäytetyöprosessin ajan sekä kurssia ohjatesamme että kirjallista raportointia tehdessämme. Opinnäytetyön lähdemateriaalin tulee olla tuoretta, ajantasaista, tärkeää ja luotettavaa kirjallisuutta sekä tutkimustietoa. Kirjallisuuden on tuettava opinnäytetyön aihetta ja sen tarkoituksena on osoittaa tekijän perehtyneisyys aiheeseen. (Hakala 2004, 143.) Kirjallisuuskatsauksessa on laajalaisesti tarkasteltu mielenterveyspotilaiden erityispiirteitä ja terveyden edistämistä. Olemme työssämme käyttäneet pääsääntöisesti korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja lähteitä ja olleet lähdekriittisiä; tutkimukset ovat luotettavista lähteistä ja kirjallisuus on alan kirjallisuutta sekä asiantuntijoiden artikkeleita. Tiedonhaussa pyrimme käyttämään alkuperäislähteitä. Jos jouduttiin turvautumaan toissijaiseen lähteeseen, niin arvioitiin tämän lähteen luotettavuus erityisen tarkasti. Käytimme laajasti sekä suomalaisia että ulkomaisia tutkimuksia, millä pyrittiin lisäämään tiedonhaun luotettavuutta. Pyrimme valitsemaan monipuolisia tutkimuksia, joissa on tutkittu eri mielenterveyden häiriöistä kärsiviä, jolloin tutkimuksista tehdyt johtopäätökset ovat yleispätevämpiä.

Luotettavuutta heikentää tiedonhaun sanallinen kuvaus tiedonhakutaulukon sijaan. Koska aiheemme oli erittäin laaja ja tiedonhakua jouduttiin tekemään osin myös poikkitieteellisesti, päädyimme tiedonhaun mahdollisimman tarkkaan sanalliseen kuvaukseen taulukon sijaan.

Tarkalla selostuksella tutkimuksen toteuttamisesta voidaan parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Terveysinterventioissa käytettävien menetelmien vaikuttavuuden vertailu on usein vaikeaa, koska raportit niiden käytöstä ovat usein epätarkkoja (Absetz & Hankonen 2011, 2267). Opinnäytetyössämme käytettyjen menetelmien vaikuttavuuden arvioinnin luotettavuutta sekä samalla myös koko opinnäytetyön luotettavuutta on parannettu laatimalla mahdollisimman tarkka raportti toteutuksesta. Raportissa on kiinnitetty erityisesti huomiota liitteiden selkeyteen sekä ryhmä- ja yksilöohjauskerroilla käytettyjen menetelmien ja harjoitusten informatiivisuuteen.

Luotettavuutta lisää myös palautteen kerääminen yhdenmukaisella ja strukturoidulla arviointilomakkeella, joka oli sama jokaisella ryhmäkerralla ja lisäksi kurssin kokonaisarviointissa. Arviointilomakkeen täyttö, arvioitavat osa-alueet sekä numeerinen arviointiasteikko selvitettiin osallistujille kahdella ensimmäisellä ryhmäkerralla. Tämän lisäksi osallistujat saivat arviointilomakkeen täyttämisen tueksi kirjallisen ohjeen, johon oli koottu eri osa-alueiden arvioitavia asioita. Tällä varmistettiin, että palautteen antajalla ja vastaanottajalla oli yhdenmukainen käsitys arvioinnin kohteista, mikä lisäsi arvioinnin ja sen pohjalta tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta.

11 POHDINTA

Suomessa mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä ja toisaalta mielenterveyspotilaiden fyysiseen terveyteen liittyy monia haasteita (vrt. Suvisaari 2013b, ETENE 2009, 16-17). Tämä tekee opinnäytetyömme aiheesta mielenkiintoisen, ajankohtaisen sekä yhteiskunnallisesti merkittävän. Tulevina terveydenhoitajina tulemme todennäköisesti käytännön työssä kohtaamaan mielenterveyshäiriöistä kärsiviä asiakkaita. Tällöin on tärkeää tuntea paitsi yleiset terveyden edistämisen periaatteet, myös tähän asiakasryhmään liittyvät erityispiirteet. Opinnäytetyön toteutus tuki omaa ammatillista kasvuamme sekä antoi meille hyvät valmiudet toteuttaa terveyden edistämistä tulevaisuudessa erilaisille asiakasryhmille. Lisäksi opinnäytetyö antoi mahdollisuuden kokeilla erilaisia elintapaohjauksen menetelmiä sekä arvioida niiden vaikuttavuutta, mikä antaa tärkeää tietoa niiden käytökelpoisuudesta myös käytännön työssä.

11.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyön ensisijainen tarkoitus oli terveyden edistäminen yksilön sekä välillisesti myös yhteiskunnan tasolla. Terveyden edistämisen kurssin tarkoituksena oli erilaisia menetelmiä apuna käyttäen jakaa osallistujille ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä sekä tarjota keinoja konkreettisten elintapamuutosten toteuttamiseksi kohderyhmän yksilölliset tarpeet huomioiden. Opinnäytetyön tarkoitus toteutui. Kurssin sisällössä huomioitiin teoreettisessa viitekehyksessä esiin tulleet kohderyhmään liittyvät erityishaasteet, kuten psykiatrisen sairauden mahdolliset vaikutukset kohderyhmän terveyteen sekä taloudelliseen tilanteeseen. Kirjallisen palautteen perusteella enemmistö osallistujista oli kokenut kurssilta saamansa tiedon riittäväksi, monipuoliseksi sekä käytännölliseksi, jolloin he olivat voineet hyödyntää ja soveltaa sitä elintapamuutoksensa käytännön toteutuksessa.

Opinnäytetyön keskeisin tavoite oli erilaisia ryhmä- ja yksilöohjausmenetelmiä sisältävällä elintapaohjauksella saada kurssin osallistujat tunnistamaan omiin elintapoihinsa liittyvät muutostarpeet sekä toteuttamaan konkreettisia elintapamuutoksia, jotka edistävät heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Lisäksi tavoitteena oli saada kurssin osallistujat ottamaan itse vastuuta omasta terveydestään ja sen edistämisestä. Ohjauksen tavoitteena oli vahvistaa osallistujien sisäistä motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta ja näin ollen saada heissä aikaan muutoshalukkuus, joka edistää elintapamuutoksen toteutumista sekä terveysintervention vaikuttavuutta. Opinnäytetyölle asetetut tavoitteet toteutuivat. Osallistujat toteuttivat kurssin aikana konkreettisia muutoksia elintavoissaan, esimerkiksi vähentämällä herkkujen syöntiä sekä säännöllistämällä ateriarytmiään. Elintapamuutoksilla oli saatu myös mitattavia tuloksia; painon laskua ja verensokeriarvojen normalisoitumista. Jokainen osallistuja pääsi asettamiinsa välitavoitteisiin kurssin intensiivivaiheen päättymiseen mennessä. Ohjaukselle asetettu tavoite osallistujien muutoshalukkuuden aikaansaamisesta toteutui. Osallistujat osoittivat koko kurssin ajan erityistä sitoutuneisuutta sekä vahvaa motivaatiota elintapamuutoksen toteuttamiseen liittyen. Osallistujien sisäisen motivaation ja pystyvyyden tunteen vahvistumista pyrittiin kurssin aikana edistämään positiivisella palautteenannolla, joka kohdistui yksilötasolla osallistujien henkilökohtaisiin saavutuksiin ja ryhmätasolla aktiiviseen ja hyvään ryhmätöimintaan.

1.2 Käytetyt menetelmät

Arvioitaessa kurssilla käytettyjä menetelmiä, voidaan todeta, että osallistujilta saatu palaute niistä oli hyvää. Osallistujat olivat pitäneet menetelmiä monipuolisinä, hyödyllisinä sekä nykyaikaisina. Osallistujien saavuttamien tulosten perusteella voidaan lisäksi todeta menetelmien olleen yleisellä tasolla vaikuttavia. Kuten teoreettisessa viitekehyksessä todettiin, eri menetelmien vaikuttavuuden vertailuun voi kuitenkin liittyä haasteita. Yleisesti ottaen terveysinterventioiden

toteutuksissa on voitu käyttää erilaisia tekniikoita yhdistelminä, mutta raportointi on ollut niukkaa, jolloin eri menetelmien vaikuttavuuden vertailu on vaikeaa (vrt. Absetz & Hankonen 2011, 2267). Opinnäytetyömme toteutuksen raportoinnissa tähän kiinnitettiin erityistä huomiota ja siinä pyrittiin tuomaan mahdollisimman tarkasti esiin käytetyt menetelmät, jotta niiden käyttökelpoisuuden ja vaikuttavuuden arviointi mahdollistuu.

Opinnäytetyön toiminnallisessa toteutuksessa hyödynnettiin pääasiassa trans-teoreettista muutosvaihemallia sekä motivoivaa haastattelua. Muutosvaihemallia hyödynnettiin kurssilla sekä yksilö- että ryhmäohjauksessa. Yksilöohjauksessa pyrittiin herättelemään asiakasta muutosvaihelomakkeen avulla (LIITE 15) tunnistamaan itse, missä vaiheessa omaa muutosprosessiaan hän on ja millä perusteella hän näin ajattelee. Kirjallisuuskatsauksessa tuli esiin, että asiakas voi virheellisesti kuvitella olevansa eri vaiheessa muutosta, kuin missä hän todellisuudessa on. Asiakas voi esimerkiksi kuvitella olevansa ylläpitovaiheessa, vaikka todellisuudessa onkin vasta esiharkinta- tai harkintavaiheessa. (Hyytinen & Roiha 2009, 15.) Terveystieteiden edistämisen kurssin osallistujien kohdalla havaittiin kuitenkin, että ilmiö oli päinvastainen. Moni osallistuja ajatteli olevansa vasta muutoksen harkintavaiheessa, vaikka tekemiensä elintapamuutosten perusteella he olivat vahvasti toimintavaiheessa. Tämän havaitseminen auttoi osallistujia hahmottamaan omat saavutuksensa ja sitä kautta lisäsi motivaatiota jatkaa muutoksen toteuttamista. Vaikeampiasteisista mielenterveyshäiriöistä kärsivillä voi esiintyä vaikeuksia hahmottaa omaa tilannettaan ja toisaalta häiriöön voi olennaisesti liittyä negatiivisesti värittyneitä ajatuksia ja tulkintoja omasta tilanteesta, joka johtaa herkästi oman toimintakyvyn aliarviointiin (Tuisku ym. 2011). Tätä tuki myös edellä kuvattu osallistujien käsitys omista saavutuksistaan. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että muutosvaihemallin käyttö saattaa olla hyödyllinen tälle kohderyhmälle, jolla psykiatriseen sairauteen voi liittyä negatiivisia käsityksiä itsestä sekä toisaalta vaikeuksia hahmottaa omaa tilannetta ja saavutettuja muutoksia.

Muutosvaihemalliin voi liittyä myös ongelmia. Kurssilla korostettiin muutoksen vaihteellisuutta, repsahdusten luonnollisuutta sekä pienten muutosten tärkeyttä kokonaistavoitteen saavuttamisessa. Osallistujille on voinut jäädä osittain virheellinen käsitys siitä, että kaikkien ihmisten muutosprosessi etenee samojen vaiheiden kautta, mikä saattaa johtaa epäonnistumisen tunteeseen, jos oma prosessi ei etene mallin mukaisesti. Lisäksi repsahdusten luonnollisuuden ja pienten muutosten korostaminen saattoi joidenkin osallistujien kohdalla johtaa jopa voimavaroihin ja kykyihin nähden vähäisempään toimintaan elintapojen muuttamisessa. Joillakin osallistujilla olisi voinut olla mahdollisuus kokonaisvaltaisempiinkin elintapamuutoksiin, mutta he saattoivat arkailla niiden toteuttamista, koska ohjauksessa oli korostettu maltillisen etenemisen tärkeyttä.

Motivoivan keskustelun perusajatus on, että asiakas on itse oman elämänsä asiantuntija ja ohjaajan tavoitteena on saada asiakas ajattelemaan omaa toimintaansa sekä auttaa tätä itse löytämään oikeat ratkaisut (Mustajoki & Kunamo 2009). Ohjaajan tulee osoittaa empatiaa ja vahvistaa uskoa muutokseen (Koski-Jännes 2008). Terveiden edistämisen kurssilla tämä pyrittiin huomioimaan erityisesti yksilöohjauksessa, mutta toisaalta myös ryhmäohjaustilanteissa ottamalla hiljaisempia osallistujia mukaan keskusteluihin avoimia kysymyksiä käyttämällä. Osallistujien antamassa palautteessa annettiin kiitosta aidosti ymmärtävästä, kannustavasta ja välittävästä ohjauksesta sekä paineettomasta ja vaihtoehtoja suosivasta ilmapiiristä. Tämän perusteella voidaan todeta, että pyrkimyksessä siirtää teoria käytäntöön, onnistuttiin ainakin osittain.

