

Tiiamari Hämäläinen & Susanna Toivonen

TERVEYTTÄ HYVÄNMIELENTALON ASIAKKAILLE

Terveydenhoitajan koulutusohjelma

2015

TERVEYTTÄ HYVÄNMIELENTALON ASIAKKAILLE

Hämäläinen Tiimari

Toivonen Susanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Tammikuu 2015

Ohjaaja: Eeva-Maija Salminen

Sivumäärä: 54

Liitteitä: 8

Avainsanat: terveyden edistäminen, mielenterveyden edistäminen, mielenterveys, mielenterveyskuntoutuja

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli Hyvänmielen talon asiakkaiden terveyden edistäminen sekä uuden toimintamallin alkuun saattaminen. Tavoitteisiin kuului myös Hyvänmielen talon henkilökunnalle suunnatun teemakansion luominen uuden toimintamallin pohjalta. Opinnäytetyö toteutettiin projektina, jonka tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa Hyvänmielen talon asiakkaiden toiveiden mukaisesti kolme erilaista terveyden edistämisen toimintatuokiota. Tuokioiden aiheina olivat ravitseminen, liikunta, kansantaudit ja tunteet. Tuokiot järjestettiin Hyvänmielen talon toimitiloissa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Hyvänmielentalon henkilökunnan kanssa.

Ensimmäisessä tuokiossa käsiteltiin aihetta tunteet. Tuokion tavoitteena oli saada osallistujat pohtimaan omia tunteitaan ja antaa keinoja niiden hallitsemiseksi. Toinen tuokio käsittelee ravitsemusta ja ruuanlaittoon liittyvää hygieniaoppia. Hygienia-asiaa oli toivottu erityisesti Hyvänmielentalon henkilökunnan puolesta. Viimeisessä tuokiossa tarkasteltiin kansantauteja, joista valittiin opinnäytetyön tekijöiden mielestä kolme ajankohtaisinta: korkea verenpaine, diabetes sekä kolesteroli. Viimeisen tuokion lopuksi järjestettiin pikukujoulut. Toimintatuokiot järjestettiin kerran kuukaudessa, kolmen kuukauden aikana.

Opinnäytetyön tekijät suunnittelivat toimintatuokioiden sisällöt ja niiden toteutukset huomioiden asiakkaiden toiveet. Toimintatuokioiden suunnittelussa kiinnitettiin erityisesti huomiota asiakkaiden motivointiin ja tuokioilla käytyihin keskusteluihin osallistumiseen. Toimintatuokioita kävi kuuntelemassa keskimäärin 7-10 Hyvänmielen talon asiakasta. Palautteiden mukaan, osallistujat pitivät tuokioita tarpeellisina, ajankohtaisina sekä mielenkiintoisina. Asiakkaat kokivat tarvitsevansa vastaavanlaisia toimintatuokioita terveyden liittyvistä aiheista myös jatkossa.

Projektin tavoitteet toteutuivat hyvin. Hyvänmielen talon työntekijöiden ajatuksena on jatkaa vastaavien tuokioiden järjestämistä myös jatkossa. Henkilökohtaiset tavoitteet tulivat myös täytetyksi. Molemmat opinnäytetyöntekijät kehittyivät projektin aikana hoitotyön tulevina ammattilaisina ja saivat lisäkokemuksen tuomaa varmuutta esiintymiseen.

HEALTH FOR CUSTOMERS IN HYVÄNMIELENTALO

Hämäläinen TiiaMari

Toivonen Susanna

Degree Programme in Nursing

January 2015

Supervisor: Eeva-Maija Salminen

Number of pages: 54

Appendices: 8

Keywords: health promotion, mental health promotion, mental health, mental health rehabber

Aim of this thesis was to promote the health of the inhabitants of Hyvänmielentalo, as well as to create a new approach to health promoting in Hyvänmielentalos proceedings. Aim was also to gather binder from theory base, which is attendant to the new created approach. This thesis was carried out as a project, the purpose of which was to design and implement three different sessions. Sessions were designed based on request from inhabitants of Hyvänmielentalo. These requests came from small Gallup, made by the thesisers. Topics of the thesis events were nutrition, physical activity, national diseases and feelings. Sessions were held in Hyvänmielentalo. Study was carried out in cooperation with the Hyvänmielentalos staff.

First session was about feelings. The goal of session was to make participants actively think about their own feelings and the ways to control it. Second session was about nutrition. Authors of the study also added cooking related hygiene to the content. Subject was especially requested on the behalf of the staff. In the last sessions thesisers talked about National diseases, from which thesisers chose most current ones in their opinion. Sessions were delimited to high blood pressure, cholesterol and diabetes. In the end of the last session, were also organized a small Christmas celebration. Sessions were held once a month, for three months.

The authors of the study designed the session's contents and their implementation to-set, taking into account the wishes of the target group subjects. In the actions of the designs were particular giving attention to the motivating customers and their participation to the conversations. The sessions went on to listen to an average of 7-10 Hyvänmielen the house to the customer. According on the received feedback, customers considered held sessions necessary and interesting. Customers felt that they needed similar health related sessions also in the future.

The goals of the project were successfully achieved. Hyvänmielentalos employee's idea is to continue the corresponding moments in the future. Individual goals were also fulfilled. Both of these thesisers showed a development as future professionals in health care and also gained skills as performers through experience.

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO.....	5
2	HYVÄNMIELIEN TALO YHTEISTYÖKUMPPANINA.....	6
3	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	6
4	TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	7
4.1	Terveys ja terveyden edistäminen	7
4.2	Terveyserot.....	12
4.3	Terveyden lukutaito	15
5	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	18
5.1	Mielenterveyskuntoutuja yhteiskunnan jäsenenä	18
5.2	Mielenterveyden edistäminen.....	24
5.3	Terveyden edistämisen haasteet.....	27
6	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIA OSALLISTAVA TERVEYDEN EDISTÄMINEN .	29
6.1	Asiakkaat mukaan suunnitteluun	29
6.2	Kuntoutus ryhmissä	30
6.3	Hyvä luento.....	32
7	PROJEKTIN SUUNNITTELU.....	33
7.1	Projektin aloitus	34
7.2	Alkukysely.....	38
7.3	Projektin toteutuksen suunnittelu	42
8	PROJEKTIN TUOTOS.....	44
8.1	Ensimmäinen toimintatuokio.....	44
8.2	Toinen toimintatuokio.....	47
8.3	Kolmas toimintatuokio.....	49
9	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	50
9.1	Tiimari Hämäläisen henkilökohtainen arviointi	51
9.2	Susanna Toivosen henkilökohtainen arviointi.....	52
10	LÄHTEET.....	54
11	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö toteutettiin terveyden edistämisen projektina Hyvänmielentalon mielenterveyskuntoutujille. Projekti käynnistyi yhteistyökumppanin toivomuksesta järjestää Hyvänmielentalon asiakkaille toiminnallisia tuokioita tai luentoja. Tuokioista asiakkaat tulisivat saamaan tietoa elämän perustoiminnoista ja – edellytyksistä, kuten hyvän hygienian merkityksestä. Hyvänmielen talon asiakkaiden toiveita palvelujen tarjonnasta oli jo ennen tätä projektia tutkittu ja selvitetty. Virtasen Heidin tutkimustulos opinnäytetyössä: ”Porin Hyvänmielen talon asiakkaiden käyttämät palvelut ja toiveita palveluiden kehittämistä”, oli se, että asiakkaat kaipasivat erilaisia keskusteluryhmiä, jotka olisivat osittain ohjattuja. Esille nousi myös vertaistuen merkitys (Virtanen 2011, 32–36.)

Työn tavoitteena oli Hyvänmielentalon asiakkaiden terveyden edistäminen terveystietoutta lisäämällä ja pyrkimyksellä parantaa terveydenlukupolitoa. Terveystuonun panostus yhteiskunnan terveyden edistämiseen ei yksinään riitä. Avuksi tarvitaan yhteiskunnan kaikkia sektoreita. Yhteiskunnallisessa päätöksenteossa terveystuonukohdat on otettava huomioon (Sosiaali- ja terveystuonuministeriön www-sivut, 2014). Tulevina terveydenhoitajina ja hoitotyönammattilaisina opinnäytetyön tekijät ovat keskeisiä toimijoita ehkäisevien terveystuonuluiden toteuttamisessa. Terveystuonuhoidajilla on ainutlaatuinen ja suuri rooli sekä yksilöiden että yhteisöjen terveyden edistämässä (Sihto, Palosuo, Topo, Vuorenkoski & Leppo 2013, 279.)

Mielenterveyskuntoutajat ovat tärkeä ja hyvä kohde opinnäytetyölle, sillä Suomessa mielenterveysongelmat ovat erittäin yleisiä. Masennus on näistä yksi yleisimmistä ja sitä sairastaa joka kuudes työkäinen suomalainen. Varsinaisia mielisairauksia sairastaa Suomen väestöstä noin 2 %. Yli 40 % nuorten miesten kuolemista ovat yhteydessä päihdeongelmiin ja liialliseen alkoholin käyttöön. Vaikka mielenterveysongelmien hoidossa sekä ehkäisyssä on kehitytty, puutteita on yhä avohoidon puolella. Yksi sosiaali- ja terveystuonuministeriön tämän hetken keskeisimmistä tavoitteista onkin terveystuonerojen pientyminen. Jokaisella Suomen kansalaisella tulisi olla samanlaiset mahdollisuudet

oman terveytensä hoitamiseksi ja ylläpitämiseksi. Ministeriön toimilla vaikutetaan edistävästi elintapoihin ja ympäristön puhtauteen, esteettömyyteen ja turvallisuuteen (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut, 2014). Koska palveluista on puutetta eivätkä ne jakaudu maassamme tasaisesti, tulisi mielenterveysongelmien ehkäisyä vieläkin parantaa ja kehittää (Terveyskirjaston www-sivut, 2014.)

2 HYVÄNMIELIEN TALO YHTEISTYÖKUMPPANINA

Hyvänmielen talo on perustettu vuonna 1971. Se pohjautuu vapaaehtoistoimintaan mielenterveyden hyväksi. Hyvänmielen talon tavoitteena on edistää mielenterveyttä, yhdistää ja aktivoida Porin alueen mielenterveysasiakkaita ja kehittää mielenterveyspalveluiden saatavuutta sekä tasoa. Tavoitteiden päämääränä on poistaa yksinäisyyttä ja kannustaa asiakkaita vastuuntuntoiseen elämään. Hyvänmielen talon asiakkaiden ikäjakauma vaihtelee aina 16- vuotiaista yli 60- vuotiaisiin miehiin ja naisiin. Asiakkaat kärsivät erilaisista mielenterveysongelmista, kuten kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, skitsofreniasta ja masennuksesta (Hyvänmielen talon www-sivut, 2006.)