Opinnäytetyön toiminnallisen vaiheen toteutuksessa oli elementtejä kognitiivis-behavioraalisesta käyttäytymisterapiasta. Menetelmässä keskeistä on ajatus siitä, että käyttäytyminen on opittua. Lisäksi mallissa korostetaan tunteiden ja ajatusten yhteyttä ja vaikutusta käyttäytymiseen sekä omien haitallisten toimintatapojen analysointia, jonka kautta voidaan oppia hallitsemaan ja muuttamaan niitä. Menetelmää hyödynnettiin mm. ryhmäkerroilla, joissa case -harjoitusten

kautta pohdittiin erilaisten tunteiden vaikutusta käyttäytymiseen. Lisäksi pyrittiin analysoimaan jotakin omaa haitallista toimintatapaa ja etsimään sen tilalle korvaava, terveyttä edistävä toimintatapa. Osallistujien antamassa kirjallisessa palautteessa käyttäytymisen syiden tarkastelu oli koettu erityisen hyödyllisenä asiana oman elintapamuutoksen toteuttamisen sekä oman käyttäytymisen syiden ymmärtämisen kannalta. Mielenterveyshäiriöillä on todettu olevan yhteys esimerkiksi tunnesyömiseen (vrt. Goldschmidt ym. 2013; Ouwens ym. 2009, 247), jolloin voidaan ajatella, että tunteiden ja käyttäytymisen yhteyden ymmärtäminen sekä tunnistaminen omassa elämässä, voi auttaa erityisesti tätä kohde-ryhmää muuttamaan elintapojaan terveellisemmäksi.

Yksilö- ja ryhmäohjauksen yhdistelmä todettiin kirjallisuuskatsauksessa hyödylliseksi etenkin silloin, jos lihomiseen liittyy psykologisia tekijöitä (vrt. Pietiläinen 2015, 228). Osallistujien antama palaute tuki myös tätä. Palautteen perusteella osallistujat olivat pitäneet ryhmäkeskusteluja erittäin hyödyllisinä menetelminä, mikä tukee ajatusta vertaistuen tarpeesta muutosprosessissa. Ryhmätoiminnassa yhtenä menetelmänä voidaan käyttää pelisääntöjen luomista (Pietiläinen 2015, 233-234). Tämä havaittiin kurssilla erityisen hyväksi menetelmäksi ryhmään sitoutumisen kannalta. Osallistujat loivat itse ryhmän pelisäännöt, joissa korostui toisten kunnioittaminen ja ryhmään sitoutuminen. Kurssin aikana osallistujat noudattivat pelisääntöjä ja toiminnan perusteella kokivat ne tärkeiksi. Ryhmä hitsautui hyvin yhteen ja ryhmän välille syntyi keskinäinen luottamus. Tämä ilmeni sekä ohjaajien tekemien havaintojen perusteella että osallistujien antaman kirjallisen palautteen perusteella. Ryhmässä ilmeni vähän poissaoloja, mikä osoitti vahvaa sitoutumista ryhmään ja samalla omaan elintapamuutosprosessiin.

11.2 Kehitysehdotukset

Kurssilla ilmeni kehitettäviä asioita, jotka tunnistettiin ohjaajien oman reflektoinnin ja havainnoinnin kautta sekä osallistujilta kerätyn palautteen perusteella. Haasteita havaittiin ohjaajien näkökulmasta esimerkiksi siinä, että vaikka kursilla käsiteltiin fyysisen terveyden edistämiseen liittyviä asioita, niin ajoittain jouduttiin esimerkiksi yksilöohjauksessa käsittelemään myös osallistujan mielenterveyden häiriöön liittyviä asioita. Tämä on luonnollista, koska ihminen on psyko-fyysissosiaalinen kokonaisuus. Näihin ohjaustilanteisiin liittyen jouduimme ohjaajina käymään sekä eettistä että ammatillista pohdintaa siitä, riittääkö ammatitaitomme tämänkaltaiseen ohjaukseen. Pidättydyimme ohjauksessa ottamasta kantaa mielenterveyden häiriön hoitoon tai lääkitykseen ja pyrimme tukemaan asiakasta yleisillä terveyden edistämisen ja elintapaohjauksen menetelmillä tilanteissa, joissa psyykkisellä sairaudella oli ilmeinen vaikutus osallistujan elintapamuutosprosessissa. Kehitettävänä asiana voisi olla moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen kurssimme kaltaisissa terveysinterventioissa, joissa kohderyhmänä ovat mielenterveyskuntoutujat.

Kehitettävänä asiana osallistujat toivat palautteessa esiin yksilöohjaukseen käytetyn ajan riittämättömyyden. Kurssin aikana yksilöohjaukseen käytettiin yhteensä terveystarkastus mukaan luettuna aikaa 3,5 tuntia 2,5 kuukauden aikana. Tätä pidettiin suunnitteluvaiheessa riittävänä aikana, mutta käytännön toteutuksessa aika havaittiin liian lyhyeksi myös ohjaajien kokemana. Toteutuksessa havaittiin, että osallistujien haasteet ja ongelmat elintavoissa kytkeytyivät pitkälti myös tunne-elämän ongelmiin, jolloin ohjaamiseen olisi tarvittu enemmän aikaa kuin siihen oli suunnitteluvaiheessa varattu. Jatkossa yksilöohjauksen kestoa voisi pidentää kohderyhmästä riippuen 15-30 minuutilla ohjauskertaa kohden ja siten huomioida paremmin asiakkaan yksilölliset tarpeet ja toisaalta toteuttaa myös motivoivaa keskustelua paremmin.

Osallistujat toivat palautteessaan esiin myös muita ajankäyttöön liittyviä kehitettäviä asioita. Yksi palautteessa esiin nostettu asia oli aikataulujen pitämättömyys; ryhmäkertoihin varattu aika ylittyi lähes joka kerta. Tähän oli monia syitä. Kurssin sisältö oli laaja, ja eri osa-alueita käytiin melko syvällisestikin läpi ryhmätapaamiskerroilla. Ryhmäkerroille oli suunniteltu paljon soveltavia tehtäviä, joiden käytännön toteutukseen menevä aika oli aliarvioitu suunnitteluvaiheessa. Lisäksi osallistujien oli vaikea välillä hahmottaa ajankäyttöä, jolloin he eivät saaneet valmiiksi tehtäviä, koska keskittyivät tehtävien yksittäisiin osa-alueisiin pitkään. Tämä olisi vaatinut ohjaajalta vahvempaa toiminnanohjausta, jossa osallistujia olisi ohjattu keskittymään tehtävän olennaisiin asioihin. Myös ryhmäkeskustelut olivat aktiivisia ja monipuolisia, minkä vuoksi ne venyivät yli niille varatun ajan. Ohjaajan olisi tullut vahvemmin ohjata keskustelun kulkua sekä lopeutusta. Toisaalta ryhmäkeskusteluissa haluttiin antaa osallistujille mahdollisuus pohtia oppimaansa monipuolisesti eri näkökulmista ja mahdollisuus vertaistukseen. Jatkossa ryhmätapaamiskertoja voisi pidentää puolella tunnilla. Lisäksi koko kurssin intensiivivaiheen kestoa voitaisiin pidentää 3 kuukauden mittaiseksi. Sisällön laajuuden suhteen ei ole välttämättä syytä tehdä muutoksia, koska osallistujat olivat palautteessa tuoneet myönteisenä asiana esille sisällön monipuolisuuden sekä sen, että perinteisten ravitsemus- ja liikuntaneuvonnan ohelle oli otettu teemoiksi myös seksuaalisuus ja päihteet. Etenkin seksuaalisuus teemana saattaa jäädä terveysinterventioissa vähemmälle huomiolle, vaikka sen vaikutus ihmisen hyvinvointiin on yleisesti tunnustettu.

11.3 Kehittämishanke

Opinnäytetyön kehittämishankkeena toteutettiin osallistujille terveystarkastus syksyllä 2015. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli arvioida kurssin vaikuttavuutta osallistujien elintapoihin pidemmällä aikavälillä sekä selvittää asiakkaiden elintapamuutosten toteutumista kurssin intensiivivaiheen päättymisen jälkeen. Kehittämishankkeen tarkoitus täyttyi. Puoli vuotta kurssin päättymisen jälkeen

toteutetuissa osallistujien terveystarkastuksissa kartoitettiin kyselylomakkeen (LIITE 19) sekä mittauksen avulla elintapamuutoksen toteutumista kurssin päättymisen jälkeen. Osallistujien etukäteen täyttämän kyselylomakkeen kautta saatiin kerättyä arvokasta tietoa osallistujien elintapamuutoksen toteutumisesta sekä kurssin vaikuttavuudesta pitemmällä aikavälillä. Terveystarkastus toteutusmuotona vaikuttavuuden arvioinnissa oli tehokas, koska osallistujien henkilökohtaisten tavoitteiden täyttymistä ja tämänhetkistä terveydentilaa kyettiin arvioimaan mittauksen (vyötärön ympäryys, verenpaine, paino) lisäksi haastattelemalla. Haastattelun keinoin saatiin tietoa esimerkiksi siitä, miten osallistuja itse oli kokenut kurssin vaikuttaneen omaan terveydentilaansa.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli tarjota osallistujille tukea ja ohjausta terveellisten elintapojen toteuttamiseen sekä keinoja ylläpitää elintapamuutoksia jatkossakin. Kehittämishankkeen tavoite toteutui. Terveystarkastuksessa kyettiin kartoittamaan asiakkaan tämänhetkinen tilanne sekä mahdollinen tuen tarve. Vastaanottotilanteessa osallistujille annettiin yksilöllistä elintapaohjausta, joka sisälsi konkreettisia keinoja elintapamuutosten toteuttamiseksi. Tällaisia konkreettisia keinoja olivat mm. yksilöllinen ravitsemusohjaus sekä liikuntaan liittyvä neuvonta. Osallistujille annettiin lisäksi positiivista palautetta jo saavutetuista tavoitteista, jolla pyrittiin kannustamaan heitä jatkamaan aktiivisesti oman terveytensä edistämistä elintapamuutoksilla.

Terveystarkastuksissa tuli esille, että kolme vastaajista ei ollut kyennyt jatkamaan elintapamuutoksia kurssin päättymisen jälkeen. Keskeisiä syitä olivat mielen-terveyshäiriön pahenemisvaihe, henkilökohtainen kriisitilanne elämässä sekä henkilökohtaisen motivaation lasku. Tästä voidaan tehdä päätelmä, että mielen-terveyskuntoutujilla mielen-terveyshäiriön hoitotasapaino sekä henkilökohtainen elämäntilanne saattavat vaikuttaa merkittävästi elintapamuutosten ylläpitoon. Mielen-terveyshäiriön pahenemisvaihe saattaa heikentää asiakkaan voimavaroja toteuttaa elintapamuutoksia, jolloin terveydenhuoltohenkilöstön antaman tuen

merkitys korostuu asiakkaan elintapamuutosprosessissa. Mielen­terveyshäiriön pahenemisvaiheessa on järkevää uusien tavoitteiden sijaan ohjata ja kannustaa asiakasta ylläpitämään jo saavutettuja tavoitteita sekä muistuttaa asiakasta fyysisen terveyden edistämisen merkityksestä mielen­terveyshäiriön hoidossa.

Osallistujat olivat kokeneet elintapamuutosten toteuttamisen helpommaksi kurssin aikana kuin sen jälkeen. Tämä vahvistaa jo kurssin intensiivivaiheen päätymisen jälkeen havaittua seikkaa, että ryhmämuotoinen elintapaohjaus on vaikuttavaa ja tehokasta ko. kohderyhmällä. Vertaisryhmästä saatava tuki edistää selkeästi elintapamuutoksiin sitoutumista sekä niiden konkreettista toteuttamista.

Kaksi vastaajaa oli kokenut kurssilla jaetun materiaalin hyödylliseksi myös kurssin jälkeen ja kertoi palanneensa materiaaliin ajoittain. Tämä vahvistaa ajatusta, että kurssilla jaettava materiaali ei ole pelkästään hyödyllistä kurssin aikana, vaan auttaa osallistujia sitoutumaan elintapamuutosten toteuttamiseen myös kurssin päättymisen jälkeen. Jaettu materiaali on näyttöön perustuvaa sekä kansallisten terveyssuositusten mukaista, jolloin sen tarjoama teoretieto luo turvallisen ja tehokkaan tietoperustan elintapojen muuttamiselle.

Kehittämishankkeena toteutetut terveystarkastukset antavat mahdollisuuden osallistujien edistymisen seurannalle ja jatko-ohjaukselle osallistujien yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Toisaalta se saattaa myös sitouttaa osallistujat muutosprosessiin tehokkaammin, koska kurssin toteutus ikään kuin jatkuu myös intensiivivaiheen jälkeen.

11.4 Hyödynnettävyys ja käyttökelpoisuus

Kurssin toteutus pyrittiin rakentamaan niin, että sen hyödynnettävyys ja käyttökelpoisuus olisi mahdollisimman laaja myöhemmin erilaisissa toimintaympäristöissä sekä toisaalta sovellettavissa myös erilaisille kohderyhmille. Tämä huomioitiin sekä osallistujien valinnassa että sisällön tuottamisessa. Osallistujavalinnassa painotettiin monipuolisuutta, jolloin kurssin vaikuttavuuden arviointi olisi luotettavampaa. Kurssin osallistajat olivat heterogeeninen ryhmä. Osallistujien saavuttamat tulokset osoittivat, että elintapaohjauskurssilla, jonka ohjaus perustuu kansallisiin terveystieteisiin sekä tutkimuksissa vaikuttaviksi arvioituihin ohjausmenetelmiin, saadaan vaikuttavia tuloksia kohderyhmän iästä, sukupuolesta tai taustasta riippumatta. Lisäksi osallistujien antamassa palautteessa oli vähän hajontaa eli enemmistö osallistujista antoi hyvää palautetta sekä kurssin aikana että kokonaisarviointissa, mikä osoitti asiakastyytyvää hyödynnettävyyttä. Tämä lisää kurssin käyttökelpoisuutta sekä sovellettavuutta myös muiden kohderyhmien kuin mielenterveyskuntoutujien kohdalla.

Kurssin hyödynnettävyyttä ja käyttökelpoisuutta pyrittiin lisäämään liittämällä kurssilla käytetty materiaali liitteeksi kirjallisen raportin yhteyteen. Liitteet muodostavat valmiin materiaalikokonaisuuden, jolloin kenellä tahansa terveysalan ammattilaisella on mahdollisuus toteuttaa samanlainen kurssi ilman laajamittaista sisällöntuottamista. Sisällössä ja menetelmien valinnassa painotettiin myös kustannustehokkuutta eli kurssin toteuttaminen ei vaadi suurta taloudellista panostusta toteuttavalta organisaatiolta. Kurssin liitteenä olevia materiaaleja on mahdollista käyttää myös yksittäin esimerkiksi vastaanottotyöskentelyssä tai kertaluontoisessa terveyden edistämässä erilaisissa terveyteen liittyvissä tapahtumissa tai teemapäivissä.

Kirjallisuuskatsauksessamme tuli esille, että mielenterveyshäiriöistä kärsivien somaattinen sairastavuus on suurempaa (vrt. ETENE 2009, 16), mutta toisaalta

terveydenhuollossa tämän kohderyhmän somaattisten sairauksien tunnistamisessa ja hoidossa on puutteita muuhun väestöön verrattuna (vrt. Salokangas 2009, 510) sekä tutkimusten, että potilasryhmän oman kokemuksen perusteella (vrt. Mielenterveyden keskusliitto 2013). Tätä tuki myös kurssilla käydyissä ryhmäkeskusteluissa osallistujien esiin tuomat henkilökohtaiset kokemukset. Osallistujien kokemus oli, että fyysisen terveyden edistäminen jää psyykkisen sairauden hoidon varjoon. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että kurssillamme toteutettua terveyden edistämistä, johon sisältyi terveystieteiden kliininen tutkiminen sekä elintapoihin liittyvä terveysterventio, voidaan pitää erityisen tarpeellisenä ja hyödyllisenä juuri tälle kohderyhmälle. Tätä tuki myös kurssin osallistujien antama kirjallinen palaute, jossa he toivat esiin subjektiivisen kokemuksensa kurssin hyödyllisyydestä liittyen oman terveytensä edistämiseen. Kurssin toteutuksen aikana havaittiin myös, että osallistujilla oli vahva muutoshalukkuus sekä motivaatio tehdä elintapoihin liittyviä muutoksia. Tämän perusteella voidaan olettaa, että perusterveydenhuollon tarjoamat palvelut eivät välttämättä aina ole riittäviä verrattuna mielenterveyspotilaiden halukkuuteen edistää omaa terveyttään. Tämän vuoksi tulevaisuudessa voitaisiin terveyden edistämiseksi hyödyntää enemmän kolmannen sektorin toimijoita, kuten Tsemppi-Talon kaltaisia mielenterveyskuntoutujille suunnattuja toimintayksiköitä. Esimerkiksi Tsemppi-Talon toiminta on vapaaehtoista, jolloin mielenterveyskuntoutuja on hakeutunut sinne vapaaehtoisesti ja on tämän perusteella todennäköisesti motivoitunut edistämään omaa hyvinvointiaan ja toimintakykyään. Tämä saattaa luoda paremmat lähtökohdat myös elintapamuutoksen toteuttamiselle. Tulevaisuudessa vaikuttavaa terveyden edistämistä voitaisiin toteuttaa perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin yhteistyöllä, jossa korostuu asiakasryhmien erityistarpeiden huomioiminen sekä kustannustehokkuus ja ekologisuus. Toteuttamaamme kurssia voidaan käyttää pohjana tämänkaltaisessa terveyden edistämiseksi etenkin haavoittuville ja helposti somaattisia terveysterveystarpeita vaille jääville kohderyhmille, kuten mielenterveyskuntoutujille.

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. 127(21):2265-72. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. Viitattu 5.3.2015. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99873.pdf>

Armstrong, M.; Mottershead, T.; Ronksley, P.; Sigal, R.; Cambell, T. & Hemmelgam, B. 2011. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and / or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Department of Cardiovascular and Respiratory Sciences, University of Calgary. Viitattu 16.2.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21692966>

Bak, M.; Fransen, A.; Janssen, J.; van Os, J. & Drukker, M. 2014. Almost all antipsychotics result in weight gain: a meta-analysis. PMC. Viitattu 16.12.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3998960/>

Barre LK.; Ferron, JC.; Davis, KE. & Whitley, R. 2011. Healthy eating in persons with serious mental illnesses: understanding and barriers. Psychiatric Rehabilitation Journal. Viitattu 21.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459746>

Berg, L. 2007. Vertaisia ja vertaisryhmiä. Viitattu 13.2.2015. <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paattyneet-hankkeet/mielenterveyshankkeet/Vertaisia%20ja%20vertaisryhmiä.pdf>

Bruins, J.; Jörq. F.; Bruggeman, R.; Slooff, C.; Corpeleijn, E. & Pijnenborg, M 2014. The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. PLoS One. Viitattu 3.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4256304/>

Cole, M. 2008. Occupational Therapy and Mental Health. Chapter 17 Client-centered groups.316-331. Elsevier: Churchill Livingston.

Duodecim. 2013. Lihavuus (aikuiset) käypä hoito -suositus. Viitattu 20.2.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=DF56BEEB9ECF94EF8E2A1715B53D66F3?id=hoi24010>

Goldschmidt, AB.; Crosby, RD.; Engel,SG.; Crow, SJ.; Cao, L.; Peterson, CB. & Durkin, N. 2013. Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. International Journal of Eating Disorders.

Hahn, LA.; Galletly, CA.; Foley, DL.; Mackinnon, A.; Watts, G.F; Castle, DJ.; Waterreus, A. & Morgan, VA. 2014. Inadequate fruit and vegetable intake in people with psychosis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.

Hakala, J.T. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hautala, T.; Hämäläinen, T.; Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2010. Toiminnan Voimaa - Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita Publishing.

Heikka, H & Koskenkorva J. 2004. Metabolisen oireyhtymän elintapaneuvonta Jyväskylän perusterveydenhuollon hoitajien kuvaamana. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 4.1.2015. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12245/G0000580.pdf?se>

Hirsjärvi,S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hyytinen, L. & Roiha, M. 2009. Keski-suomalaisten työikäisten ravitsemustottumusten varhais-tunnistaminen ja tyyppin 2 diabetesriskin kartoittaminen EVI-hankkeessa - Mini-intervention ja

transteoreettisen muutosvaihemallin soveltaminen. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/19658/URN_NBN_fi_jyu-200903021082.pdf?sequence=1

Illomäki, R. 2012. Substance use disorders in adolescence: comorbidity, temporality of onset and sociodemographic background. A study of adolescent psychiatric inpatients in Northern Finland. Väitöskirja-tutkimus. Oulun yliopisto. Viitattu 3.3.2015. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514299230/isbn9789514299230.pdf>

Jakabek, D.; Quirk, F.; Driessen, M.; Aljeesh, Y. & Baune, BT. 2011. Obesity and nutrition behaviours in Western and Palestinian outpatients with severe mental illness. BMC Psychiatry. Viitattu 22.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3207934/>

Kaarijoki, A. 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja päihteet, etenkin alkoholi, itsetuhoisuuden riskitekijänä. Opinnäytetyö.Lääketieteen koulutusohjelma, terveystieteen koulutusohjelma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 24.3.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140002/urn_nbn_fi_uef-20140002.pdf

Kallio, M. & McDowell, H. 2004. Nuoret ja mielenterveys. Helsingin yliopisto. Viitattu 10.2.2015 http://www.mv.helsinki.fi/home/korvela/vanha/opetus/perhekasvatus/Pienryhma_tyot/Aihe_5_mcdowell_ja_kallio.htm

Kalliola, T.; Kurki, A.; Salmi, M. & Tamminen-Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuuteen. Helsinki: Kirjapaja.

Kataja, J.; Jaakkola, T. & Liukkonen, J. 2011. Ryhmä liikkeelle! Toiminnallisia harjoituksia ryhmän kehittämiseksi. Taito. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Suomen Mielenterveysseura. Laadukasta kulttuuria vapaaehtoistyöhön –hanke. SMS-Tuotanto Oy.

Kiiskinen, U.; Vehko, T.; Matikainen, K.; Natunen, S.; Aromaa, A. 2008. Terveysten edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 7.2.2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113053/Terveysten_edistamisen_mahdollisuudet_vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf?sequence=1

Koponen, H. 2011. Painonnousu psyykenlääkkeiden haittavaikutuksena. Suomen lääkärilehti 9/2011 vsk 66. Viitattu 18.12.2014. http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2011/nosto9_1.pdf

Korkeila, K. & Korkeila, J. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt - Mielenterveyspotilaiden somaattista sairastavuutta on mahdollista vähentää muuttamalla elämäntapoja. Lääkärilehti. Viitattu 23.3.2015. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029550>

Koski-Jännes, A. 2008. Motivoiva haastattelu. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 7.2.2015. http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf

Kuosmanen ym. 2010. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä-kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005-2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 31.1.2015. <https://www.thl.fi/documents/10531/99506/Avauksia%202010%205.pdf>

Kärkkäinen, U. 2012. Syömiskäyttäytyminen, laihduttaminen ja painonhallinta. Pro Gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 2.1.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120165/urn_nbn_fi_uef-20120165.pdf

Lack, D.; Holt, RG. & Baldwin, DS. 2015. Poor monitoring of physical health in patients referred to mood disorders service. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. Viitattu 25.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315671/>

Lasic, D.; Bevanda, M.; Bošnjak, N.; Ugleši, B. & Glavin, T. 2014. Metabolic syndrome and inflammation markers in patients with schizophrenia and recurrent depressive disorder. *Psychiatria Danubina*.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. *Etiikka hoitotyössä*. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Leppämäki, S. 2007. Liikunta ja depressio. *Duodecim*. Viitattu 18.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00038&p_teos=onn&p_selaus=9513

Lindberg, N.; Tani, P.; Appelberg, B.; Stenberg, D. & Porkka-Heiskanen, T. 2004. Uni mielen-terveyden häiriöissä. *Suomen lääkärilehti*.

Łopuszańska, U.; Skorzyńska-Dziduszko, K.; Lupa-Zatwarnicka, K. & Makara-Studzińska, M. 2014. Mental illness and metabolic syndrome--a literature review. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*.

Lääti, S. 2013. Sosiaalinen hyvinvointi mielen-terveyskuntoutujan elämässä. Tutkimus sosiaali-
sen hyvinvoinnin merkityksistä nuorempien ja varttuneiden mielen-terveyskuntoutujien keskuu-
dessa. Pro Gradu-tutkielma. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Viitattu
15.12.2014.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40975/Gradu_Laati.pdf?sequence=2

Lönnqvist, J. 2009. Stressi ja depressio. *Duodecim*. Viitattu 10.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2009. Terveiden edistämisen ohjelma. MLL:n terveyden edis-
tämisen ohjelma 2009-2015. Viitattu 7.1.2015. http://www.mll.fi/mll/toiminta/terveyden_edistamisen_ohjelma/

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. *Duodecim*. Viitattu 19.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01668

Melartin, T.; Kuosmanen, L. & Riihimäki, K. 2010. Tosi mies ei masennu? *Suomen lääkärilehti*
3/2010. vsk.65. Viitattu 20.12.2014. [http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL32010-
melartin.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL32010-melartin.pdf)

Mielen-terveyden keskusliitto. 2013. Mielen-terveysbarometri 2013. Viitattu 7.1.2015. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Barometri+2013+diaesitys.pdf>

Mielen-terveyden keskusliitto. 2015. Viitattu 28.10.2014. [http://mtkl.fi/tietoa-
mielen-terveydesta/kasitteita-mielen-terveydesta/](http://mtkl.fi/tietoa-mielen-terveydesta/kasitteita-mielen-terveydesta/)

Mikkola, A. 2012. Psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijöiden tekemä hoitosuhdetyö – Katego-
riat hoitosuhdetyötä jäsentämässä. Tampereen Yliopisto. Viitattu 9.1.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84080/gradu06301.pdf?sequence=1>

Moring, J.; Martins, A.; Partanen, A.; Bergman, V.; Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.) 2011. Kansallinen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 8.1.2015. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80007/d5f4cb21-cc45-4398-9679-
8207945705d7.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80007/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7.pdf?sequence=1)

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. *Duodecim*. Viitattu 10.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147

- Mäenpää, P. & Oksanen, S. 2007. Varusmiesten ruokailutottumusten muuttamisen esteiden yhteys ruokailutottumuksiin ja yhteyden vaihtelu painoindeksiin mukaan. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 8.1.2015. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12281/URN_NBN_fi_jyu-2007215.pdf?sequence=1
- Ouwens, M A.; van Strien, T. & van Leeuwe, JFJ. 2009. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*.
- Partonen, T. 2008. Unettomuus mielenterveyden häiriöissä. Viitattu 20.2.2015. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=nix01079
- Paunio, T ja Porkka-Heiskanen, T 2008. Unen merkitys sairauksien synnyssä. *Duodecim*. Viitattu 15.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00056
- Pietilä, A-M.; Hakulinen, T.; Hirvonen, E.; Koponen, P.; Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) 2002. *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: Wsoy.
- Pietiläinen, K.; Mustajoki, P. & Borg, P.(toim.) 2015. *Lihavuus*. Duodecim. Porvoo.
- Ringen, PA.; Engh, JA.; Birkenaes, AB.; Dieset, I.& Andreassen OA. 2014. Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease – A non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. *PMC*. Viitattu 16.12.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175996/>
- Ruuskanen, E-I. 2006. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishanke 2003- 2005 - Kuntoutujien kokemuksia liikunnasta ja liikuntaryhmistä. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.1.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93424/gradu01045.pdf?sequence=1>
- Saarelma, O. 2014. *Terveystarkastukset*. Duodecim. Viitattu 5.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00336
- Saharinen, T. 2013. Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25-64-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Publications of The University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Kuopion Yliopisto. Viitattu 20.12.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1241-1/urn_isbn_978-952-61-1241-1.pdf
- Salmela, SM. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D) – Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohajustarve ja sovitut interventiomuodot. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 21.12.2014. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40377/978-951-39-4906-8.pdf?sequence=3>
- Salmela, SM, Kettunen, T & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. Viitattu 5.3.2015. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/viewFile/3627/4174>
- Salmimies, R. & Ruutu, S. 2009. *Myönteisen muutoksen työkirja*. Porvoo: WSOYpro.
- Salokangas, RKR. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. *Duodecim*. Viitattu 5.2.2015. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo97889
- Simon, GE.; Von Korff, M.; Saunders, K.; Miglioretti, DL.; Crane, PK.; van Belle, G.; Kessler, RC. 2006. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population.