3 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Työn tarkoituksena oli hakea tietoa Hyvänmielentalon asiakkaiden toivomista aiheista ja muodostaa niistä kolme suurempaa aihekokonaisuutta. Aihekokonaisuuksien pohjalta

pidettiin kolme toiminnallista tuokiota. Projektin viimeisenä tarkoituksena oli koota työn pohjalta Hyvänmielen talon työntekijöille kansio, jonka avulla he voivat jatkaa vastaavien luentokokonaisuuksien järjestämistä. Pää tavoitteena oli Hyvänmielen talon asiakkaiden terveyden ja terveydenlukutaidon edistäminen sekä uuden toimintamallin alulle saattaminen.

4 TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

4.1 Terveys ja terveyden edistäminen

Alun perin sanalla terveys tarkoitettiin ehjää, joka on kuvaava myös sanan nykypäiväisessä merkityksessä (Alasentie 2011, 8). Terveys voidaan ymmärtää myös ihmisen kokonaisvaltaisena hyvinvointina. Se on ihmisen ominaisuus ja keino sopeutua ja selviytyä elämän erilaisissa tilanteissa. Terveys toimii myös omalta osaltaan ihmisen voimavarana (Vertio 2003, 15.)

Sana terveys voidaan määritellä hyvin eri tavalla. Määritelmä on riippuvainen siitä, mistä tai kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Terveys on jokaisen ihmisen henkilökohtainen kokemus omasta fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Ihmisen hyvinvointi koostuu terveyden lisäksi toimintakyvystä. Kroonisestikin sairas ihminen saattaa kokea sairaudestaan huolimatta itsensä terveeksi, kun oireet ovat hallinnassa ja ihmisen toimintakyky on tallella (Vertio 2003, 15). Holistisen terveystieteiden mukaan terveys voidaan määritellä kolmen eri osa-alueen kautta. Nämä osa-alueet ovat: seksuaalisuus, hengellisyys ja tunne-elämä. Näihin kaikkiin osa-alueisiin vaikuttaa ihmisen elinympäristö ja kulttuuriset sekä yhteiskunnalliset olosuhteet. Puhuttaessa fyysisestä terveydestä tarkoitetaan sillä kehon ja elimistön fyysikaalista toimivuutta. Psykkinen terveys on kykyä selvitä elämän haastavista

tilanteista hyödyntämällä omia voimavarojaan. Ihmisen taito ylläpitää ja solmia uusia ihmissuhteita on sosiaalista terveyttä. Emotionaalisella eli tunne-elämän terveydellä tarkoitetaan ihmisen taitoa hallita sekä tunnistaa niin omia kuin muidenkin ihmisten erilaisia tunnetiloja. Hengellinen terveys on mielenrauhan kokonaisvaltaista saavuttamista. Seksuaalisella terveydellä tarkoitetaan taas sitä, että ihminen on hyväksynyt oman seksuaalisuutensa kokonaisvaltaisesti (Kallio 2011, 16–17.)

Ihmisen terveys muuttuu jatkuvasti sairastumisen ja muiden vastaavanlaisten elämänmuutosten vuoksi. Muutoskohdissa terveyden käsitteeseen vaikuttaa suuresti ihmisen oma asenne terveyttään kohtaan (Alasentie 2011, 9.) Terveyyteen vaikuttavat tekijät voivat olla myös sekä sisäisiä että ulkoisia tekijöitä. Tämän vuoksi ihmisen ei ole aina mahdollista vaikuttaa kaikkiin terveyttään muuttaviin tekijöihin. Joskus ihminen joutuu turvautumaan ulkopuoliseen apuun. Sisäiset tekijät, jotka vaikuttavat positiivisesti terveyteen, ovat esimerkiksi terveelliset elämäntavat, myönteinen asenne elämään, hyvät vuorovaikutukselliset taidot ja kyky oppia uutta. Ulkoisia terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi taloudellinen toimeentulo, hyvä tukiverkko, positiiviset roolimallit ja turvallinen elinympäristö (Honkonen 2011, 9.)

Englanninkielessä kirjallisuudessa ”public health” toimi keskeisenä käsitteenä puhuttaessa terveyden tutkimisesta ja sen edistämisestä (Schnaider & Lilienfeld 2008, 9). Terveyttä on aina arvostettu ja sitä on vaalittu erilaisissa kulttuurillisissa yhteisöissä. Ammatillisen osaamisen ja tutkimukseen perustuvan väestön terveyden edistämisen perusta rakentui kuitenkin vasta noin 1800-luvulla. Tuolloin eri maissa oivallettiin samanaikaisesti, että ihmisten terveyteen voidaan vaikuttaa ja että sen järjestyminen on yhteiskunnan tehtävä. Tämän ansiosta väestöjen terveyskehityksestä alettiin ensimmäistä kertaa kerätä tietoa. Elinolojen ja erilaisten työolojen vaaratekijöitä alettiin tunnistaa. Vesijohtojen ja vettä kuljettavien viemäreiden rakentamisesta edettiin rokotuksiin ja ammatilliseen synnytysapuun saakka. Tällä tavoin kehittyi ensimmäinen kansanterveysliike Public Health movement (Ståhl & Rimpelä 2010, 12.)

Kansanterveyden edistämiseen on aina vaikuttanut terveysintressin lisäksi monet muut yhteiskunnalliset intressit. Ensimmäisen modernin kansanterveysliikkeen määritelmän on julkaissut Winslow vuonna 1923. Kirjoituksessaan hän kuvaa kansanterveysliikettä

seuraavan laisesti: ”—sitä tutkimusta ja osaamista, jota tarvitaan tautien ehkäisemiseksi, elämän pidentämiseksi ja fyysisen terveyden edistämiseksi yhteisöjen organisoiduilla toimilla: ympäristöhygieniä, tarttuvien tautien kontrolli yhteisöissä, henkilökohtaista hygieniaa tehostava kasvatus, terveydenhuollon organisoituminen, tautien varhainen diagnosointi ja ehkäisevä hoitaminen, sekä yhteisöjen sosiaalisten rakenteiden ja toimintojen kehittämiseksi niin, että jokaisella yhteisöjen jäsenelle mahdollistetaan terveyden säilyttämiseen elintaso.” Winslow:n määritelmässä oli jo silloin havaittavissa samoja toimintaperiaatteita, jotka tarkemmin kiteytyivät 1940-luvulta alkaen ehkäisevänä lääketieteenä, perusterveydenhuoltona ja terveydenedistämisenä (Ståhl & Rimpelä 2010, 13.) Jo paljon ennen 40-luvun alkua, Winslow piti Chicagossa 11 luentoa yleisestä aiheesta “Työhygieniä ja kunnallinen puhtaanapito”. Winslown tiedetään luennoineen myös esimerkiksi ”kaikki bakteerit eivät ole pahoja”- aiheen tiimoilta (Viselstein 1982, 140-141.)

Terveyden edistämällä pyritään vaikuttamaan väestön terveydentilaan ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Se on terveystasvatusta ja terveyden puolesta puhumista (Terveys- ja hyvinvointilaitoksen www-sivut, 2014.) Terveyden edistämisen tukipilareina toimivat arvot: ihmiskäsitys, käsitys terveydestä ja ammattietiikasta sekä ihmisarvon kunnioittaminen (Pietilä, Hakulinen & Hirvonen 2002, 62.) Terveyden edistäminen on tarkoituksen mukaista toimintaa (Vertio 2003, 29). Sen tehtävä on lisätä väestön mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä sekä parantaa hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä ympäristössään. Toiminnan vaikutukset tulevat näkyviin yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan yhteisenä hyvinvointina ja terveytenä (Eronen, Hakkarainen & Landén 2013, 13–14.) Sen avulla tavoitellaan ihmisen terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä.

Terveyden edistäminen voidaan määritellä olevan ihmisten mahdollisuuksien parantamista suhteessa terveyden hallintaan ja paranemiseen. Jotta ihminen tai yhteisö kokee itsensä hyvinvoivaksi, tulee hänen saavuttaa niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinen terveys. Tämä tarkoittaa sitä, että ihmisen tulee kokea kykenevänsä toteuttamaan omia toiveitaan, tyydyttämään tarpeitaan ja tulemaan toimeen kanssaihminen kanssa (Vertio 2003, 30.) Tieto terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä on pohjana terveyden edistämislle. Usein terveyden edistäminen käsitetäänkin ohjauksena, neuvontana ja opettamisena (Terveys- ja hyvinvointiliiton www-sivut 2013.)

Terveyden edistämisen yleinen ohjaus- ja valvontavastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Terveyden edistäminen liittyy myös tartuntalakiin, tupakkalakiin ja raittiustyön lakiin (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut, 2014.) Jokaisen kunnan prioriteettina tulisi olla terveyserojen kaventaminen eri väestöryhmien välillä. Terveyden edistäminen on yhteisvastuullista toimintaa, jossa jokaisella hallinnonalalla on omat vastuualueensa. Terveyden edistäminen on ollut vuodesta 2006 lähtien myös osana kansanterveyslakia (2005/928, 4§) Lain mukaan väestön terveydentila ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta ja niistä huolehtiminen ovat kansanterveystyön tehtäviä. Ensisijainen vastuu terveydestä on kuitenkin ihmisillä itsellään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11–13.) Terveyden edistäminen on määrätty terveydenhuoltolaissa seuraavasti: ”Kunnan on seurattava asukkaitensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava laajempi hyvinvointikertomus.” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 6 §.)

Terveyden edistäminen on prosessi. Sen tarkoituksena on tarjota yksilölle ja yhteisölle paras mahdollinen valmius terveyteen vaikuttamiselle ja sen hallintaan. Kuntien terveyden edistämisen toiminta on laaja-alaista, eikä sitä voida määritellä yksittäisiin toimintoihin tai tehtäviin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15.) Toukokuussa vuonna 2011 tuli voimaan laki, joka velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä luomaan pysyvät rakenteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Kuntien ja kuntayhtymien tulee nimetä hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot sekä ottaa huomioon päätöksien teossa niiden luomat vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Lisäksi kuntien ja kuntayhtymien tulee tehdä yhteistyötä muiden toimivien julkisten tahojen sekä yksityisten yritysten sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Vaikka terveydenhuoltolaissa kiteytetään kunnille asetetut velvoitteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, se ei anna selkeitä vastauksia vastuisiin, rakenteisiin tai toimijoiden rooliin ja tehtäviin (Eronen ym. 2013, 13–14.)

Väestön terveyteen vaikutetaan terveyttä määrittelevien tekijöiden kautta eli terveyden determinanteilla. Ne ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, kulttuurisia ja rakenteellisia. Nämä

tekijät voivat olla niin terveyttä vahvistavia kun niitä heikentäviäkin. Yksilöllisiksi determinanteiksi luetaan ihmisen ikä, perimä, sukupuoli, tiedot, taidot, kokemus ja elämäntavat. Sosiaalisia determinantteja ovat sosio-ekonominen asema, erilaiset sosiaaliset verkostot ja niiden välinen vuorovaikutus sekä toimeentulo. Rakenteellisia determinantteja katsotaan olevan koulutus, elinympäristö, tasapuolisesti toimivat terveyspalvelut ja niiden saatavuus. Kulttuuriset tekijät ovat ympäristön fyysinen, poliittinen ja taloudellinen turvallisuus sekä ihmisten omat arvot ja asenteet terveyden suhteen. Kuntapolitiikassa tuleekin osata ottaa huomioon terveyden determinantit terveydennäkökohtia pohdittaessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 16–17.) Nämä determinantit ovat määritelty helpottamaan terveyden edistämisen hahmottamista ja ymmärtämistä. On yhtä tärkeää ymmärtää terveyteen vaikuttavat tekijät, kun mitä terveys itsessään on (Tones & Green 2006, 1-2.)

Terveyden edistäminen on myös tärkeä osa-alue hoitoalan ammattilaisen työssä. Se on tietoista ja tavoitteisiin tähtäävää toimintaa. Pää tavoitteena terveyden edistämässä on se, että ihmisellä on paremmat mahdollisuudet huolehtia omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan (Kalliokorpi & Viljanen 2013, 9.) Terveyden edistäminen ammattilaisen näkökulmasta pohjautuu tietoon terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Jokaisella hoitotyön ammattilaisella on omalta osaltaan terveyden edistämisen velvollisuus. Menetelmiä ammattilaisen käyttöön terveyden edistämiseksi ovat ohjaus, neuvonta ja opetus (Terveys- ja hyvinvointilaitoksen www-sivut, 2014.) Terveyden edistämiseen vaikuttavat erilaiset kansalliset ja kansainväliset muutokset. Muutokset ja kehitys muuttavat terveyden edistämisen tavoitteita ja sisältöä. Tällä tavoin tarjolla oleva tieto pyritään pitämään ajan tasaisena. Myös Ihmisten omat tavat ja asenteet ovat vahvasti sidoksissa kulttuuriin. Monikulttuurisuus on jatkuvassa kasvussa, joka vaatii terveyden edistämisen ammattilaisilta tietoa niin omasta kuin vieraistakin kulttuureista (Pietilä ym. 2002, 35–39.)

Viime vuosikymmenien terveyden edistämisen kehitystä kuvaa hyvin vuonna 2003 terveydenhuoltohankkeen yhteydessä tehty valtakunnallinen kysely terveyskeskuksille. Vastaava kysely toistettiin vielä vuosina 2005 ja 2008. Aikaisempiin vuosiin verrattuna syksyn 2008 tulokset viittaavat hienoiseen myönteiseen kehitykseen. Suurissa terveyskeskuksissa johtaminen on suunnitelmallisempaa kuin pienissä

terveyskeskuksissa. Noin joka kolmannessa terveyskeskuksista voidaan puhua sitoutumisesta kansanterveydelliseen vastuuseen ja suunnitelmallisesta toiminnasta väestön terveyden edistämiseksi. Valitettavasti joka toisessa terveyskeskuksessa ei kuitenkaan juuri voida puhua sitoutumisesta eikä suunnitelmallisuudesta. Uudistettaessa kansanterveystyötä korostettiin terveydenhoitajien tehtäviä ja mahdollisuuksia väestön terveyden edistämisessä. Terveydenhoitajien voimavarojen ja työn kehitystä ei ole kuitenkaan seurattu ennen 2000-lukua. Kyselyn mukaan lääkäreiden työtä ja vastuuta on siirretty terveydenhoitajille. Lääkäreiden osallistuminen neuvolatyöhön ja kouluterveydenhuoltoon on vähentynyt koko ajan. Siitä huolimatta terveydenhoitajien työpanosta ei ole vastaavasti kuitenkaan lisätty (Ståhl & Rimpelä 2010, 27.)

Aikamme haaste on tulevaisuudessa perusterveydenhuollon valmiudet seurata väestön terveyden kehitystä ja johtaa siitä tarveanalyysia. Ilman tästä johdettua tietoa, on mahdotonta kehittää aidosti perusterveydenhuoltoa paikallisten olosuhteiden vaatimalla tavalla. Tähän tehtävään tarvitaan asiantuntemuksen ja henkilöstön järjestämisen lisäksi väestön terveyden edistämisenosaamista, jolloin kuntien perusterveydenhuoltoon rakentuisi koko maan kattava väestön terveyden edistämisen toimeenpanorakenne. Tämän vuoksi terveydenhoitajien työtä tulisi kehittää ja laajentaa. Terveydenedistämisen ydintoimijoiksi tulisi asettaa jälleen terveydenhoitajat. Kunnilta tämä vaatisi investointia väestön terveydenedistämiseen, jonka tuotot näkyisivät vasta vuosien kuluessa (Ståhl & Rimpelä 2010, 29–30.)

4.2 Terveyserot

Yksi terveydenhuoltolain pää tavoitteista on palvelujen yhdenvertainen saatavuus (Terveydenhuoltolaki 2010). Tämän vuoksi terveystaloudellinen politiikka pyrkii tarjoamaan terveyspalveluita jokaiselle suomalaiselle. Palvelut ovat yhtäläiset, laadukkaat sekä riittävät sosioekonomisesta asemasta tai taloudellisesta tilanteesta riippumatta. Suomalaisten terveydenhuoltojärjestelmän perusrakenne tukee terveydenhuollon tasarvoa monin eri tavoin. Suomi on sitoutunut tähän tavoitteeseen monen kansainvälisen sopimusten kautta. Kaikki suomalaiset kuuluvat hoidon piiriin, ja palveluja on saatavilla

ympäri maan. Kunnille syntyvät kustannukset katetaan suurimmaksi osaksi verorahojen ja valtion tasausmekanismien avulla (Sihto ym. 2013, 261.)

Palveluiden monikanavaisuus vaikuttaa niiden käytön jakautumiseen kolmen mekanismin kautta. Julkisten ja yksityisten palvelujen välinen työvoimakilpailu on viime aikoina heikentänyt julkisia palveluja. Toiseksi kaikilla ryhmillä ei ole samoja mahdollisuuksia käyttää kaikkia palveluja. Kolmanneksi joillakin erikoisaloilla ja alueilla suuri osa sairaalaläheteistä tulee yksityissektorilta ja/tai työterveyshuollosta. Työterveydenpalveluita nimensä veroisesti pystyy hyödyntämään vain työssäkäyvät suomalaiset. Väestöryhmien väliset terveyserot ovatkin tulosta prosesseista, jotka kytkeytyvät yhteiskunnan sosiaaliseen kerrostuneisuuteen (Sihto ym. 2013, 261–262.)

Sosiaalibarometri on tutkimus palvelujen ja palvelujärjestelmän ajankohtaisesta tilanteesta sekä väestön hyvinvoinnista perustuen asiantuntija-arvioihin (Eronen ym., 26). Asiantuntijoina toimivat kaikki Manner-Suomen kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sosiaalitoimen, terveyskeskusten, Kelan toimistojen ja työ- ja elinkeinotoimistojen johtajat sekä sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat. Sosiaalibarometrin tehtävänä on tuoda sosiaali- ja terveyspoliittiseen keskusteluun palveluja, palvelujärjestelmää ja hyvinvointia koskevat ajankohtaiset havainnot ja arviot. Sosiaalibarometria on tehty vuodesta 1991 lähtien joka vuosi ja sen ajankohtaisten teemojen vuoksi Sosiaalibarometri on vuosien varrella osoittautunut toimivaksi aikamme kuvaksi ja ennakkoinnin välineeksi. (Eronen ym. 26–27.)

Terveyden edistämisen keskus ry julkaisi vuodesta 1992 vuoteen 2011 saakka Terveyden edistämisen barometrian. Vastaajina toimivat terveysjohtajat, järjestöjohtajat ja kuntien luottamushenkilöt. Vuoden 2011 Terveyden edistämisen barometri oli ainoastaan kansalaiskysely, jossa kartoitettiin kansalaisten käsitystä esimerkiksi elinympäristöstä, kokemuksista, osallisuudesta ja luottamuksesta. Kyselystä kävi ilmi, että vuosina 2009 ja 2010 kansalaiset kokivat omien vaikutusmahdollisuuksien olevan vähäiset ja sosioekonomisten terveyserojen uskottiin edelleen kasvavan. Terveyden edistämisen barometrit puhuvat monen asian puolesta. Ne ovat heijastelleet lukuisia yhteiskuntatasolla tapahtuvia muutoksia, kuvastaneet sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden muutoksia, tuoneet esille esimerkiksi projektimaisen kehitystyön ja sen

eroamisen arkityöstä sekä verkostomaisen yhteistyön kasvun (Eronen ym. 2013, 15.) Ihmisoikeudet ja terveydenhuoltoon liittyvä oikeellisuus ja tasa-arvoisuus ovat terveyden edistämiseen liittyviä suurimpia huolia ympäri maapalloa (Tones & Green 2006, 68). Barometreista on tullut esille myös haasteita, kuten terveyden edistämisen työn hajanaisuus ja rakenteiden epäselkeys. Vuonna 2011 tehdyssä kyselyssä kansalaisille nousi esille se, että jopa puolet vastaajista koki terveyttä ja hyvinvointia edistävän työn kohdistuvan ensisijaisesti hyväosaisiin. Yhtä aikaa barometreista on havaittavissa trendi, jonka mukaan ensisijainen vastuu terveydestä ja hyvinvoinnista on yksilöllä itsellään (Eronen ym. 2013, 15.)

Työllisyydellä ja työttömyydellä on suuri merkitys terveyserojen suuruuteen (Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmäki 2011, 48). Tutkimusten mukaan myös eri ammattiryhmien välillä esiintyy suuria terveyseroja. Niin naisilla kuin miehillä lähtötilanteen terveyseroja selittävät työolojen fyysiset erot, terveyskäyttäytyminen sekä aineelliset olosuhteet (Lahelma, Martikainen & Pietiläinen ym 2012, 26–27.) Alhaisen koulutustason ja fyysisesti kuormittavan työn on todettu olevan suora yhteys ammattiryhmien välisiin sairastavuus- ja kuolleisuuseroihin. Työttömyys ja siitä syntyvä huoli vaikuttavat pitkällä tähtäimellä ihmisten hyvinvointiin ja sitä kautta myös terveyteen. Työttömyys on vaikuttanut vuotuisiin itsemurha-lukemiin, masentuneisuuteen ja muihin mielenterveydellisiin ongelmiin (Rotko ym. 2011, 48–49.)

Sosiaaliluokan on ajateltu vaikuttavan ihmisen fyysiseen hyvinvointiin, ylipainoon ja huonoon ravitsemukseen. Selkeää ja yksiselitteistä syy-seuraus-suhdetta ei terveyseroille ole kuitenkaan löydetty (Tones & Green 2006, 70.) Esimerkiksi terveyserojen muutoksista ihmisten ikääntyessä on saatu toisistaan hyvin poikkeavia tuloksia. Joidenkin tutkimusten mukaan vanhenemisen myötä terveyserot kasvavat, kun taas toiset tutkimukset puhuvat terveyserojen kaventumisesta vanhemmissa ikäryhmissä. Yhdenkään tutkimuksen mukaan terveyserot eivät ole kuitenkaan kokonaan poistuneet. Terveyserojen kasvun ihmisen ikääntyessä arvellaan usein johtuvan raskaista työoloista, puutteellisista elinolosuhteista ja epäterveellisen elämäntapojen jakautumisesta epätasaisesti sosioekonomisten ryhmien välillä (Lahelma ym. 2012, 26.)