- JAMA Psychiatry. Viitattu 15.12.2014.
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209790>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollin kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki. Viitattu 9.1.2015.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3
- Sosiaali ja Terveysministeriö. 2014. Mielenterveyspalvelut. 2014. Viitattu 26.3.2015
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut
- Sosiaali ja Terveysministeriö. 2015a. Terveyden edistäminen. Viitattu 18.3.2015.
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015b. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kannattaa. Viitattu 15.3.2015. <http://www.stm.fi/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-kannattaa>
- Suvisaari, J. 2013. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. Suomen Lääkärilehti 20/2013. Vsk. 68. (a). Viitattu 19.1.2015.
<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/7625/sll202013-1487.pdf>
- Suvisaari, J. 2013. Suomalaisen mielenterveys. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (b). Viitattu 3.2.2015.
http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/suomalaisen_mielenterveys_suvisaari_08022013.pdf
- Tolonen, U. 2011. Ruokaa mielelle – ratkaisukeskeinen ryhmäohjelma masennuksesta toipuvien mielenterveyskuntoutujien ravitsemusohjaukseen. Pro gradu- tutkielma. Ravitsemustiede. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 9.1.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110054/urn_nbn_fi_uef-20110054.pdf
- Tsemppi-talo. 2015. Viitattu 16.3.2015. <http://www.tsempitalo.net/>
- Tuisku, K.; Melartin, T. & Vuokko, A. 2011. Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.3.2015.
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/01/12/suositus_mielenterveysongelmiin_liittyva_toimintakyvyn_arviointi_1.pdf
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Edita.
- Työterveyslaitos. 2014. Elintavat ja hyvinvointi. Viitattu 15.12.2014.
http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/elintavat_ja_tyokyky/Sivut/default.aspx
- Ussher, M.; Stanbury, L.; Cheeseman, V. & Faulkner, G. 2007. Physical Activity Preferences and Perceived Barriers to Activity Among Persons With Severe Mental Illness in the United Kingdom. Psychiatric Services. Viitattu 24.3.2015.
<http://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2007.58.3.405>
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2009. Mielenterveysetiikka - sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 10.12.2014.
<http://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisu+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d>
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. 2008. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. ETENE-julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.11.2014.
<http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisu+19+Terveyden+edista+misen+eettiset+haasteet.pdf/8b7f4fb9-71ef-4811-bc06-8d117222d049>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuosituksien 2014.

Vartiovaara, I. 2006. Elämänmuutosten stressaavuus. Duodecim. Viitattu 15.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00090

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen Opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vuori, I. 2013. Liikuntaan ohjaaminen kuuluu terveydenhuollon tehtäviin. Lääkärilehti 23/2013. Viitattu 3.1.2015. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/7218/sll232013-1755.pdf>

Väestöliitto, 2010. Seksuaalisuus. Viitattu 25.3.2015. http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudes-ta/aikuiset/ongelmia_haasteita_sairauksia/seksuaalisuus_seksi_ja_sairaudet/psykiatriset-sairaudet-ja-seksua/

Wahlbeck, K. 2010. Mielen terveystalouden ongelmat ja haasteet. Terveystalouden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.2.2015. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f-1015813626/wahlbeck.pdf>

Wheeler, AJ.; McKenna, B. & Madell, D 2013. Stereotypes do not always apply: findings from a survey of the health behaviours of mental health consumers compared with the general population in New Zealand. The New Zealand Medical Journal. Viitattu 22.3.2015. <https://www.nzma.org.nz/journal/read-the-journal/all-issues/2010-2019/2013/vol-126-no-1385/art-wheeler>

Hakulomake terveyden edistämisen kurssille

*Nimi: _____

*Syntymäaika: _____

*Tsemppi-Talon asiakkaana alkaen (kk/vuosi): _____

Terveydentila:

Perussairaudet:

Koen terveydentilani tällä hetkellä:

a) erinomainen b) hyvä c) kohtalainen d) heikko

*Tarvitsen tukea johonkin seuraavista terveyteen liittyvistä osa-alueista (voit ympyröidä vaihtoehdon ja halutessasi perustella):

a) ravitseminen _____

b) painonhallinta _____

c) liikunta _____

d) unirytmitys _____

e) muu: _____

Kurssi toteutetaan keväällä aikavälillä tammikuu 2015-huhtikuu 2015. Tapaamiset ovat kerran viikossa. Koetko elämäntilanteesi tällä hetkellä sellaiseksi, että Sinun on mahdollista sitoutua projektiin koko toteutusajan?

Koen En koe

Arviointilomake

Terveyden edistämisen kurssi

Toteutuskerran teema ja päivämäärä: _____

Arvioi asteikolla 1-5 (1=huono, 2=välttävä, 3= tyydyttävä, 4=hyvä, 5 =erinomainen). Ympyröi valitsemasi arviointivaihtoehto.

Aiheen kiinnostavuus	1	2	3	4	5
Toteutuksen sisältö	1	2	3	4	5
Käytetyt menetelmät	1	2	3	4	5
Toteutuksen materiaali	1	2	3	4	5
Ajankäyttö	1	2	3	4	5
Ohjaajien osaaminen	1	2	3	4	5
Ryhmän toiminta	1	2	3	4	5
Oma osallistuminen	1	2	3	4	5

Perustelut / toivomukset / terveiset ohjaajille (jatka tarvittaessa kääntöpuolelle):

Ryhmäkerta 1: Ryhmytyminen

VAIHE 1

Ryhmytymisharjoite

Pöydälle asetellaan paljon erilaisia kuvia. Jokainen osallistuja valitsee yhden kuvan, joka kuvastaa heidän senhetkistä tunnetilaansa. Osallistujat kirjoittavat paperille toiveita ja odotuksia tulevan kurssin suhteen. Tämän jälkeen osallistujat keskustelevat pareittain omista odotuksistaan ja valitsemastaan kuvasta sekä sen kuvaamasta tunnetilasta. Parikeskustelun jälkeen parit esittelevät toistensa ajatukset koko ryhmälle. Ohjaaja kerää kuvat ja odotukset talteen ja niihin palataan kurssin päätöskerralla.

VAIHE 2

Yhteistenpelisääntöjen luominen

Vapaan ryhmäkeskustelun avulla sovitaan noin kymmenen yhteistä sääntöä kurssille. Sääntöihin sisällytetään salassapitovelvoite, joka koskee kurssin luotamuksellista sisältöä (esim. osallistujien terveydentilaan liittyvät asiat). Säännöt kirjataan isolle paperille, jonka kääntöpuolelle osallistujat kirjoittavat oman allekirjoituksen merkiksi siitä, että sitoutuvat noudattamaan sovittuja sääntöjä.

Ryhmäkerta 2: Ravitsemus-rastirata

VAIHE 1

Ravitsemuksen rastirata koostuu kolmesta rastipisteestä, joissa jokaisessa on ravitsemukseen liittyvä tehtävä. Ohjaaja antaa ryhmälle ohjeet rastitehtävistä sekä radan kiertojärjestyksestä ja jakaa osallistujat tämän jälkeen kolmeen pienryhmään. Jokainen pienryhmä asettuu kukin omalle aloitusrastilleen ja aloittaa tehtävän tekemisen ohjaajan antaessa luvan. Yhden rastin suorittamiseen on aikaa 5-10 minuuttia ja ohjaaja ilmoittaa, kun on aika siirtyä seuraavalle rastille.

Rasti 1: Sokeripala-tehtävä

Sokeripalatehtävän tarkoituksena on herätellä osallistujia pohtimaan erilaisten elintarvikkeiden sisältämiä sokeripitoisuuksia. Tehtävän pohjana on Kuluttajaliiton sokeripalanäyttely (Kuluttajaliitto). Sokeripala-tehtävässä pöydälle asetellaan kuvia erilaisista elintarvikkeista ja lisäksi satunnaisessa järjestyksessä sokeripalakasoja, jotka kuvaavat kuvien elintarvikkeiden sisältämiä sokerimääriä (Kuva 6a). Sokeripalakasojen viereen kirjoitetaan numeerisesti sokeripalojen määrä. Osallistujien tehtävänä on yhdistää oikea kuva oikeaan sokeripalakaan, jotta tuotteen sisältämä sokerimäärä ja kasassa olevien sokeripalojen määrä vastaavat toisiaan. Pienryhmä kirjaa vastaukset paperille.



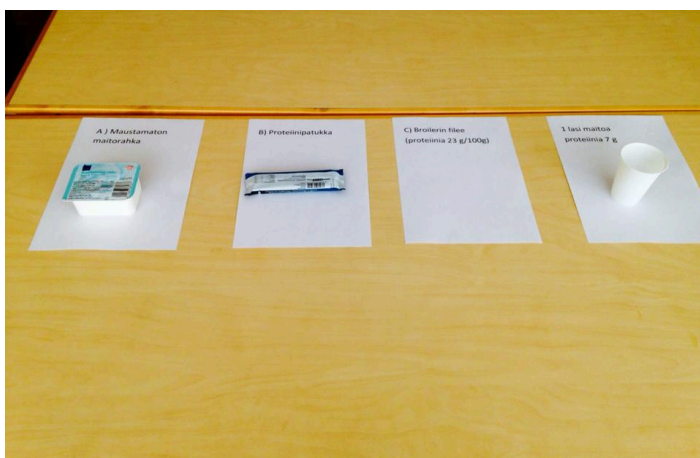
Elintarvikekuvat ja niiden alla sokeripalakasoja satunnaisessa järjestyksessä.

Rasti 2: Proteiinin lähteen valinta ja annoskoon arviointi

Pöydälle on aseteltu erilaisia elintarvikkeita (tai kuvia niistä), jotka sisältävät runsaasti proteiinia (esim. proteiinipatukka, lasillinen maitoa, broilerin rintafilee, maitorahka yms.). Tuotteiden alle on kirjoitettu tuotteen paino sekä tuotteen sisältämän proteiinin määrä.

Pienryhmän tehtävänä on pohtia minkä proteiininlähteen he valitsisivat ja perustella valintansa. Ryhmä kirjaa valitsemansa vaihtoehdon vastauspaperiin.

Rastin toisessa osiossa pöydälle on aseteltu erikokoisia annoksia pähkinöitä. Osallistujien tehtävänä on arvioida mikä annoksista vastaa terveystieteiden mukaista määrää eli kourallista pähkinöitä ja kirjata valitsemansa vaihtoehdon vastauspaperiin. Tehtävän tarkoituksena on havainnollistaa annoskokoja sekä ohjata osallistujia perehtymään tuotteiden ravintosisältöihin.



Proteiininlähteitä, joista osallistujat valitsevat yhden vaihtoehdon ja perustelevat valintansa vastauspaperiin.



Erisuuruisia määriä pähkinöitä, joista osallistujat valitsevat sen vaihtoehdon, joka heidän arvionsa mukaan sisältää 30 g pähkinöitä ja kirjaavat sen vastauspaperiin.

Rasti 3: Ravintosisältöjen arviointi

Tehtävää varten muodostetaan ateriakokonaisuuspareja, jotka sisältävät saman verran energiaa, mutta joista toinen vaihtoehto on terveellinen ja toinen epäterveellinen. Pöydälle asetetaan satunnaisessa järjestyksessä kuvia ateriakokonaisuuksista. Pienryhmien tehtävänä on yhdistää ateriakokonaisuudet pareiksi siten, että saman verran kaloreita sisältävät terveellinen ja epäterveellinen vaihtoehto ovat pöydällä vierekkäin. Tehtävän tarkoituksena on havainnollistaa, että vaikka ateriakokonaisuuspareissa on saman verran energiaa, niin terveellisessä vaihtoehdossa ruoan määrä on suurempi ja laatu parempi.