Suomessa terveydellinen ja hyvinvoinnillinen taso on jatkuvassa noususuhteessa. Tästä huolimatta suomalaisten välinen eriarvoisuus kasvaa. Terveyseroihin eniten vaikuttavia tekijöitä ovat lapsuuden ja nuoruuden elinolot, köyhyys, työolot ja työttömyys (Rotko ym. 2011, 6.) Suomen sosiaali- ja terveysministeriö laati terveyserojen kaventamisohjelman vuonna 2008. Samana vuonna maailman terveysjärjestö WHO:n työryhmä Commission on Social Determinants of Health julkaisi loppuraportin. Molemmassa asiakirjoissa esitellään eri tekijöitä, joihin puuttumalla terveyseroja voitaisiin torjua. Niissä korostetaan tasa-arvoista koulutusta, asumisoloja, köyhyyden vähentämistä ja työllisyysmahdollisuuksien tarjoamista kaikille. Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävä ja yhdenvertainen saatavuus nähdään tärkeänä. Erityisesti alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä sairauksien ehkäisyssä olisi pyrittävä edistämään terveellisiä elintapoja ja elinoloja (Lahelma ym 2012, 35.)

4.3 Terveyden lukutaito

Terveyden lukutaito on yksi keskeisimpiä käsitteitä puhuttaessa ihmisen hyvinvoinnista. Se on samalla valtava haaste jota tulisi kehittää ympäri maailmaa (Tuominiemi 2008, 27–31). Terveyden lukutaito on kykyä lukea, kommunikoida, ymmärtää ja tarvittaessa hyödyntää terveyteen liittyvää informaatiota elämän eri vaiheissa. Terveyden lukutaitoon voi lisäksi lukea kuuluvaksi kykyä ilmaista asioita kirjallisesti, kykyä tulkita numeraalista tietoa sekä kykyä puhua ja kuunnella tehokkaasti. Terveyden lukutaidon omaava ihminen tunnistaa tiedon tarpeensa, etsii ja löytää siihen tarkoitukseen lähteitä ja hakee niistä relevanttia tietoa, arvioi löytämänsä tiedon laatua ja käyttää sitä päätöstensä tekoa varten. Riittävän hyvä terveystiedon lukutaito auttaa ihmistä elämään terveellisemmin, käyttämään asianmukaisia terveyspalveluita ja noudattamaan saamiaan ohjeita oikein. Voidaan myös puhua yksittäisiin sairauksiin keskittyneestä terveystiedon lukutaidosta. Tällöin esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen diagnoosin saanut henkilö alkaa kartuttaa tietämystään sairastamastaan diabeteksestä (Niemelä, Ek & Huotari 2012, 152–153.)

Terveysaiheista viestintää pidetään ihmisten keskuudessa erittäin tärkeänä. Se on kommunikaatiota, jonka tarkoituksena on parantaa elämänlaatua informoimalla, vaikuttamalla ja motivoimalla yksilöitä, instituutioita ja yhteisöjä tekemään terveyteen

liittyviä päätöksiä. Medialla on suurin tiedonlähde terveyteen liittyvissä asioissa (Rukhsana & Bates 2013, 3.) Terveystietoa löytyy niin lehdistä, televisiosta kuin verkostakin. Tiedon ymmärrettävyydestä ei kuitenkaan ole riittävästi tutkimustietoa. Väestön terveystiedon lukutaitoon on itsessään kiinnitetty Suomessa erittäin vähän huomiota. Kansalaisten terveyden lukutaidon selvittäminen ja edistäminen olisi tärkeää monestakin eri syystä. Toistaiseksi ei kuitenkaan tiedetä miten suomalaiset suunnistavat terveystieteen eri maastoissa, löytää ja osaa arvioida tarvitsemaansa tietoa sekä käyttää sitä oikealla tavalla terveytensä ylläpitämiseksi (Niemelä ym. 2012, 150.)

Terveyden lukutaidon voidaan ajatella olevan ihmisen motivaatiota huolehtia omasta terveydestään. Ihmisen asenne terveitä elämäntapoja kohtaan on hyvin ratkaisevaa (Eriksson-Back, 2005). Terveyden lukutaito pitää sisällään käsitteet tiedollinen taito ja sosiaalinen taito. Nämä yhdessä määrittelevät ihmisen kykyä ja halua hankkia tietoa ja ymmärtää sen sisältöä (Ahola, Nyström & Aimonen 2010, 5). Olisikin tärkeää, että ihminen pohtisi terveytensä liittyen seuraavia kysymyksiä: Mitkä asiat ovat niitä, jotka minun terveyteeni vaikuttavat, mitkä terveyteeni vaikuttavista tekijöistä ovat minun kohdallani oleelliset ja miten muuttaa hankkimani uusi tieto teoriasta käytäntöön? (Otavan opiston www-sivut, 2006).

Ihmisten elämä on nykyään median kyllästävä ja enemmässä määrin medikalisoitunutta. Terveystiedon paljous on usein hämmentävää ja voi luoda henkilössä epävarmuutta ja jopa pelon tunteita. Esimerkiksi tavalliset arkiseen elämään liittyvät tunnot ja kokemukset voidaankin yhtäkkiä nähdä oireina vakavasta sairaudesta. Internet on hyvä esimerkki siitä, kuinka erilaisista oireista ja taudeista sekä neuvoista niiden torjumiseksi on tietoa pullollaan. Medialla on suuri rooli terveyteen liittyvän informaation lähteenä. Se voi olla tapa väittää perille oikea tietoa oikeaan osoitteeseen oikeaan aikaan, mutta sillä voi olla myös päinvastainen vaikutus (Rukhsana & Bates 2013, 4.) Lääketeollisuus itsessään tuottaa kansalaisille viestejä, joiden päämääränä on sairauksien ja oireiden vaikuttamisen lisäksi maksimaalisen voiton tavoittelu. Perinteinen kansalainen on pikkuhiljaa muuttumassa niin sanotuksi kuluttaja-potilaaksi. Jotta tämän suuntainen kehitys voitaisiin estää, tulisi kansalaisilla olla riittävästi arkielämän terveyden lukutaitoa (Niemelä ym. 2012, 151–152.)

Vuonna 2001 toteutettiin kysely 2500:lle Suomen kansalaiselle. Sama kysely toistettiin vuonna 2009, jolloin kysely lähetettiin 1500 kansalaiselle. Molemmissa kyselyissä otokset koostuivat 18–65-vuotiaista suomalaisista. Kyselyn väittämiin osanottajat pystyivät vastaamaan asteikolla 1-7 (1 = täysin samaa mieltä, 7 = täysin eri mieltä). Vastauksissa esiintyi väittämä ”Tiedotusvälineiden informaatio terveyteen liittyvissä asioissa on usein ristiriitaista/ vaikeasti tulkittavissa”. Vuonna 2001 kyseinen kysymys sai keskiarvokseen 3,9 ja vuonna 2009 4,3. Koska keskiarvo on alle mediaaniarvon ja seuraavalla kerralla vain vähä yli sen, katsotaan se kriittiseksi arvoksi. Epäselvyydestä ja hämmennyksestä terveystiedon äärellä kertovat myös muutkin väittämien vastaukset. Esimerkiksi väittämä ”Asiantuntijat ovat usein eri mieltä siitä, mikä on terveellistä ja mikä ei” keräsi vuonna 2001 keskiarvoksi ainoastaan 3,3 ja 2009 3,6. Voidaankin todeta, että suomalaiset ovat tyytymättömiä tiedotusvälineiden ja asiantuntijoiden välittämään terveystiedon selkeyteen ja sen ymmärrettävyyteen (Niemelä ym 2012, 150–151.)

Terveystiedon ymmärtämistä arjessa hankaloittavat monet eri asiat. Terveyteen liittyvää informaatiota on tarjolla median, asiantuntijoiden yms. kautta rajaton määrä. Tästä vain pieni osa tallentuu ihmisen aktiiviseen muistiin, eikä tiedon korrektiluudesta ole takuuta (Downie, Fyfe & Tannahill 1994, 111.) Terveyden lukutaidossa onkin väestötasolla suurta eroavaisuutta. Eroja selittävät koulutus, ikä, varallisuus, kuuluminen erityisryhmään sekä etninen tausta. Yksi eroja erityisesti syventävä tekijä on teknologian käyttötaito, jota digitaalinen viestintä erityisesti vaatii. Terveystietoa tulisi osata tulkita myös kriittisesti. Tämä luo kokonaiskuvaa terveystiedolle ja toimii voimavarana lukijalleen. Terveysviestinnän ja elintapaohjauksessa tulisi ottaa huomioon, että terveys voidaan nähdä sekoituksena lääketieteellistä, psykologista, sosiaalista, kulttuurillista ja ympäristöön liittyvistä tekijöistä (Niemelä ym. 2012, 153–154.)

Tiedon saaminen omalla äidinkielellään ei ole itsestäänselvyys, kun puhutaan terveystiedosta. Terveydestä puhuttaessa käytetään usein myös hankalaa ammattisanastoa kuten esimerkiksi erilaiset diagnoosit ja hoito-ohjeet. Tämän lisäksi asian ymmärrettävyyttä hankaloittaa numeroina esitetty informaatio. Terveystiedon tulisi olla myös jokaisen ihmisen ulottuvilla. Nuoret hakevat usein tarvitsemansa tiedon internetistä. Kaikki vanhemmat ihmiset eivät välttämättä osaa käyttää tietotekniikkaa hyväksi hakiessaan tietoa hyvinvoinnistaan. Tämän vuoksi teknologian ohjausta ja opetusta tulisi

antaa eri-ikäisille ihmisille, jotta he voisivat hakea tietoa itsenäisesti. Terveyttä koskevan tiedon arviointi vaatii kuitenkin jatkuvaa opiskelua ja kriittisten valmiuksien kartuttamista. Asiantuntijat usein puhuvat toisiaan vastaan ja tuottavat toisistaan eriävää tietoa. Voidaankin kysyä onko tavallinen kansalainen aina asiantuntijoiden armoilla oleva kuluttaja-potilas (Niemelä ym. 2012, 156–161.)

Arjen informaatiokäytäntöjen luonne tulee ottaa huomioon silloin, kun tavoitellaan ihmisten voimaannuttamista ottamaan lisää vastuuta omasta terveydestään. Vaikka terveystietoa on nykyään Internet täynnä, ovat verkon hakukoneet jokseenkin kehittymättömiä. Ihmisten yksilölliset ominaisuudet ja yhteisölliset seikat ohjaavat meitä hankkimaan, jakamaan ja käyttämään tietoa eri tavalla. Jotta terveystietä olisi onnistunutta, tulisi jokaiselle ihmiselle taata tasapuolisesti ja tasa-arvoisesti terveystietoa. Terveystietä on tärkeä rooli erityisesti elintapasairauksien ehkäisyssä. Jos tasa-arvoa ei taata terveystietä jokaiselle, terveys ja hyvinvointi kohdistuvat ainoastaan koulutetuille ja hyvätuloisille. Tämä taas lisää yhteiskunnallista eriarvoisuutta. Terveystietä muodostuminen kansalaistaidoksi on yksi keino tasa-arvon takaamiseksi (Niemelä ym 2012, 155.)

5 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

5.1 Mielenterveyskuntoutuja yhteiskunnan jäsenenä

Suomessa muiden länsimaiden ohella mielenterveyshäiriöiden merkitys kansanterveysongelmina korostuu, koska niihin sairastutaan hyvin nuorella iällä ja osalla niistä ne kroonistuvat ja johtavat työkyvyttömyyteen. Hoitoon hakeutumista viivästyttää stigma eli häpeänleima. Varhainen tunnistaminen ja sitä kautta hoitoon pääsy parantaisivat kuitenkin monien sairastuneiden ennustetta (Terveystietä www-

sivut, 2013.) Vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi kaiken kaikkiaan 25037 ihmistä. Näistä henkilöistä 4844 ihmistä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle mielialahäiriöiden vuoksi. Skitsofrenian ja skitsofreniaryhmän psykoosien vuoksi eläkkeelle siirtyi 1212 henkilöä. Kaiken kaikkiaan vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkkeellä olevia ihmisiä oli 252200 henkilöä, joista mielenterveyden tai käyttäytymisen vuoksi 115235 ihmistä eli 46 % koko työkyvyttömyyseläkkeen saavista ihmisjoukosta (Terveystieteiden tutkimuskeskus www-sivut, 2013.) Mielenterveyshäiriöt ovat Suomessa ja koko Euroopassa kansanterveydellisesti suurimpia haasteita mitattuna niiden esiintyvyydellä, niiden aiheuttamalla toimintakyvyn alenemisilla ja sairaustaakalla (Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013, 4).

Mielenterveyden ja aineellisten olosuhteiden välillä valitsevasta riippuvuudesta kertoo sosiaalisen aseman vaikutus, mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ja psyykkisen hyvinvoinnin taso. Esimerkiksi työttömyys, köyhyys, heikot työ- tai asuinolosuhteet ja alhainen koulutustaso heikentävät kaikki yhdessä yleistä hyvinvointia. Samalla ne lisäävät merkittävästi riskiä sairastua mielenterveyshäiriöihin. Lisäksi heikentynyt psyykkinen hyvinvointi ja alhainen sosiaalinen asema altistavat toisistaan riippumatta eri riskitekijöille. Näitä riskitekijöitä voivat olla esimerkiksi huono ruokavalio, alkoholin ja päihteiden väärinkäyttö, tupakointi sekä väkivalta. Nämä riskit puolestaan lisäävät mielenterveyshäiriöiden ilmaantuvuutta. Heikko mielenterveys johtaa usein alentuneisiin tuloksiin eri elämänosa-alueilla, joka omalta osaltaan lisää eriarvoisuutta. Voidaan todeta, että mielenterveys on sekä eriarvoisuuden syy että sen seuraus. Krooniset sairaudet kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit, syöpä, astma ja diabetes ovat usein liitetty heikentyneen mielenterveyden riskitekijöihin. Tämän vuoksi mielenterveyttä ja fyysistä terveyttä on tarkasteltava kokonaisuutena. Vaikuttavat terveysjärjestelmät pyrkivät edistämään mielenterveyskuntoutujien kuntoutumista ja hyvää terveyttä lisäämällä heidän hyvinvointiaan ja sosiaalista toimintakykyään (Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013, 22.)

Vahvaa tieteellistä näyttöä löytyy useiden mielenterveyshäiriöiden ja niiden liitännäissairauksien vaikuttavasta hoidosta ja hoitomenetelmistä. Niiden avulla olisi mahdollista lisätä ihmisten hyvinvointia, tuottavuutta ja ennaltaehkäistä useita itsemurhatapauksia. Iso osa mielenterveyskuntoutujista ei kuitenkaan saa hoitoa johtuen

sen heikosta saatavuudesta tai hoitoon pääsyn viivästyisestä. Ongelmana on myös mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten sitoutumattomuus mielenterveyspalveluihin. Yhteyttä näihin ei ylläpidetä, koska pelätään leimautumista ja syrjintää. Tämän vuoksi tarvitaan uudistuksia, joiden avulla luottamusta kasvatetaan hoidon turvallisuutta ja vaikuttavuutta kohtaan. Mielenterveyspolitiikan rakenneuudistuksessa tulisikin ottaa huomioon laatu ja turvallisuus sekä vaikuttavan ja hyväksyttävän hoidon varmistaminen ammattitaitoisen henkilöstön toteuttamana (Euroopan mielenterveydentoimintasuunnitelma 2013, 4-5.)

Mielenterveyshäiriötä sairastavien ihmisten elinajanodote on useita vuosia lyhempi verrattuna muun väestön ikä- ja sukupuolivakioituun elinajanodotteeseen. Elinajanodotteen lyhempi ennuste johtuu usein eri liitännäissairauksista sekä siitä ettei henkiseen ja fyysiseen pahoinvointiin ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla tulisikin olla vastuu mielenterveydestä. Eri sektorien välinen yhteistyö on ensiarvoisen tärkeää. Vaikka mielenterveyshäiriöistä kannetaan huolta, on vaikeaa tunnistaa kuka on vastuussa koko toiminnan koordinoinnista. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelmassa vastataan haasteeseen esittämällä Euroopan alueen mielenterveyden ja hyvinvoinnin vahvistamiseksi tehokas ja yhtenäistävä toimintasuunnitelma (Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013, 4-5.) Toimintasuunnitelman lähtökohtana ovat olleet Euroopan alueella asuvien ihmisten tarpeet ja toiveet, ja perusihmisoikeudet sekä palveluiden käyttäjien ja niiden tarjoajien kokemukset. Toimintasuunnitelman takana on ollut kolme toisiaan täydentävää arvoa ja niihin liittyvää visiota. Ensimmäinen niistä on oikeudenmukaisuus. Jokaiselle mielenterveyskuntoutujalle tulee antaa yhtäläinen mahdollisuus saavuttaa paras mahdollinen psyykinen hyvinvoinnin taso. Syrjinnän eri muotoihin, ennakoluuloihin ja laiminlyöntiin tulee puuttua. Toinen toimintasuunnitelman arvoista on voimaannuttaminen. Voimaannuttamisella tarkoitetaan ihmisen koko elämänsä koskevaa itsemääräämisoikeutta. Se mahdollistaa ottamaan vastuuta omasta elämästään, mielenterveydestään ja hyvinvoinnistaan sekä niihin vaikuttavista päätöksistä. Viimeisenä eli kolmantena toimintasuunnitelmassa tuodaan esille turvallisuus ja vaikuttavuus. Tällä taataan, että hoidot ja toimenpiteet ovat turvallisia ja vaikuttavia. Hoitojen tuomat hyödyt tulee myös pystyä osoittamaan vakuuttavasti (Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013, 5.)

WHO:n toimintasuunnitelman tavoitteet tähtäävät laajasti mielenterveyteen ja mielenterveyshäiriöihin koko elämänkaaren aikana. Tavoitteissa halutaan nähdä esimerkiksi tietoisuuden lisääntymistä psyykkisestä hyvinvoinnista ja sitä tukevista tekijöistä kuten esimerkiksi perhe, työpaikat, koulut, päiväkodit, yhteisöt ja laajemmin koko yhteiskunta. Tavoitteisiin päästään ainoastaan tarkasti noudatettujen ja suunniteltujen toimenpiteiden avulla. Toimintasuunnitelmaan onkin kerätty seitsemän eri tavoitteen alle toimenpide ehdotuksia. Aikuisten mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta toimenpide ehdotuksista nousee muutama kohta erityisesti esille. Terveelliset ympäristöt ja terveet yhteisöt otsikon alta löytyy kohta, jossa puhutaan terveellisten ravintotottumusten, liikunnan ja muun aktiviteetin tärkeydestä jokaisessa ikäryhmässä. Koulutus ja taidot kohdassa mainitaan läpi koko elämän jatkuva opiskelu. Oppiminen parantaa heikommassa asemassa olevien ja syrjäytyneiden perustaitoja elämässä. Yksi tärkeimmistä toimintaehdotuksista on kuitenkin tietoisuuden vahvistamista terveyden sosiaalisten determinanttien vaikutuksesta mielenterveyteen sekä väestön mielenterveyden vaikutuksesta kansanterveyteen (Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013, 3-8.)

”Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan normaaleissa stressitilanteissa, työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti ja olemaan yhteisönsä jäsen” (Vuorilehto, Larri & Kurki 2014, 13). Mielenterveyden voidaan ajatella olevan myös kykyä ylläpitää ja solmia ihmissuhteita. Se on taitoa nauttia elämästä ja selviytyä elämän erilaisista vastoinkäymisistä. Mielenterveyden ollessa tasapainossa ihminen omaa myös henkistä ja emotionaalista lujuuutta. Mielenterveys onkin tasapainottelua ihmisen oman persoonallisuuden ja ympäristön määrittelemien vaatimusten ja odotusten välillä (Mielenterveysseuran esite, 2013.)

Mielenterveys on voimavara, joita voi olla myös mielenterveyshäiriöstä kärsivällä ihmisellä. Voimavaroja voi olla esimerkiksi vain sen verran, että ihminen selviytyy työstään ja kodin arkisista asioista, mutta hän ei jaksaa huolehtia ystävyys-suhteistaan. Ihminen voi tällöin määritellä oman mielenterveytensä hyväksi, jos hän näin kokee. Tämä ei tarkoita kuitenkaan sitä, että hänen läheisensä tai ammattilaiset olisivat hänen kanssaan samana mieltä. Mielenterveys käsitteenä on myös kulttuurisidonnainen. Tästä hyvänä

esimerkkinä on se, että jokaisella kielellä ei ole sanoja jotka kuvaisivat mielenterveyttä tai sitä koskevia sairauksia. Ajatus siitä, että mielenterveys olisi pelkästään sairauksien tai oireiden puuttumista onkin nykyään jo vanha käsitys (Vuorilehto ym. 2014, 13.) Mielenterveyteen vaikuttaa yhteiskunnan asenteet ja arvot. Myös ihmisen yksilölliset tekijät kuten esimerkiksi identiteetti, minäkäsitys, tunne-elämä, ja elämäntarkoituksellisuus vaikuttavat voimakkaasti mielenterveyteen (Mielenterveys seuran esite, 2013.)