Ateriakokonaisuuksia pöydällä satunnaisessa järjestyksessä.



Ateriakokonaisuudet, jotka sisältävät saman verran energiaa, yhdistettynä vierekkäin ateriapariiksi.

Rastiradan päätyttyä käydään ryhmäkeskustelun, jossa jokainen pienryhmä esittelee omat vastauksensa ja ohjaaja kertoo lopuksi tehtävien oikeat vastaukset sekä ateriakokonaisuuksien sisältämät kalorimäärät. Lisäksi voidaan keskustella tehtävän herättämistä ajatuksista ja oivalluksista.

Ryhmäkerta 3: Case Matti

VAIHE 1

Pöydälle on katettu muovisia malliruokia käyttäen esimerkkihenkilön yhden vuorokauden ruokavalio. Ruokien viereen on kirjoitettu ruokailuaika ateriarytmin havainnollistamiseksi. Osallistujien tehtävänä on tutustua esimerkkihenkilön ruokavalioon ja tehdä siitä havaintoja ohjaavien kysymysten avulla. Ohjaaja kertoo harjoituksen aluksi tehtävän kulun, tarkoituksen sekä tavoitteen. Lisäksi ohjaaja kertoo esimerkkihenkilön taustan sekä antaa ryhmälle ohjaavat kysymykset.



Esimerkkihenkilön ruokavalio

Esimerkkihenkilön tausta ja ruokavalio Matti on 45-vuotias rakennustyömiehes. Matin työaika on klo 7-15. Ohessa on kuvattu Matin päivän ruokavalio.

6.30. kuppi kahvia

10.00 kuppi kahvia

12.00 kuppi kahvia ja viineri

15.00. kuppi kahvia

17.00 perunamuusia ja porsaankyljys, 3 lasia maitoa

Harjoituksen tehtävänänto ja ohjaavat kysymykset:
Mitä huomioita teet ruokavaliosta? Valitse sivupöydältä ruoka-aineita ja korjaa ruokavaliota terveellisemmäksi.

VAIHE 2

Kun ryhmä on tehnyt havaintoja ruokavaliosta, käydään ohjaajan johdolla ryhmäkeskustelu, jossa pohditaan yhdessä kehittämissuhteita, joilla voitaisiin edistää ruokavaliota terveellisyyttä sekä parantaa esimerkkihenkilön ateriarvot. Keskustelun päätteeksi ryhmä valitsee sivupöydälle asetelluista malliruokista terveellisempiä vaihtoehtoja kehittämissuhteiden pohjalta ja korvaavat niillä epäterveelliset vaihtoehdot. Lisäksi osallistujat muokkaavat ateriarvot säännöllisemmäksi.



Malliruokat sivupöydällä: Matin ruokavaliota



Ruoat muokattu terveellisemmäksi

VAIHE 3

Lopuksi käydään ohjaajan johdolla lyhyt ryhmäkeskustelu, jossa ohjaaja antaa palautteen harjoituksesta ryhmälle sekä keskustellaan harjoituksen herättämistä ajatuksista.

Ryhmäkerta 3: Case -harjoitukset

VAIHE 1

Osallistujat jaetaan pareiksi. Ohjaaja kertoo harjoituksen kulun ja antaa taustatiedot case -harjoitukseen. Tämän jälkeen osallistujat keskustelevat ohjaavien kysymysten avulla case -harjoituksen esimerkkihenkilöiden tilanteesta. Case -harjoituksia on kaksi ja ne käsitellään yksi kerrallaan (pari- ja ryhmäkeskustelu).

Case 1

- Marja on 62-vuotias eläkkeellä oleva nainen. Marja erosi puoli vuotta sitten miehestään 30 vuoden avioliiton jälkeen.
- Marja on yrittänyt syödä terveellisesti koko syksyn, mutta siitä huolimatta paino on noussut viisi kiloa. Marja syö usein iltaisin paljon epäterveellisiä herkkuja ja kokee, ettei hänellä ole minkäänlaista itsehillintää. Nukkumaan mennessään hänellä on ahdistunut olo.

Case 1

- Mitä tunteita Marjan syömiseen voi liittyä?

Case 2

- Elina on 37-vuotias nainen. Hän on tällä hetkellä työtön. Hän erosi paikaystävästään syksyllä.
- Elinalla on muutama hyvä ystävä, joita hän tapaa säännöllisesti. Tänäpäin Elina tapaa ystävänsä Kaisan. Tapaamisella Kaisa kertoo saaneensa työpaikan ja menevänsä naimisiin ensi kesänä.
- Kotimatalla Elina tuntee valtavan suklaahimon. Hän menee kaupan kautta kotiin ja ostaa kaksi suklaaleivyä, jotka syö illan aikana. Nukkumaan mennessä hänellä on epämääräisen ahdistunut ja huono olo.

Case 2

- Mitä tunteita Elinan syömiseen saattoi liittyä?

Case 3

- Markus on 42-vuotias putkimies. Hän pienessä asuu rivitaloyhtiössä perheensä kanssa.
- Eräänä iltana naapuri tulee pihalla vastaan ja valittaa Markukselle tämän lapsien käytöksestä. Markus ärsyyntyy ja lopulta suuttuu. Markuksen ja naapurin välille syntyy suukopu.
- Sisälle tullessaan Markus syö neljä vaimon leipomaa korvapuustia vaikka oli päättänyt pudottaa painoaan. Syömisestä jälkeen häntä harmittaa. Seuraavana päivänä hän syö aamiaiseksi jälleen korvapuustin, koska kaikki tuntuu menneen jo pilalle.

Case 3

- Mitä tunteita Markuksen syömiseen saattoi liittyä?

VAIHE 2

Parikeskustelun jälkeen käydään casesta ohjaajan johdolla ryhmäkeskustelu, jonka tarkoituksena on tehdä yhteenveto parikeskustelussa esiin nousseista ajatuksista.

Ryhmäkerta 4: Case -harjoitukset

VAIHE 1

Osallistujat jaetaan pareiksi. Ohjaaja kertoo harjoituksen kulun ja antaa taustatiedot case -harjoitukseen. Tämän jälkeen osallistujat keskustelevat ohjaavien kysymysten avulla case -harjoituksen esimerkkihenkilöiden tilanteesta. Case -harjoituksia on kaksi ja ne käsitellään yksi kerrallaan (pari- ja ryhmäkeskustelu).

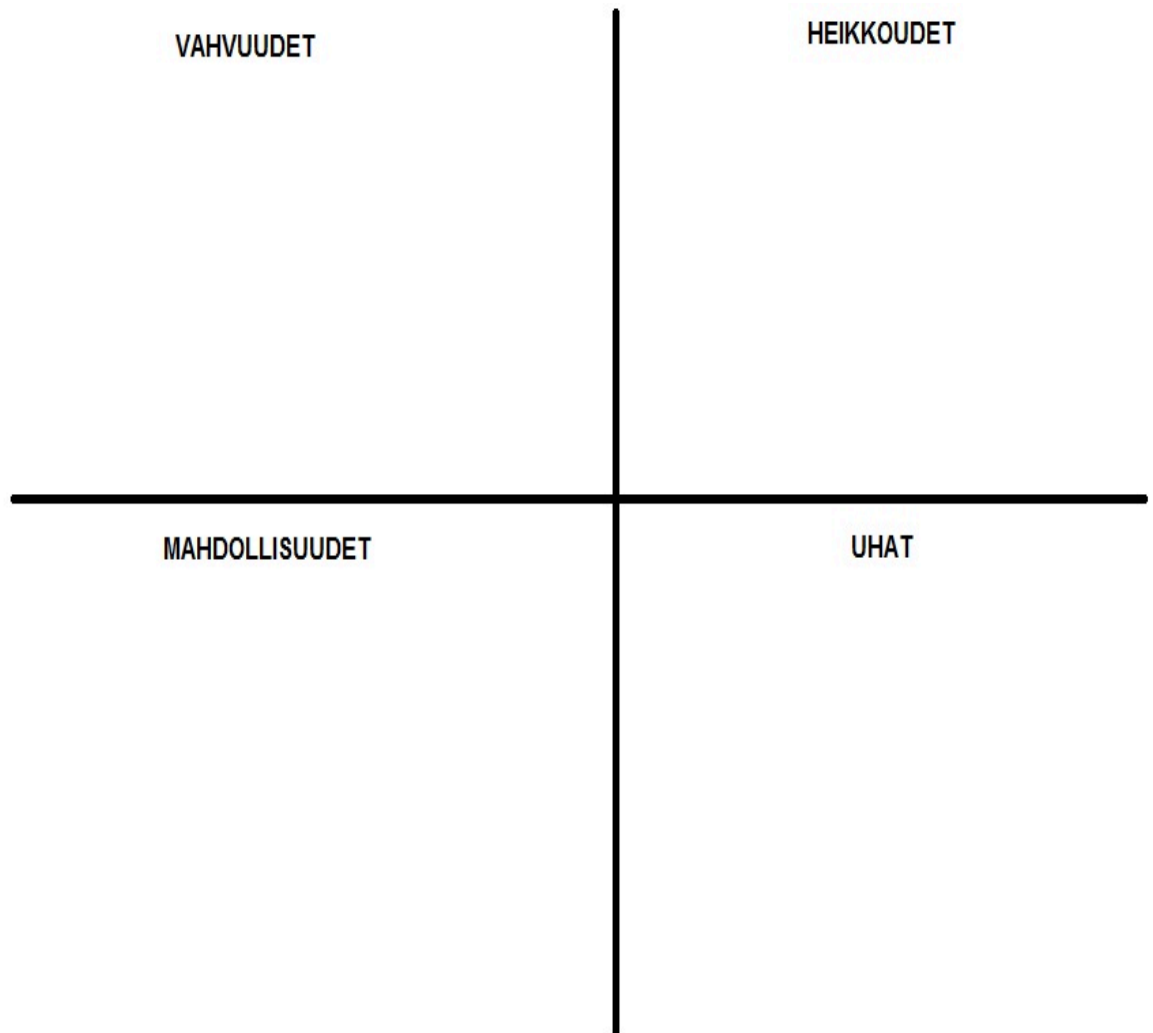
<p>CASE 1 RAJOITAVAT USKOMUKSET</p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ Saara on 35-vuotias nainen. Saara on käynyt peruskoulun, mutta lukio jäi häneltä aikanaan kesken. Hän jäi viime vuonna työttömäksi. Saara haluaisi opiskella lähihoitajaksi, mutta ei usko pärjäävänsä koulussa. 	<p>CASE 1 OHJAAVAT KYSYMYKSET PARIKESKUSTELUUN</p> <p>Mitä uskomuksia Saaralla on liittyen opiskelutaitoihinsa? Ovatko uskomukset todenmukaisia? Mihin ne perustuvat?</p>
<p>CASE 2 RAJOITAVAT USKOMUKSET</p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ Raija on 47-vuotias opettaja. Hän haluaisi pudottaa painoaan 15 kiloa. Hän aloittaa aina vuodenvaihteessa kuntokuurin, mutta ei saa painoa pudotettua alkuiinnostuksen jälkeen. Hän kutsuu itseään ”ikuiseksi laihduttajaksi” eikä usko saavuttavansa koskaan ihannepainoaan. Hän syyttää asiasta huonoa itsekuriaan. 	<p>CASE 2 OHJAAVAT KYSYMYKSET PARIKESKUSTELUUN</p> <p>Mihin Raijan uskomukset itsestään laihduttajana perustuvat? Ovatko uskomukset totuudenmukaisia? Miten uskomukset mahdollisesti vaikuttavat Raijan painonpudotukseen?</p>

VAIHE 2

Parikeskustelun jälkeen käydään casesta ohjaajan johdolla ryhmäkeskustelu, jonka tarkoituksena on tehdä yhteenveto parikeskustelussa esiin nousseista ajatuksista.