Mielenterveyskuntoutujan näkökulmasta kuntoutus tarkoittaa yksilön ymmärryksen lisäämistä omasta tilanteestaan, tavoitteistaan, tulevaisuudestaan ja omasta arvostaan ihmisenä. Vanha sanonta kuvaa hyvin omien arvojen ja mielipiteiden siirtämistä auttajalta autettavalle. Sanonnan mukaan asiakas menee auttavan henkilön luo oman mielipiteensä kanssa ja tulee sieltä myöhemmin ulos auttavan henkilön mielipiteen kanssa. Kenen tahansa henkilön, joka toimii mielenterveyskuntoutujan kanssa, tulisikin muistaa että kuntoutujaa tulee auttaa löytämään omat sanat omalle tilanteelle eikä hyväksymään jo valmiita käsityksiä. Mielenterveyskuntoutujan omat käsitykset ja tulkinnat voivat olla vahvasti ristiriidassa henkilökunnan ja muiden ammattilaisten näkökulmien kanssa. Kuntoutujan toimintakyvystään, selviytymisestään ja sairautensa luonteesta liiallisen optimistista kuvaa voidaan kutsua sairaudentunnottomuudeksi. Kyseessä voi olla myös keino ylläpitää itsekunnioitusta tilanteessa, jossa todellisuuden kohtaaminen voi tuntua liian raskaalta. Päinvastaisessa tapauksessa kuntoutuja voi kokea henkilökunnan optimismin ja uskon epätodellisena (Koskisu 2004, 25–27.)

Mielenterveystyön kentällä on tapahtunut viime vuosien aikana muutos, jossa on siirrytty oirekeskeisestä ajattelusta voimavarakeskeiseen ajatteluun. Kuntoutumista voidaan pitää yleisinhimillisenä. Työntekijöiden voi olla hankalaa ymmärtää mielenterveyskuntoutujien sairauteen liittyvää maailmaa. Samaistumisesta ja empatiasta huolimatta henkilökunta ei voi täysin samaistua asiakkaittensa tilanteisiin. Sen sijaan jokainen ihminen on jossakin elämänsä vaiheessa kuntoutunut jostakin: lähiomaisen kuolemasta, avioerosta tai työpaikkansa menettämisestä. Kuntoutuminen ei tule estämään uusien hankalien ja vaikeiden tilanteiden tapahtumista. Sen lisäksi kuntoutuminen ei tee aiempia asioita tekemättömiksi. Kuntoutumisessa ihminen näkee aiemmat tapahtumat uudella tavalla ja uudesta näkökulmasta. Kuntoutuminen on aina lähtöisin ihmisestä

itsestään. Kenelläkään ammattilaisella tai ulkopuolisella taholla ei tule olemaan avainta kuntoutumiseen. Kuntoutumista voikin ajatella loputtomien polkujen lopullisena päämääränä, Ainoastaan yksi näistä poluista on työntekijöiden ja asiantuntijoiden rakentama (Koskisuus 2004, 56–57.)

Mielenterveyskuntoutujat saavat normaalin arjen tarjoamasta tuesta voimaa kuntoutumiseensa. Kuntoutujat ovat itse todenneet, että ei niinkään hoito- tai kuntoutusjärjestelmät tue heitä parempaa kuntoutumista kohti vaan arjesta saadut kokemukset. Näitä kokemuksia voisi nimittää arjen voimalähteiksi. Arjen voimalähteitä ovat esimerkiksi liikunta, tavallinen arki, lukeminen, luonto ja naisilla usein käsitöiden tekeminen. Koti voi parhaimmillaan luoda turvan ja lohduntuntemuksia. Kaikille tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, jos heillä on esimerkiksi yksinäisyyden ja ulkopuolisuuden kokemuksia sieltä. Arjesta selviytymistä voi myös pitää oman hyvinvointinsa ja kuntonsa mittarina. Kotona puuhastelu ja arkiaskareet tarjoavat mielenterveyskuntoutujalle normaalisuuden ja rutiinin kokemuksia, jotka omalta osaltaan tukevat kuntoutujan hyvinvointia (Koskisuus 2004, 86.)

Vastuun ottamista omasta terveydestä kutsutaan itsehoidoksi. Itsehoito on tärkeä tavoite mielenterveyskuntoutujille. Mielenterveyden itsehoitoon kuuluvat esimerkiksi erilaisten rentoutumistekniikoiden opettelu, omien rajojen tiedostaminen ja niiden pitäminen sekä elintapojen tarkistaminen. Ihminen joka luottaa omiin kykyihinsä panostaa muutokseen ja on kykeneväisempi pääsemään vastoinkäymisten yli. Tämän vuoksi ammattilaisten yksi tärkeimmistä tehtävistä on motivoida ja valaa uskoa ja toivoa mielenterveyskuntoutujille. Pystyvyyden tunnetta vahvistaa myönteinen palaute itsensä hoitamisen onnistumisesta (Vuorilehto ym. 2014, 30–31.) Yksilön kokemukseen omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään vaikuttavat osallisuus ja osallistuminen. Kokiessaan osallisuutta yksilön on suurempi mahdollisuus vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin ja olla aktiivisesti vaikuttamassa niihin. Osallisuus voi olla esimerkiksi järjestötyötä ja päätöksentekoon osallistumista. Osallisuus voi tapahtua useassa eri ulottuvuudessa. Näitä ulottuvuuksia ovat tieto-osallisuus, suunnitteluosallisuus, päätösosallisuus sekä toimintaosallisuus. Esimerkiksi päätösosallisuus tarkoittaa sitä, että kuntalainen osallistuu suoraan palveluiden tuottamista tai omaa asuinalueita koskeviin päätöksentekoon. Osallistumista voi kokea myös pelkästään vastaamalla esimerkiksi

kyselyyn, tällöin on kyse tieto-osallisuudesta (Eronen ym. 2013, 14.) Osallisuutta voidaankin pitää syrjäytymisen vastavoimana. Mielen terveyden hoidossa osallisuus merkitsee aktiivista osallistumista omaa hoitoa koskevien päätösten tekoon. Osallisuus ja osallistuminen vaativat jonkin verran elämänhallintaa ja kykyä selviytyä arjen ristiriitaisista tilanteista. Mielen terveys- ja päihdepalveluiden tuleekin vahvistaa ihmisten osallisuutta siten, että asiakkaat saavat mahdollisuuden osallistua hoitonsa suunnitteluun ja palveluiden kehittämiseen (Vuorilehto ym. 2014, 31.)

5.2 Mielen terveyden edistäminen

Mielen terveys on tärkeä osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Mielen terveyteen vaikuttaa niin sisäiset kuin ulkoisetkin tekijät. Nämä tekijät voivat olla lähtöisin yksilöstä itsestään tai niitä voi määrittää yhteiskunnalliset ajatusmallit (Taulukko 1). Mielen terveys on biologisesti, psykologisesti ja sosiaalisesti määrittyvä käsite. Nämä kolme tekijää vaikuttavat mielen terveyteen niin yhdessä kuin erikseen. Lyhyesti selitettynä mielen terveyteen vaikuttaa mikä tahansa toiminta tai tekijä, joka edistää sitä tai vähentää siihen vaikuttavia ja vahingoittavia tekijöitä (Aalto, Bäckmand, Haravuori, Lönnqvist, Marttunen, Melartin, Partanen, Partonen, Seppä, Suomalainen, Suokas, Suvisaari, Viertio & Vuorilehto 2009, 7.) Ennakoivan mielen terveytyksen tavoitteena on mielen terveysongelmien primaaripreventio. Eri kuntien tilannetta mielen terveyden suhteen, on tärkeää jatkuvasti kartoittaa. Aktiivisen kartoituksen avulla kunnat kykenevät tehokkaampaan ja asiakaslähtöisempään palvelujen tarpeisiin vastaamiseen (Punkanen 2006, 14.)

Taulukko 1. Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät (Aalto ym. 2009, 8).

<p><u>Yksilölliset ja sisäiset suojaavat tekijät</u></p> <p>Hyvä fyysinen terveys ja perimä Myönteiset varhaiset ihmissuhteet Hyvä itsetunto Hyväksytyksi tulemisen tunne Hyvä oppimiskyky Ongelmanratkaisutaito Ristiriitojen käsittelytaito Kehittyneet vuorovaikutustaidot Kyky ihmissuhteiden luomiseen ja ylläpitämiseen</p>	<p><u>Yhteiskunnalliset ja ulkoiset suojaavat tekijät</u></p> <p>Ruoka Suoja Sosiaalinen tuki Työllisyys Myönteiset mallit Koulutusmahdollisuudet Turvallinen ympäristö Toimiva yhteiskuntarakenne</p>
<p><u>Yksilölliset ja sisäiset haavoittavat tekijät</u></p> <p>Synnynnäinen tai hankittu sairaus/vamma Itsetunnon haavoittuvuus Avuttomuuden tunne Huonot ihmissuhdetaidot Seksuaaliset ongelmat Huono sosiaalinen asema Eristäytyneisyys Vieraantuneisuus Laitostuminen</p>	<p><u>Yhteiskunnalliset ja ulkoiset haavoittavat tekijät</u></p> <p>Nälkä ja puute Suojattomuus ja kodittomuus Erot ja menetykset Hyväksikäyttö ja väkivalta Traumat, kriisit ja sota Psykkiset häiriöt perheessä Päihteet Kulttuuriset ristiriidat Diskriminointi Leimaaminen Autonomian puute Kiusaaminen vertaisryhmässä Työttömyys, köyhyys</p>

Ennakoiva mielenterveystyö on moniammattilista. Sitä toteuttaa useat eri organisaatiot neuvolatoiminnasta aina seurakunnan toimintaan asti (Punkanen 2006, 15.) Erilaiset mielenterveystoimistot ja -järjestöt tuovat oman erikoisosaamisensa ennakoivaan mielenterveystyöhön. Niiden yksi tärkeimpiä tehtäviä on valistus-, tiedotus-, ja konsultaatiotyö. Koko terveydenhuoltojärjestelmällä on velvollisuus puuttua erilaisten kehitysympäristöjen mielenterveydellisiin näkökohtiin. Myös monet kolmannen sektorin tahot ovat aktiivisia ennakoivan mielenterveystyön edustajia (Punkanen 2006, 17.) Ennakoivan mielenterveystyön tulee olla jatkuvaa ja pitkäjänteistä. Sen tavoitteena on luoda ihmisille edellytykset terveen mielenterveyden saavuttamiseksi; psyykkisen kehityksen tukeminen, ongelma- ja kriisitilanteista selviämisen keinot ja ihmisen toimintakyvyn ylläpitämisen mahdollistaminen. Tavoitteena on toisinsanoin tukea ihmisen psyykkistä hyvinvointia tarjoamalla informaatiota ihmisen perustarpeista sekä

psykkisestä kehityksestä (Punkanen 2006, 17–18.) Ennakoivan mielenterveystyön tulee olla holistiseen ihmiskäsitykseen pohjautuvaa, ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista ja hoitamista. Mielenterveysasiakkaita kohdatessa on tärkeää muistaa ihminen sairauden takana (Punkanen 2006, 51)

Sairauden ehkäisytöimet on jaoteltu primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventioon. Näistä kolmesta primaaripreventio kohdistuu terveeseen väestöön ja se käytännössä tarkoittaa samaa asiaa kuin mielenterveyden edistäminen. Lääketieteellisestä näkökulmasta mielenterveyden edistäminen on kuin rokotesuoja. Se vahvistaa yksilöiden, perheiden, organisaatioiden ja kokonaisten yhteisöjen kestävyys- ja ehkäisevää henkisen hyvinvoinnin vahingoittumisen. Mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä mielenterveystyö eivät ole kaukana toisistaan, mutta nykyään ne usein käsitellään erikseen. Ehkäisevä mielenterveystyö eli preventio pyrkii nimensä mukaisesti ehkäisemään spesifisiä psykiatrisia häiriöitä, kuten anoreksiaa tai masennusta vähentämällä riskitekijöitä. Kun taas mielenterveyden edistäminen eli promotio pyrkii vahvistamaan positiivista mielenterveyttä keinonaan suojaavien tekijöiden vahvistaminen. Viime vuosina psykologiassa onkin alettu käsittelemään ihmiselämää enemmän positiivisesta näkökulmasta. Vastaavasti epidemiologisissa tutkimuksissa on keskitytty lähinnä mielen sairauksiin ja niiden riskitekijöihin. Yhtä tärkeää olisi tutkia mielenterveyttä positiivisena voimavarana ja kehitellä sitä tukevia ja suojaavia tekijöitä (Pietilä 2012, 78–80.)

Toimintakyky tarkoittaa mielenterveyskuntoutujan perusarvona sitä, että kuntoutuksen ensisijaisena tavoitteena on parantunut kyky toimia eri rooleissa ja ympäristöissä. Toimintakyky ei niinkään tarkoita oireiden vähentymistä tai omaa psyykkistä rakennetta koskevien oivallusten lisääntymistä. Kuntoutus pyrkii vahvistamaan yksilön voimavaroja, jolloin oleellinen painotus kohdistuu rakentavien toimintamallien kehittämiseen negatiivisen rajoittamisen sijaan. Onnistumista arvioidaan arjesta saatujen kokemusten avulla. Kuntoutuksella pyritään palauttamaan mielenterveyskuntoutuja takaisin arkeen, elämään ja toimintaan (Koskisu 2004, 47.) Suomessa mielenterveyden edistämistyö on pääosin painottunut eri alojen työntekijöiden kouluttamiseen mielenterveyden ilmiöiden ymmärtämiseen, tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen sekä varhaiseen puuttamiseen. Valtaosaan väestöstä kohdistuvasta mielenterveystyöstä tekee kuitenkin työntekijät, joita ei ole varsinaisesti koulutettu sitä varten. Yhteiskunnassa

terveydenedistämistyössä otetaan usein huomioon ainoastaan fyysinen pääoma ja osaamis pääoma. Sosiaalinen pääoma joka jää yleensä vähemmälle huomiolle on yhteydessä yhteenkuuluvuuteen ja väestön parempaan mielenterveyteen (Pietilä 2012, 87–90.)

Etiikka muodostaa perustan terveyttä edistävälle toiminnalle. Terveyden edistämisen pyrkimyksenä on parantaa ihmisten mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä hyvinvoinnista. Jotta tällainen toiminta pystyttäisiin mahdollistamaan, on tärkeää sisäistää terveyden edistämisen arvoperustainen luonne. Keskusteltaessa arvoista on lähtökohtana aina eettinen ajattelu. Terveyden edistämässä usein puututaan toisen ihmisten elämään, jolloin eettiset näkökulmat korostuvat. Kautta historian terveydenhuollon keskeisenä eettisenä periaatteena on ollut ihmisarvon kunnioittaminen. Muita tärkeitä eettisiä kysymyksiä ovat haavoittuvien ihmisryhmien ihmisoikeudet, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, ihmisen vastuu omista elämänvalinnoistaan ja priorisointi omien voimavarojen käytössä. Tietoisen eettisen pohdinnan avulla ihmisen on helpompaa tehdä kestäviä ja mielekkäitä valintoja sekä arvioida omaa ja toisten toimintaa tutkien niiden perusteita (Pietilä 2012, 15–18.) Yksi keskeisimmistä eettisistä ongelmista on terveyden jakautuminen epäoikeudenmukaisesti. Suomessa eri väestöryhmien väliset terveyserot ovat jatkuvassa kasvussa. Elintavat eivät ole pelkästään yksilöiden valintojen tulos, vaan kouluttamattomuus, syrjäytyminen ja sosiaalisten verkostojen puute ovat kaikki periytyviä. Mielenterveyden edistämistä voidaan lähtökohtaisesti ajatella eettisesti oikeana, koska sen tavoitteena on ihmisen hyvä. Esimerkiksi sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa todetaan, että sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää hoitoa; kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Pietilä 2012, 21–22.)

5.3 Terveyden edistämisen haasteet

”Terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa (HTA = Health Technology Assessment) tarkastellaan järjestelmällisesti menetelmien terveysvaikutuksia ja muita ominaisuuksia.

Terveydenhuollon menetelmiä ovat lääkkeet, laitteet, toimenpiteet ja toimintajärjestelmät; niiden välittömiä ja pitkäaikaisia vaikutuksia arvioidaan monitieteisesti. Menetelmien arviointi tarjoaa riippumatonta ja luotettavaa tietoa potilaiden hoitoa ja terveystaloutta koskevien päätösten tueksi. Tieto on tarkoitettu kaikille terveydenhuollon ammattiryhmille, poliittisille päättäjille ja suurelle yleisölle, ja julkinen keskustelu arviointien pohjalta ennen linjapäätöksiä on toivottavaa. HTA sai alkunsa USA:ssa 1970-luvulla valtion rahoittamana” (Sihto ym. 2013, 274.)

Jo kahdenkymmenen vuoden ajan valtava tutkimuksien aalto on jyllännyt ympäri maailmaa. Tutkimukset ovat kohdistuneet psykiatristen hoitomuotojen ja mielenterveystyön parantamiseen ja kehittämiseen. Tutkimuksissa on pyritty selvittämään, mitkä interventiot ja muutokset tuottavat todellista etua mielenterveydenhoidossa. Mielenterveysongelmat ovat maailmanlaajuinen ongelma, mutta valitettavasti tutkittu kapea alaisesti. Suurin osa tutkimuksista on toteutettu hyvinvointivaltioissa. Tämä hyvinvointivaltioiden ja esimerkiksi kehitysmaiden välinen kuilu on yksi suurimmista haasteista mielenterveyden edistämässä (Thornicroft, Ruggeri & Coldberg 2013, 3.) Grand challenges in Global mental health Initiative - tutkimus onkin määritellyt 25 suurinta haastetta koskien mielenterveyttä ja sen hoitoa. Neljä tärkeintä haastetta ovat: aihetta pitäisi lähestyä ihmisen elämänkaarta kokonaisuutena tarkastellen, terveen mielenterveyden rakentuminen lähtee jo lapsuudesta, mielenterveysongelman hoidon tulisi kattaa enemmän kuin vain itse potilas ja potilaan läheiset ovat yhtäläillä avun ja ammattilaisen tuen tarpeessa. Kaiken psykologisen, psykiatrisen ja lääkkeellisen hoidon tulee pohjautua näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Mielenterveydenhoitotyössä tulisi huomioida myös potilaan ympäristö ja sen mahdolliset vaikutukset. (Thornicroft ym. 2013, 6.)

6 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIA OSALLISTAVA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

6.1 Asiakkaat mukaan suunnitteluun

1990-luvulla käynnistyi Suomessa keskustelu kuntoutuksen asiakaslähtöisyydestä ja kuntoutujan aktiivisesta roolista itse kuntoutumistapahtumaa kohtaan. Kuntoutusprosessin oikeanlainen eteneminen edellyttääkin kuntoutujan kuulemista ja aktiivista mukana oloa. Kuntoutujan asemalle ja osallisuudelle antaa perustan vuonna 1991 voimaan tullut laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (L 604/1991;L497/2003). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000) takaavat kuntoutujille vähimmäisoikeudet osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta kohtaan. Itsemääräämisoikeus on tärkeää kuntoutujan oikeuksien kannalta, mutta myös ennen kaikkea motivaation kannalta. Monet kirjoittajat ovat todenneet, että kuntoutujan oma toiminta on keskeistä hyvän tuloksen saavuttamiseksi. Yhteistyön näkökulmasta, motivaatiolla on merkittävä osansa. Keskeisintä motivaation kannalta on kuitenkin se, että kuntoutussuunnitelma ja tavoitteet ovat linjassa kuntoutujan omien elämäntavoitteiden kanssa. Yhä useammat tutkimukset ovat osoittaneet, että kuntoutujan henkilökohtainen käsitys omasta toimintakyvystään ja hänen itsensä asettamat tavoitteet vaikuttavat ratkaisevasti siihen millaiseen tulokseen tulevaisuudessa päädytään (Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet 2013, 22–24.)

Mielenterveyskuntoutujat tulisi ottaa aktiivisesti mukaan erilaisten toimintojen suunnitteluun. Suunnittelu vaatii mielenterveyskuntoutujien asianmukaista osallistumista ja aitoa kuulemista. Uusia näkemyksiä ja ideoita tulee välttää väkisin tarjoamasta, vaan ihmisille tulee jättää mahdollisuus päättää itse uusista toiminnoista. Esimerkiksi jos tehdään mielipidekysely, asianosainen voi itse päättää vastaako vai ei. Ihmisen tulee myös päästä pois tilanteista, jotka tuntuvat ahdistavilta tai liian hankalilta. Ketään ei voida pakottaa osallistumaan (Laatikainen 2010,14.)

6.2 Kuntoutus ryhmissä

Mielenterveyskuntoutujat kokevat usein yksinäisyyden, ulkopuolisuuden ja eristäytymisen tunteita. Ihmissuhteista jättäytyminen on seurausta monesta eri asiasta. Pelkästään jättäytyminen työelämästä tai opiskelusta vähentää ihmissuhteiden määrää. Useat kuntoutujat kokevat, että ihmiset jotka ovat vielä läsnä heidän elämässään, eivät kaikesta huolimatta ymmärrä heidän tilannettaan. Tällaiset tilanteet johtavat usein siihen, että myös jäljelle jääneet vähäisetkin ihmissuhteet katkeavat kokonaan. Häpeän ja erilaisuuden tuntemukset ajavat mielenterveyskuntoutujan kokemaan itsensä ulkopuoliseksi. Usein näiden tunteiden vuoksi kuntoutuja ei usko muiden ihmisten hyväksyvän häntä sellaisenaan ja siinä tilanteessa kuin he ovat. Kuntoutuminen vaatii tuekseen vuorovaikutusta ja ihmissuhteita. Ainoiden ihmissuhteiden ollessa viranomais-suhteita, voi kuntoutumisesta tulla hankalaa. Kuntoutumismenetelmien ja ympäristön jossa kuntoutusta toteutetaan, tulisikin tukea erilaista vuorovaikutusta. Esimerkiksi erilaiset ryhmät tukevat yhteisöllisissä tavoitteissa ja tarjoavat toisten ihmisten ajatuksia ja kokemuksia. Viime vuosina on myös pyritty painottamaan läheisten ja perheen tukea kuntoutuksen tavoitteena ja keinona (Koskisuus 2004, 27–28.)