Ryhmäkerta 4: SWOT-analyysi

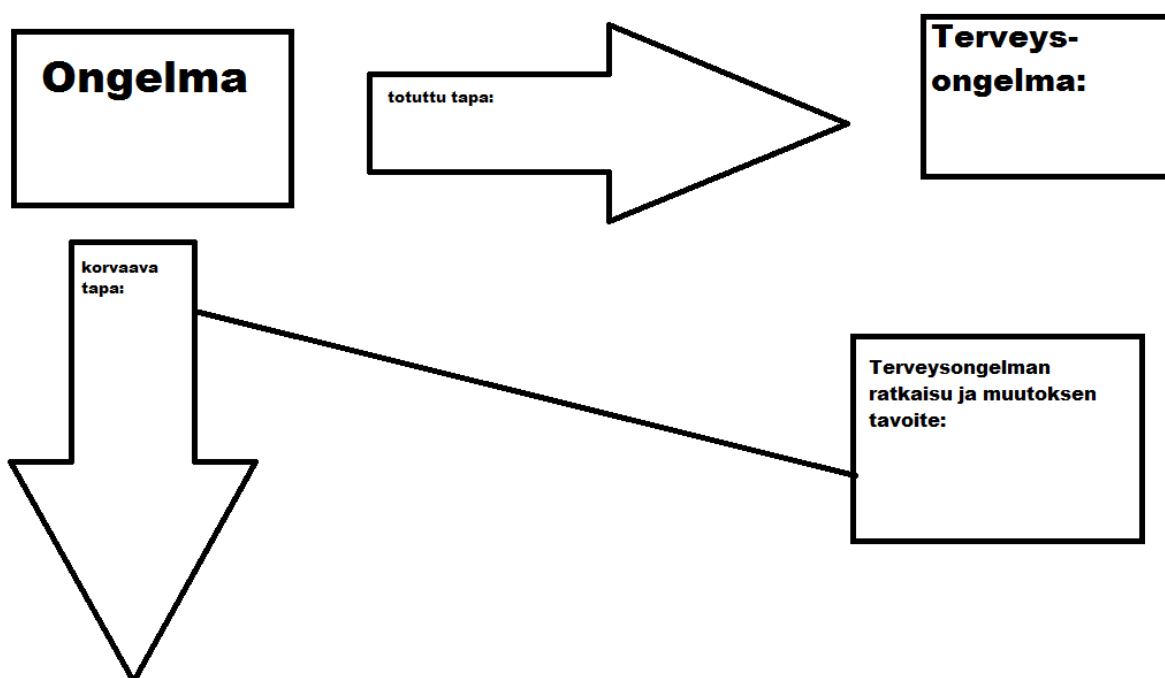
Pohdi omaa elintapamuutostasi ja kirjaa taulukkoon omat vahvuudet ja niistä johtavat mahdollisuudet sekä heikkoudet ja niistä riskinä olevat uhat.



Muotoiltu Salmimiehen & Ruudun 2009, 143-144 mukaan.

Ryhmäkerta 4: Korvaava tapa-kotitehtävä

Tehtävänanto: Pohdi sellaista **terveystottumusta**, johon haluaisit muutosta, (esim. nukkuminen, syöminen, liikunta yms.) ja kirjoita se laatikkoon, jossa lukee Ongelma. Pohdi tämän jälkeen jotakin valitsemaasi terveystottumukseen liittyvää **haitallista tapaa** (esim. iltasyöminen, tietokonepelin pelaaminen yms.) ja kirjaa se kohtaan totuttu tapa. Pohdi mitä vaikutuksia tavan noudattamisella on terveyteesi ja millaisia **terveysongelmia** se mahdollisesti aiheuttaa ja kirjaa pohtimasi asiat Terveysongelma-laatikkoon. Pohdi tämän jälkeen jotakin **korvaavaa tapaa** haitallisen elintavan tilalle (esim. säännöllinen ateriarytmi, iltarutiinien noudattaminen ja säännöllinen nukkumaanmeno-aika) ja kirjaa se kohtaan korvaava tapa. Kotitehtävää käsitellään yksilöohjauksessa ja voit tarvittaessa jatkaa sen täyttöö ohjaajan kanssa.



Ryhmäkerta 5: Vuorokausirytmihuoneentaulu

VAIHE 1

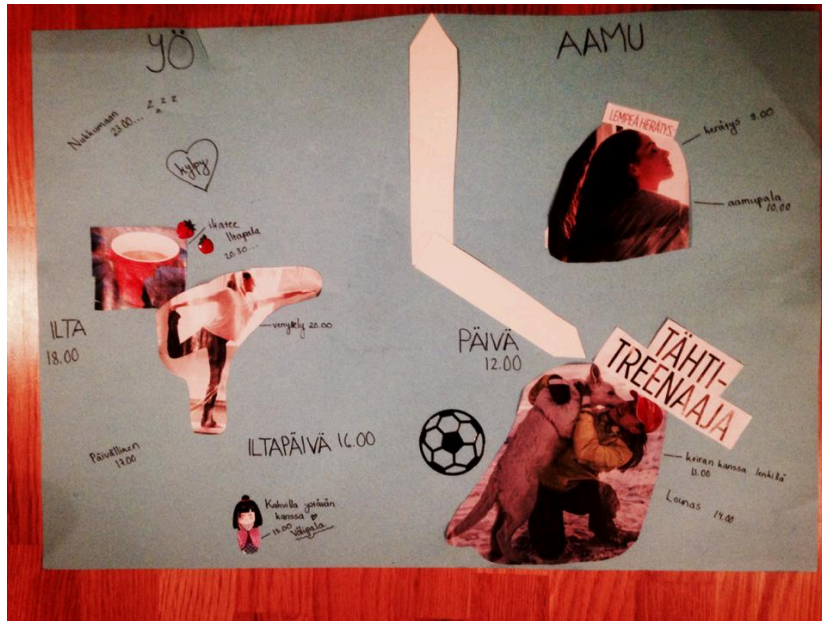
Ryhmäläisiä pyydetään pohtimaan oman elämänsä hyvinvointia edistäviä ja heikentäviä tekijöitä ja kirjaamaan mieleen tulleet asiat paperille. Tämän jälkeen osallistujia pyydetään kuvaamaan oma vuorokausirytmensä erilliselle vuorokausirytmilomakkeelle ja pohtimaan onko tämänhetkinen rytmi hyvinvointia ja terveyttä edistävä. Mikäli osallistuja havaitsee, että rytmissä on kehitettäviä asioita, pyydetään häntä kirjaamaan asiat lomakkeeseen.

Vuorokausirytmihuoneentaulu

1. Millainen on sinun vuorokausirytmisi?

Merkitse kellonajat viivoille oman vuorokausirytmisi mukaan.

	klo
Herätys	_____
Aamupala	_____
Tapaamisiin, menoihin yms. Lähtö	_____
Aamupäivän menot	_____
Lounas	_____
Iltapäivän menot	_____
Välipala	_____
Iltapäivän menot	_____
Päivällinen	_____
Vapaa-aika (harrastukset ym.)	_____
Iltatoimet	_____
Nukkumaan meno	_____



Vuorokausirytmihuoneentaulu. Taulu on tehty kellotaulun muotoiseksi ja sen on tarkoitus kuvata yksilön ja hyvinvointia edistäviä tekijöitä sekä terveyttä edistävää vuorokausirytmää, johon hän haluaa pyrkiä.

VAIHE 3

Kun tehtävään annettu aika on käytetty, käydään huoneentauluista ohjaajan johdolla ryhmäkeskustelu, jonka tavoitteena on jakaa hyvinvointia ja terveyttä edistäviä vinkkejä. Oman taulun näyttäminen muille on vapaaehtoista.

Ryhmäkerta 6: Case-harjoitukset

VAIHE 1

Osallistujat jaetaan pareiksi. Ohjaaja kertoo harjoituksen kulun ja antaa taustatiedot case -harjoitukseen. Tämän jälkeen osallistujat keskustelevat ohjaavien kysymysten avulla case -harjoituksen esimerkkihenkilöiden tilanteesta. Case -harjoituksia on kolme ja ne käsitellään yksi kerrallaan (pari- ja ryhmäkeskustelu).

Essi ja Juho

- ▶ Essi (44) ja Juho (47) ovat olleet naimisissa 5 vuotta. Heillä ei ole lapsia.
- ▶ Essi ja Juho jäivät kumpikin hiljattain työttömäksi.

Essin ja Juhon parisuhteessa on ollut viime aikoina paljon ristiriitoja, koska molemmat ovat stressaantuneita huonosta taloudellisesta tilanteesta johtuen. Juho on alkanut myös juoda alkoholia viikonloppuisin enemmän. Seksielämä on hiljaista ja Essi ja Juho riitelevät tästä usein. Essi kärsii usein haluttomuudesta. Juho haluaisi enemmän seksiä.

Mikä avuksi?

- ▶ Miettikää pareittain:
 1. Mistä Essin ja Juhon seksielämään liittyvät ongelmat voisivat johtua?
 2. Mitä keinoja he voisivat käyttää tilanteen helpottamiseksi?

Mira

- ▶ Mira on 43-vuotias sinkku
- ▶ Hänellä ei ole lapsia
- ▶ Mira erosi neljä vuotta sitten 7 vuoden seurustelusuhteesta.
- ▶ Eron jälkeen Mira ei ole harrastanut seksiä.
- ▶ Miralla on huono itsetunto, johon vaikuttavat lapsuuden kokemukset (koulukiusaaminen).
- ▶ Miran lapsuudenkoti oli hyvin uskonnollinen ja seksistä ei puhuttu
- ▶ Mira on kärsinyt haluttomuudesta kaikissa parisuhteissaan

Pohtikaa pareittain

- Millainen on Miran suhde omaan seksuaalisuuteensa?
- Mitkä asiat siihen ovat voineet vaikuttaa?
- Miten Mira voisi vaalia omaa seksuaalisuuttaan?

Irina ja Sami

- ▶ Irinalla (33) ja Sami (35) ovat seurustelleet 3 vuotta
- ▶ Irinalla todettiin vuosi sitten keskivaikea masennus, johon aloitettiin lääkitys ja terapia heti sairauden toteamisen jälkeen
- ▶ Lääkitys on lisännyt ruokahalua ja nostanut näin ollen painoa reippaasti
- ▶ Irinan ja Samin parisuhde on onnellinen, mutta sairauden myötä Irina on alkanut kokea seksuaalisuuden vaikeana asiana ja seksiä on enää harvoin
- ▶ Irina pelkää, että Sami jättää hänet, koska seksielämä on hiipunut. Aiemmin Irina on ollut seksuaalisesti aktiivinen.
- ▶ Sami kärsii ajoittain erektiohäiriöstä

Mikä avuksi?

- Pohtikaa pareittain
 - ▶ Miten sairaus on voinut vaikuttaa Irinan seksuaalisuuteen?
 - ▶ Mitä apukeinoja Irina ja Sami voisivat käyttää ongelmien ratkaisemiseksi?

VAIHE 2

Parikeskustelun jälkeen käydään casesta ohjaajan johdolla ryhmäkeskustelu, jonka tarkoituksena on tehdä yhteenveto parikeskustelussa esiin nousseista ajatuksista.

Ryhmäkerta 7: ohjattu liikunta

VAIHE 1

Alkuverryttely

Ohjattu liikunta aloitetaan kevyellä ja leikkimielisellä alkuverryttelyllä, jonka tarkoituksena on lämmitellä harjoitettavat lihakset vammojen ehkäisemiseksi.

Aluksi hölkätään ohjaajan johdolla muutama minuutti. Hölkätessä pyöritellään samalla käsiä ja tehdään polvennosto- ja pakarajuoksua. Tämän jälkeen verrytellään ylävartalo tekemällä jumppakepillä muutamia liikkeitä.

Tämän jälkeen ohjaaja kertoo leikkimielisen palloviestin ohjeet ja jakaa osallistujat pareiksi. Parien tulisi olla pituudeltaan keskenään suunnilleen samanmittaisia.

Palloviesti

Jokaisen parin tehtävänä on kuljettaa jumppapalloa kolmella eri tyylillä tötteröin merkitty matka. Voittajapari on se, joka on ensimmäiseksi suorittanut pallonkuljetuksen kaikilla kolmella tyylillä.

Tyyli 1: Pari kuljettaa palloa kylkiensä välissä siten, että kädet eivät kosketa palloa

Tyyli 2: Parin kummallakin osapuolella on oma pallo jalkojensa välissä ja edetessään he pitävät toisiaan kädestä

Tyyli 3: Pari kuljettaa palloa vatsojensa välissä siten, että kädet eivät kosketa palloa

VAIHE 2

Kuntopiiri

Ohjatun liikunnan toiminnallisena osuutena tehdään kuntopiiri, jossa yhdistyy sekä aerobinen että lihaskuntoharjoittelu. Kuntopiiriin valitaan osallistujamäärän mukaan liikkeitä, joista joka kolmas on sykettä nostava aerobinen liike (esim. viivajuoksu, kyykkyhyppy). Lihaskuntoliikkeiden tulisi kuormittaa kehoa tasaisesti siten, että ne on kohdistettu monipuolisesti ala-, keski- ja ylävartalon lihaksille. Liikkeiden valinnassa tulee kiinnittää huomiota kohderyhmän liikuntataustaan sekä lähtötasoon.

Kuntopiiriin aluksi osallistujat jakautuvat liikkeiden suorituspisteille. Suoritus aloitetaan ohjaajan merkistä. Osallistujat suorittavat kuntopiiriä kolme kierrosta.

Ensimmäisen kierroksen aikana yksittäistä liikettä tehdään 45 sekuntia ja toisella sekä kolmannella kierroksella 30 sekuntia. Ohjaaja ilmoittaa liikkeiden vaihdon sekä kierroksen päättymisen. Kierrosten välissä pidetään lyhyt juoma- ja palautumistauko.

VAIHE 3

Loppuverryttely ja venyttely

Kuntopiirin jälkeen vuorossa on lyhyt loppuverryttely, jonka tarkoituksena on edistää palautumista. Loppuverryttelyssä hölkätään kevyesti muutaman minuutin ajan ja ravistellaan samalla raajoja kevyesti. Loppuverryttelyn jälkeen venytellään ohjaajan johdolla harjoituksessa käytetyt lihakset.

Yksilöohjaukerta 1: ohjaajan runko

1. Käydään läpi laboratoriokokeiden tulokset ja keskustellaan niistä.
2. Käydään läpi ne terveysongelmat ja terveystottumukset, joihin osallistuja haluaa tehdä muutoksen. Käytetään keskustelun pohjana terveystarkastuksen kyselyä, ruokapäiväkirjaa sekä laboratoriokokeiden tuloksia. Osallistuja kirjaa muutostarpeet elintapojen muutossuunnitelmaan (LIITE 14).
3. Kun osallistuja on tunnistanut ja nimennyt terveysongelmat ja terveystottumukset, joihin haluaa tehdä muutoksen, niin käydään motivoivaa haastattelua hyödyntäen tavoitekeskustelu, jossa asetetaan muutoksen pää-tavoite sekä kolme välitavoitetta. Kirjataan tavoitteet ja niiden arvioitu saavuttamisajankohta elintapojen muutossuunnitelmaan.
4. Kun osallistuja on määritellyt tavoitteensa, niin motivoivan haastattelun kautta asiakas aktivoidaan pohtimaan keinoja, joilla pääsee tavoitteeseensa. Ohjaaja voi täydentää keinoja tai tarjota vinkkejä oman asiantuntemuksensa kautta. Kun osallistuja on määritellyt ohjaajan tuella keinot, joilla pääsee tavoitteeseensa, kirjataan ne muutossuunnitelmaan.
5. Seuraavaksi pyydetään osallistujaa nimeämään muutosta eteenpäin vieviä vahvuuksiaan ja voimavarojaan sekä arvioimaan muutosta mahdollisesti uhkaavia tekijöitä. Keskustelun pohjana käytetään osallistujan kotona tekemää SWOT-analyysiä (LIITE 6b). Keskustelussa esiin nousseet keskeiset voimavarat ja mahdolliset uhat kirjataan muutossuunnitelmaan (LIITE 14).
6. Lopuksi keskustellaan osallistujan kanssa siitä, millaista tukea ja ohjausta hän kaipaa elintapojensa muuttamisessa. Pohditaan yhdessä mistä osallistuja saa tätä tukea ja kirjataan se muutossuunnitelmaan (LIITE 14). (Ohjaaja kirjaa itselleen osallistujan erityistarpeet ylös, jotta pystyy reagoimaan niihin esim. seuraavassa yksilöohjauksessa). Lisäksi osallistuja voi pohtia, miten aikoo palkita itsensä tavoitteiden saavuttamisesta (osallistuja voi jatkaa pohdintaa kotona).
7. Ohjaaja kirjaa itselleen yksilöohjauksen keskeisen sisällön, asetetut tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi potilastietojärjestelmän tekstiä varten.

Yksilöohjauskerta 2: ohjaajan runko

1. Tarkastellaan ensimmäisellä yksilöohjauskerralla asetettuja tavoitteita ja keskustellaan niiden toteuttamisesta. Keskustelun pohjana käytetään ensimmäisellä yksilöohjauskerralla tehtyä elintapojen muutossuunnitelmaa (LIITE 14). Motivoivan haastattelun keinoin pyritään selvittämään onko osallistuja toteuttanut sellaisia muutoksia, jotka edistävät asetettujen tavoitteiden saavuttamista.
2. Motivoivaa haastattelua käyttäen selvitetään onko osallistuja saavuttanut ensimmäisen asettamansa välitavoitteen. Mikäli osallistuja on saavuttanut tavoitteensa, niin ohjaaja motivoi häntä jatkamaan muutoksen toteuttamista sekä tarjoaa tarvittaessa lisää keinoja seuraavan välitavoitteen saavuttamiseksi. Mikäli osallistuja ei ole saavuttanut ensimmäistä asettamaansa välitavoitetta tai muutoksen toteuttamiseen liittyy muita haasteita, niin selvitetään motivoivan haastattelun avulla ne tekijät, jotka estävät mahdollisesti muutoksen toteutumisen tavoitellulla tavalla. Ohjaaja ja osallistuja pohtivat yhdessä vaihtoehtoisia keinoja muutoksen toteuttamiselle. Tarvittaessa osallistuja voi ohjaajan tuella määritellä tavoitteensa uudelleen, jotta ne ovat toteuttamiskelpoisia ja osallistujan tämänhetkiseen elämäntilanteeseen soveltuvia. Ohjaajan tehtävänä on motivoida osallistujaa jatkamaan muutoksen toteuttamista haasteista huolimatta.
3. Yksilöohjauksen päätteeksi ohjaaja ja osallistuja tekevät yhteenvedon siitä, millä keinoin osallistuja jatkaa muutosten toteuttamista, jotta saavuttaa seuraavan asettamansa välitavoitteen.
4. Ohjaaja kirjaa keskustelun keskeisen sisällön potilastietojärjestelmän tekstiä varten.

Yksilöohjauskerta 3: ohjaajan runko

1. Yksilöohjauskerran aluksi ohjaaja pyytää osallistujaa määrittelemään missä muutosprosessin vaiheessa hän näkee itsensä tällä hetkellä. Tämän jälkeen hän pyytää merkitsemään sen muutosvaihelomakkeeseen (LIITE 15). Ohjaaja ja osallistuja keskustelevat siitä, mitä toimenpiteitä osallistuja on tehnyt, jonka perusteella hän näkee itsensä tässä kyseisessä muutosvaiheessa. Toimenpiteet kirjataan muutosvaihelomakkeeseen.
2. Ohjaaja selvittää motivoivaa haastattelua käyttäen mitä toimenpiteitä osallistuja aikoo tehdä, jotta hän voi siirtyä muutosprosessin seuraavaan vaiheeseen. Lisäksi pyydetään osallistujaa määrittelemään, milloin hän ajattelee siirtyvänsä muutosprosessin seuraavaan vaiheeseen. Toimenpiteet ja seuraavaan vaiheeseen siirtymisen ajankohta kirjataan muutosvaihelomakkeeseen (LIITE 15).
3. Keskustellaan millaista tukea ja ohjausta osallistuja kokee tarvitsevänsä kurssin intensiivivaiheen päättymisen jälkeen. Ohjaaja pyrkii motivoimaan osallistujaa jatkamaan muutostaan sekä tarjoamaan hänelle erilaisia keinoja muutoksen jatkamiselle. Mikäli osallistuja on erityisen tuen tarpeessa liittyen muutoksen toteuttamiseen, niin ohjaaja voi selvittää mistä osallistuja voisi tarvitsemaansa tukea saada ja palata osallistujan kanssa asiaan kurssin intensiivivaiheen päätöskerralla.
4. Ohjaaja kirjaa osallistujan muutosprosessin toteuttamiseen ja tavoitteisiin liittyvät keskeiset asiat sekä terveydentilaan ja sen muutoksiin liittyvät asiat potilastietojärjestelmän tekstiä varten.

Yksilöohjauskerta 1: Elintapojen muutossuunnitelma

Elintapojen muutossuunnitelma

Nimi: _____

Terveysongelmat, joihin haluan muutoksen:

Terveyttottumukset, joita haluan muuttaa:

Miksi haluan tehdä muutoksen em. terveyteeni liittyviin asioihin?

Mikä on muutokseni **päätavoite?**

Milloin olen saavuttanut sen?

Mitkä ovat muutokseni **välitavoitteet?**

Välitavoite 1:

Välitavoite 2:

Välitavoite3:

Milloin olen saavuttanut:

- välitavoite 1
- välitavoite 2
- välitavoite 3

Mitä keinoja aion käyttää tavoitteideni saavuttamiseksi?

Mitä vahvuuksia ja voimavaroja minulla on tavoitteeni saavuttamiseksi?

Mikä saattaa uhata tavoitteen saavuttamista?

Mistä saan tukea muutokseeni?

Miten palkitsen itseni tavoitteideni saavuttamisesta?

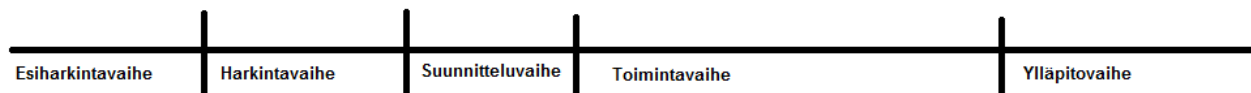
Paikka ja aika

Allekirjoitus

Yksilöohjauskerta 3: Muutosvaihelomake

Muutosvaihelomake

1. Missä muutosprosessin vaiheessa näet itsesi tällä hetkellä?
Piirrä rasti siihen kohtaan janaa, jossa näet itsesi tällä hetkellä.



2. Mitä toimenpiteitä olet tehnyt, joiden perusteella olet tässä vaiheessa muutosprosessia? Kirjaa tekemäsi toimenpiteet janan alapuolelle.
3. Mitä keinoja aiot käyttää, jotta pääset muutosprosessin seuraavaan vaiheeseen (tai jatkat ylläpitovaihetta)?

Ryhmäkerta 8: Kurssipalautelomake

Kurssipalaute

Terveysten edistämisen kurssi Tsemppi-Talo

8.1.2015 - 19.3.2015

1. Mitä mieltä olit (kuvaile lyhyesti muutamalla lauseella jokaista kohtaa):

- kurssilla käytetyistä menetelmistä:

- Tapaamiskertojen sisällöstä ja aiheista:

- Kurssilla käytetyistä materiaaleista (esim. jakomateriaali):

- Kurssin pituudesta:

- **Tapaamiskertojen ajankäytöstä:**

- **Ohjaajien osaamisesta:**

- **Ryhmän toiminnasta (pelisäännöt, sitoutuminen, osallistuminen, ryhmähenki yms.):**

- **Omasta osallistumisestasi (aktiivisuus, muutoksen toteuttaminen, sitoutuminen yms.):**

Mitä hyvää kurssissa oli?

-

-

-

Mitä kehitettävää kurssissa oli?

-

-

-

Terveisiä ohjaajille (ruusut, risut, toivomukset ja kehittämissuhteet):

Ravitsemuksen työkirja

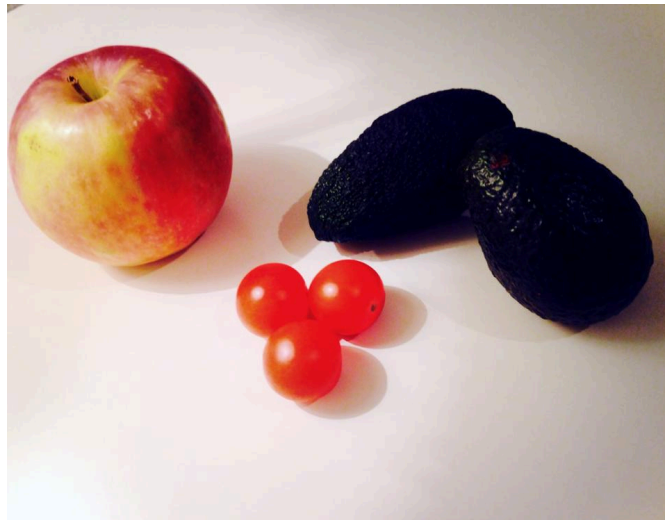
Vinkkejä terveellisen ruokavalion koostamiseen



Teea Kohonen ja Heidi Hörkkö
Turun ammattikorkeakoulu
2015

Tämä kirjanen on tarkoitettu työkaluksi terveellisen ruokavalion koostamiseen sekä painonhallinnan tueksi. Kirjanen sisältää tietoa terveellisistä ruokavalinnoista sekä erilaisia tehtäviä, joiden avulla voi kehittää tietämystään hyvästä ravitsemuksesta.

Kirjasessa esitellyt ateriaesimerkkien sisältö noudattaa kansallisia terveys suosituksia ja ne soveltuvat terveellisen ja monipuolisen ruokavalion koostamiseen. Ateriaesimerkkien muodostama ruokavalio sisältää keskimäärin 1850 - 1950 kilokaloria ja se soveltuu kevyttä työtä tekevän 70 kiloisen naisen ruokavalioksi, kun tavoitteena on maltillinen, noin puolen kilon painonpudotus viikossa. Mikäli painosi on suurempi, olet mies tai liikut aktiivisesti, niin suurena annoskokoja tai lisää terveellisiä välipaloja, jotta saat energiaa päivittäisen tarpeesi mukaan.



Tsemppiä matkaan!

Ruokakolmio ruokavalion perustana



© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

TERVEELLISEN RUOKAVALION KULMAKIVIÄ

- KÄYTTÄ PALJON KASVIKUNNAN TUOTTEITA (vähintään viisi kourallista päivässä)
- PANOSTA HIILIHIDRAATTIEN LAATUUN
- PANOSTA RASVOJEN LAATUUN
- SYÖKALAA VÄHINTÄÄN KAHDESTI VIIKOSSA
- VÄHENNÄ LIHAVALMISTEIDEN JA PUNAISEN LIHAN KÄYTTÖÄ
- VÄHENNÄ SUOLAN KÄYTTÖÄ
- HUOLEHDI ATERIARYTMISTÄ
- RIITTÄVÄ VITAMIINIEN JA KIVENNÄISAINIEN SAANTI TÄRKEÄÄ
- D-VITAMIINILISÄ YMPÄRI VUODEN 10MIKROGRAMMAA / VRK.
- MUISTA RIITTÄVÄ NESTEEN SAANTI
- KOKOA ANNOS LAUTASMALLIN MUKAAN

Lähde: Valtion ravitsemusneuvottelukunta

Ateriaesimerkkejä

Aamupala

Aamupalaesimerkki 1



- 1 lautasellinen veteen keitettyä kaurapuuroa (keskikokoinen annos n. 300 g)
 - mustikka 0,5 dl
 - punaherukka 0,5 dl
 - raejuusto 2 rkl (rasvaa 1,5 %)
 - kananmuna, keitetty 1 kpl
 - rypsiöljy 1 tl
 - lasi vettä
 - 1 kuppi kahvia (2 dl)
- = annoksessa noin 310 kaloria (lähde Fineli)

Hyvät valinnat:

- aamupalalla tarvittavia ravintoaineita: proteiineja, hiilihydraatteja ja kuituja
- marjoja runsaasti
- voisilmä korvattu rypsiöljyllä = kovan rasvan tilalla pehmeitä rasvoja

Aamupalaesimerkki 2



(Kuvan annos kahdelle henkilölle)

- 1 täysjyväleipäviipale
 - puolikkaan avokadon hedelmäliha
 - 1 paistettu kananmuna
 - suolaa, pippuria
- = annoksessa kaloreita noin 315 kilokaloria
(lähde Fineli)
- Hyvät valinnat:
- Täysjyvästä kuituja
 - Avokadosta terveellisiä rasvoja
 - Kananmunasta proteiinia



- Smoothie
- Puolikas banaani
 - 1 dl rasvatonta maitoa
 - 1 dl vettä
 - 0,5 dl vadelmia (pakaste)
 - 0,5 dl mansikoita (pakaste)
- = Annoksessa noin 110 kilokaloria (lähde Fineli)

Smoothie sopii myös väli- tai iltapalaksi

Lisäksi vettä ja esimerkiksi kuppi kahvia tai teetä.

Lounas

Lounasvaihtoehto 1 (noutopöydästä)



- 1 keskikokoinen annos (n. 120 g) uuniseitiä (seiti, valkokastike, juusto, kevytmaito, korppujauho)
 - 1 keskikokoinen annos (n. 200 g) perunasosetta (rasvattomaan maitoon valmistettu)
 - n. 100 g punajuurikuutioita
 - porkkanaraastetta (1 porkkana raastettuna)
 - 1 ruisnäkkileipä
 - 1 tl margariinia (60 %)
 - 2 lasia vettä
- = annoksessa noin 415 kilokaloria (lähde: Fineli)**

Hyvät valinnat:

- kalan suosiminen
- juureksista ja ruisnäkkileivästä kuituja
- lautasmallin käyttö

Lounasvaihtoehto 2 (kasvisvaihtoehto)



- Kesäkeitto (keskikokoinen annos)
- 2 kpl ruisleipäviipaleita
- 2 kpl juustoviipaleita (rasvaa 9-11 %)
- kurkkuviipaleita
- 2 tl margariinia
- 1 keskikokoinen omena
- Lasi vettä

• **Tehtävä 1.**

Harjoittele Finelin ruokakoripalvelun käyttöä ja laske annoksen kokonaiskalorimäärä.

Annoksessa on _____ kilokaloria.
Mitä hyvää annoksessa on?

Välipaloja

Välipala 1



- 2 dl maustamatonta rasvatonta jogurttia
 - 1 dl marjoja
 - 1 rkl kaurahiutaleita
 - 1 dl sokeroimatonta mehukeittoa
 - 1 keskikokoinen päärynä
- = annoksessa 210 kilokaloria (lähde: Fineli)



- Hedelmäsalaatti
- 1 dl mansikoita
- 1 dl pensasmustikoita / metsämustikoita
- 150 g tuoretta ananasta

= annoksessa noin 135 kilokaloria

Halutessasi voit lisätä hedelmäsalaattiin raejuustoa/maustamatonta rahkaa tai jogurttia proteiininlähteeksi

Päivällinen

Päivällisvaihtoehto 1



- puolet lautasesta ananas-porkkanaraastetta (1 porkkana + 100 g ananasta)
- 1 dl raejuustoa (rasvaa 1,5 %)
- 2 dl tummaa täysjyvämakaronia
- 1 keskikokoinen annos (n. 180 g) tomaattista jauhelihakastiketta (naudan jauheliha 7 %, suurustettu)
- 1 viipale täysjyväleipää
- 1 tl margariinia (60 %)
- Lasi (2 dl) vettä ja lasi rasvatonta piimää

Tehtävä 2.

Harjoittele Finelin ruokakoripalvelun käyttöä ja laske annoksen kokonaiskalorimäärä. Annoksessa on _____ kilokaloria. Mitä hyvää annoksessa on?

Päivällisvaihtoehto 2



- 1 keskikokoinen annos (n. 160 g) roilerin rintafileitä (paistettu, nahaton)
- 1 keskikokoinen annos (n. 80 g) uunikasviksia
- 1 keskikokoinen tomaatti / kirsikkatomaatteja
- n. 60 g kurkkukuutioita
- 1 dl jäävuorisalaattia
- 1 rkl rypsiöljyä salaatikastikkeeksi
- 1 ruisnäkkileipä
- 1 tl margariinia (60 %)
- 1 lasi (2 dl) rasvatonta maitoa
- 1,5 dl marjarahkaa (kotitekoinen, kevytmaitoon tehty)

= annoksessa on noin 660 kilokaloria (lähde Fineli)

Iltaapala

Iltaapalavaihtoehto 1



- 1 rasvaton maitorahka (250 g)
- 30 g pähkinöitä (esim. cashew)
- lasi vettä

= annoksessa on noin 320 kilokaloria (lähde: Fineli)

Halutessasi voit lisätä rahkan joukkoon hedelmiä (esim. banaania, marjoja, omenaa) hiilihydraatin ja kuidun lähteiksi ja esim. kanelia tuomaan makua.

Iltaapalavaihtoehto 2



- 2 viipaletta ruisleipää
- 2 viipaletta juustoa (9-11 %)
- 1 pieni tomaatti
- 2 tl margariinia (60%)
- kuppi teetä
- lasi vettä

= Annoksessa on noin 240 kilokaloria (lähde: Fineli)

Kuvia hyvistä valinnoista:

Lautasmalli



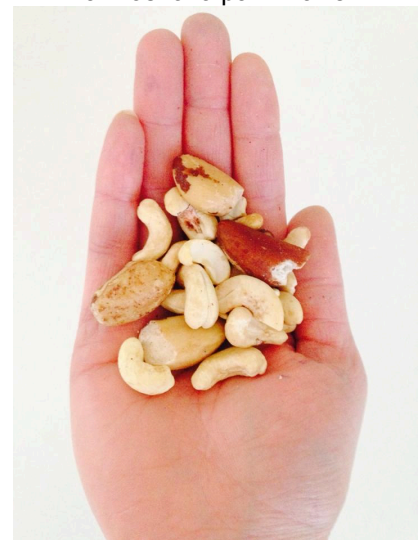
© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

Viisi kourallista kasviksia (suositus)
hyvä



© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

Pieni kourallinen (n. 30 g) on
annoskoko pähkinöille



Keittoateria



© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

- siskonmakkarakeitto
- ruis/täysjyväleipäviipale
- vihanneksia leivän päälle
- 1 tl margariinia
- marjarahka
- vesi/maito/piimä

Salaattiateria



© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

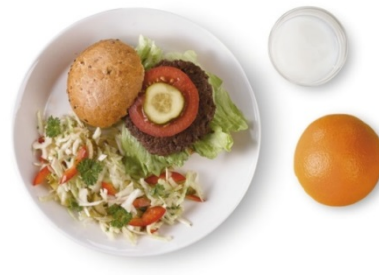
- Kanafileitä
- Vihanneksia
- Täysjyväleipä + margariinia
- vettä/maitoa/piimää
- (salaatinkastikkeeksi esim. oliivi/rypsiöljyä)

Einesateria



© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

Hampurilaisateria



© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

- kirjolohikiusaus (eines)
- keitetyt pikkuporkkanat
- kurkkuviipaleet
- ruisleipä
- tomaattiviipaleet
- 1 tl margariinia
- banaani
- lasi vettä/maitoa/piimää

- täysjyväämpylä
- naudanlihapihvi
- suolakurkkuja, tomaattia, salaattia
- sekasalaattia
- appelsiini
- vettä/maitoa/piimää

Myös einesaterioista saa terveellisempiä lisäämällä annokseen kasviksia ja käyttämällä kuitupitoisia täysjyvätuotteita.

Oma ateriasuunnitelma:

Aamupala klo: __

Lounas klo: __

Välipala klo: __

Päivällinen klo: __

Iltapala klo: __

Tarvittaessa välipala klo: __

Ravitsemuksen tehtäviä

Proteiinihaaste

Laske päivittäinen proteiinintarpeesi

(esim. www.valio.fi/profeel/proteiinilaskuri).

Pohdi miten voisit huolehtia riittävästä päivittäisestä proteiinin saannista eri aterioilla?

Aamupala:

Lounas:

Välipala:

Päivällinen:

Ilta-aamia:

Kokeile tekemääsi suunnitelmaa käytännössä.

Rasvahaaste:

Pohdi miten voisit lisätä ruokavalioosi terveellisiä rasvoja? Voit tutustua terveellisiin rasvavalintoihin esim. osoitteessa

<https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus>. Kokeile seuraavan viikon ajan lisätä eri aterioille hyvien rasvojen lähteitä ja kirjaa tähän tekemäsi hyvät valinnat:

Energiantarve:

Laske päivittäinen energiantarpeesi (esim.

www.sydanliitto.fi/elintavat --> testit). Pidä ruokapäiväkirjaa vähintään kolmen päivän ajan ja tarkastele saatko ruokavaliostasi tarpeeksi energiaa energiantarpeeseesi nähden.

Omia muistiinpanoja

SUUNNITELMAKAAVIO

TOTEUTUS-KERTA	TAVOITE	KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT	AIKA
1. ryhmäkerta	Tutustuminen, ryhmäytyminen, yhteisten sääntöjen luominen, omien toiveiden esittäminen	Ryhmäytymisharjoite, yhteiset pelisäännöt, Keskustelukierros toiveista ja tavoitteista	1h 45min
2. ryhmäkerta	Ravitsemuskasvatus; ravintosisällöt, ravintoaineet jne.	Powerpoint + Ravitsemuksen rasti-rata	2h
3. ryhmäkerta	Terveellisen ruokavalion koostaminen, tunteiden hallinta	Powerpoint + Ravitsemus case muoviruuilla + tunteiden hallinnan case	2h
4. ryhmäkerta	Muutosprosessin vaiheiden hahmottaminen ja motivaatio. Realististen tavoitteiden asettaminen.	Powerpoint + case tehtävä + korvaava tapa- kotitehtävä	2h
5. ryhmäkerta	Hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden oivaltaminen (hyvinvoinnin kolmio), vuorokausirytmien merkityksen ymmärtäminen	Powerpoint + vuorokausirytmien huoneentaulu	2h
6. ryhmäkerta	Seksuaalikasvatus ja ymmärtää seksuaaliterveyden merkitys hyvinvoinnille, päihdevaalistus, oman päihdeiden käytön pohdittaminen	Powerpoint + case-harjoitukset	2h

7. ryhmäkerta	Yhdessä liikkuminen,	Ryhmäliikunta	2h
8. ryhmäkerta	Kurssin purku ja palautteen antaminen	Koko kurssin koostuva palautelomake	1h 45min
1. yksilöohjaus	Omien välitavoitteiden ja tavoitteiden asettaminen, oman terveydentilan ja elintapojen tarkastelu	Ohjaajan runko 1	45min
2. ryhmäohjaus	Välitavoitteiden läpikäyminen ja tilannekatsaus	Ohjaajan runko 2	30 min
3. ryhmäohjaus	Tavoitteiden tarkastelu, oman muutosvaiheen tarkastelu, ohjaus jatsoon.	Ohjaajan runko 3, muutosvaihelomake	45min

KEHITTÄMISTYÖN KYSELYLOMAKE (2. terveystarkastus)

1. Minkälaiseksi koit terveydentilasi ennen kurssin alkua? (ympyröi oikea vaihtoehto)

Hyvä Kohtalainen Huono

2. Minkälaiseksi koet terveydentilasi nyt?

Hyvä Kohtalainen Huono

3. Koetko kurssilla olleen vaikutusta terveydentilaasi?

Kyllä En

Jos vastasit kyllä, minkälais-
ta _____

4. Muuttuivatko elintapasi kurssin aikana tai sen jälkeen?

Kyllä, kurssin aikana Kyllä, kurssin jälkeen Ei

Jos vastasit kyllä minkälaisia muutoksia olet tehnyt? _____

Jos vastasit kyllä, olivatko elintapamuutokset kurssin ansiota?

Kyllä Ei

5. Jos muutit elintapojasi kurssin aikana, pystyitkö ylläpitämään niitä kurssin päätyttyä?

Kyllä En

Jos vastasit kyllä, oliko se helppoa vai vaikeaa?

Jos vastasit ei, miksi
et? _____

6. Oliko elintapamuutosten noudattaminen helpompaa

kurssin aikana kurssin jälkeen ei eroa

Mik-
si? _____

7. Saavutitko itselle asettamasi tavoitteet kurssin aikana tai sen jälkeen?

Kyllä Osittain En

Jos vastasit kyllä, tai osittain, niin mi-
ten? _____