Mielenterveyskuntoutuksessa on käytetty ryhmiä aina, koska niiden on ajateltu tukevan kuntoutuksen tavoitteita antamalla kuntoutujille mahdollisuus peilata omia kokemuksiaan. Kuntoutuksen keskeisenä toimintatapana on vastaavasti pidetty toiminnallisia ryhmiä. Mikään ryhmä ei kuitenkaan itsessään ole automaattisesti kuntouttava. Ryhmän kuntouttavan roolin määrää toiminnallisen ryhmän tavoite sekä yksittäisten ryhmäläisten omat tavoitteet ryhmälle ja siihen osallistumiselle. Kuntoutusryhmät ovat yhä enemmässä määrin siirtymässä oireidenhallintaryhmiksi ja sosiaalisten taitojen harjoittamisen ryhmiksi. Tämä johtuu siitä, että oireidenhallintaa ja erilaisia sosiaalisia taitoja voidaan oppia ja harjoitella ryhmissä. Suomessa eri kuntoutusryhmät ovat jo vuosikymmeniä toimineet siten, että niissä yhdistyy tieto sairaudesta, toipumisesta ja kuntoutumisesta ryhmäprosesseihin ja toimintaan (Koskisuus 2004, 169.)

Psykoedukatiiviset ryhmät muistuttavat enemmän luokkaopetusta kuin perinteistä terapiaryhmää. Niillä on selkeä määritelty tavoite, tiedollinen sisältö ja yleensä käytössä

käsikirja tai tehtäväkirja kuntoutujille. Harjoitukset voivat olla ryhmässä toiminnallisia ja muutoin vuorovaikutusta lisääviä ja monipuolisia. Tällaisia ryhmiä on hyvä järjestää kenen tahansa jonkin teeman tai ajatuksen ympärille. Yksi varteenotettava malli on jakaa tieto ja toiminnallinen sisältö eri ryhmäkerroille. Ryhmäkerta voi koostua palaamisesta edellisen kerran teemoihin, kotitehtävien purkuun, uudesta tiedollisesta aiheesta, keskustelusta ja erityisesti uuden toiminnan opettelusta. Vaikka kertoja olisi harvemmin ja ne kestäisivät vain vähän aikaan, tulee jokaiselle ryhmälle asettaa omat tavoitteet. Jos ryhmän tavoitteeksi asetetaan kuntoutumisen edistäminen, on hyvä muistaa, ettei kuntoutumista voi silti pakottaa tapahtuvaksi ryhmässä. Ryhmänohjaaja toimiikin enemmän oppaana tai opettajana kuin terapeuttina. Vaikka tietäisimme kuinka paljon itse kuntoutumisesta, on silti aina jotain uutta opittavaa ja ymmärrettävää. Tässä merkityksessä kurssilaiset itse toimivat vetäjien opettajina. Työntekijöiden on hyvä muistaa, että he eivät voi tietää miten toisen tulisi elää. Ryhmässäkään ohjaajan ei tule ottaa vastuuta osallistujien elämän muuttamisesta. Vastuullista toimintaa ohjaajalle on sen tuoma tietämys, taito, tuki ja toiveisuus ryhmäläisten käyttöön. Suorien neuvojen antamista tulee aina välttää ja tämä pätee niin ohjaajiin kuin osallistujiin (Koskisuus 2004, 169–171.)

Tutkimusten mukaan mielenterveyskuntoutajat haluavat elää tavallista elämää ja arkea. Saavuttaakseen tämän tulee kuntoutujan kokea osallisuuden merkitys. Osallisuus ei ole saavutettavissa ainoastaan käymällä kuntoutusyksiköiden tarjoamissa toiminnoissa. Tämän sijaan kuntoutus tulisikin tapahtua normaalipalvelujen parissa ja kuntoutujan omissa yhteisöissä (Koskisuus 2004, 54.) Ihminen voi olla ryhmässä mukana ilman että hän kokee olevansa sen jäsen. Ketään ei voi kuitenkaan osallistaa ulkoapäin, vaan ihmisen välinen vuorovaikutus vasta muodostaa osallisuuden kokemuksen. Osallistuminen on keino saada ihminen vaikuttamaan ja kehittämään itse omia asioitaan. Osallistuvassa toiminnassa mielenterveyskuntoutuja ei ole auttamisen kohde, vaan aktiivinen toimija ja kuluttaja. Valtioneuvoston mukaan osallistumisen tarkoitus on kerätä ideoita ja sitouttaa ihmisiä (Laatikainen 2010, 7-8.)

Mielenterveyskuntoutajat eivät ole välttämättä tottuneet tuomaan esille omia mielipiteitään ja toiveitaan. Kysymykset tuleekin muotoilla siten, että ihmisen on helpompi lähestyä niitä. Olennaista on kuitenkin se, että mielenterveyskuntoutajat

pääsevät itse osallistumaan ja kertomaan omista toiveistaan. Kontaktitapahtuman ajankohta täytyy päättää hyvissä ajoin, pari kuukautta ennen, jotta valmistelu-aikaa on riittävästi. Toiminta tulee räätälöidä jokaisen osallistujan toiveiden mukaisesti. Onnistumisen edellytyksenä onkin, että kaikkien toiveet on otettu tasa-arvoisesti huomioon. Pelkkien ryhmätoimintojen järjestäminen ei ole tarkoituksenmukaista, jos ei siitä ole osallistujille jotakin hyötyä. Toiminnan järjestäminen ja organisointi ryhmässä voi olla helpompaa, mutta se ei saa olla koskaan lähtökohta toimintojen vetämiseen ryhmässä. On huolehdittava siitä, että ryhmällä on oma merkityksensä kuten esimerkiksi vertaistuellinen tehtävä (Laatikainen 2010, 14- 30.)

6.3 Hyvä luento

Hyvän ja motivoivan luennon lähtökohtana on hyvä ja motivoiva luennon vetäjä. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat oleellinen osa onnistunutta ohjaavuutta. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat niin sanottoman että sanallisen ilmaisun hallitsemista. Vuorovaikutustaitoihin sisältyy taito ottaa toisen ihmisen tarpeet huomioon. Hyvä ohjaaja on kykeneväinen toisten ihmisten kuunteluun, keskusteluun, luottamuksen rakentamiseen ja empatiakykyyn (Kalliola, Kurki, Salmi & Tamminen-Vesterbacka 2010, 44–48.) Ohjaajan täytyy osata käyttää omaa persoonallisuuttaan hyväksi motivoidessaan kuuntelijoitaan. Omien tunteiden näyttäminen antaa muillekin kokemuksen siitä, että tunteiden näyttäminen on hyväksyttävää (Kalliola ym. 2010, 26–27.)

Hyvän luennon tulee olla yhtenäinen kokonaisuus. Siinä tulee olla herättävä ja kuulijoita innostava aloitus, jäntevä kulku ja kohottava lopetus. Lopetuksen tulee jättää kuulijansa miettimään luennolla käsitellyjä asioita, ja samalla tehdä luennosta mieleenpainuva. Luento tulee olla suunniteltu kohdeyleisö huomioon ottaen. Hyvän luennon lähtökohtana on myös valmistautuminen siihen. Hyvin suunniteltu luento tarjoaa kuulijoilleen jopa esteettisesti kauniin elämyksen, kun taas huono piinallisen kokemuksen. Risto Pelkonen kuvaakin artikkelissaan ”Miten pidän luennon?” hyvän luennon muodostuvan hyvästä suunnittelusta, monipuolisesta ja vaihtelevasta sisällöstä ja punaisesta langasta (Pelkonen 1995.)

7 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Projektityö on yleinen työmuoto yrityksissä ja organisaatioissa. Projektit ovat niin yleisiä, että nyky-yhteiskuntaa kuvataan termillä ”projektityhteiskunta” (Kettunen 2003, 15.) Projektiosaaminen on tästä syystä yhä tärkeämpi taito myös hoitotyössä. Harvalle projektitaidot ovat sisäsyntyisiä. Niitä tulee opetella ja harjoitella. Tällä tavoin vähitellen harjaannutaan tavoitteelliseen työhön (Virtanen 2009, 58–59.) Projekti on hyvä toimintatapa- ja muoto, kun kehitetään jotain uutta. Projektin laukaiseekin usein muutoksen tarve. Sen avulla mahdollistetaan joidenkin perusorganisaation tehtävien tekeminen tehokkaammin ja joustavammin (Ruuska 2006, 18–19.)

Projekti käsitteenä on hyvin laaja, sen määritelmä on riippuvainen siitä mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan. Projektin tarkoituksena on aina jonkin tavoitteen saavuttaminen. Tavoite saavutetaan suunnitellun toiminnan toteuttamisella. Yhteistä kaikissa projekteissa on kuitenkin seuraavat asiat: projektille on määriteltynä selkeä tavoite, projektityöllä pyritään kohti suunnitellun tavoitteen saavuttamista, työskentely projektissa on suunnitelmallista ja johdettua. Projektityö on ihmistenvälistä yhteistyötä, jolle on asetettu kirjallinen projektisuunnitelma, aikataulus ja resurssien reunaehdot. Projekti on aina jatkuvan seurannan ja kontrollin alaisena. Tärkein projektia määrittelevä asia on, että jokainen projekti on ainutlaatuinen ja ainutkertainen. Se on kehityshanke, joka piirteiltään poikkeaa muista kehityshankkeista (Kettunen 2003, 15–16.)

Projekti voi olla luonteeltaan rutiininomaista, jolloin työskentelyä toteutetaan joko yksittäisessä projektissa tai toimeksiannosta toiseen, mutta tulos on yhtäläistä. Projektin luonne voi olla myös päinvastaista, luovaa työskentelyä, jossa jokainen projektin toimeksiannon tulos on erilainen ja ainutlaatuinen. Projektia voidaan toteuttaa organisaatioin sisäisesti, tai sen voi tulla toteuttamaan joku ulkopuolinen taho esimerkiksi organisaation toiveesta (Virtanen 2009, 43–44.) Organisaatio näin ollen delegoi tehtävän projektin tekijöille ja antaa heille valtuudet sen suorittamiseksi (Ruuska 2006, 18–19).

7.1 Projektin aloitus

Opinnäytetyön malliksi valittiin projekti, koska tällä tavoin oli mahdollista vaikuttaa ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttaviin ongelmatekijöihin konkreettisesti. Työn tulos oli projektissa selkeämmin arvioitavissa ja havaittavissa. Projektin avulla saavutettiin myös parhaiten kokemusta ja tietotaitoa, mitä hoitotyönammattilaiset tulevaisuudessa tulisivat tarvitsemaan.

Projektin tarkoituksena oli luoda uudenlainen toimintamalli mielenterveyskuntoutujien terveyden edistämiseksi. Tarkoituksena oli toteuttaa neljäosainen toimintatuokioiden kokonaisuus, joissa osallistujat voisivat aktiivisesti osallistua tuokioiden kulkuun. Hyvänmielentalon asiakkaat osallistuivat niin tuokioiden aihealueiden ja rakenteiden suunnitteluun, kuin myös tuokioiden kulkuun niitä pitäessä. Tuokioiden jälkeen tarkoituksena oli koota esityskertojen tiimoilta terveysteema – kansio. Kansio tulisi olemaan Hyvänmielentalon työntekijöiden käytettävissä jatkossa. Projektimme päätavoitteena oli Hyvänmielen talon asiakkaiden terveyden ja terveydenlukutaidon edistäminen. Toisena tavoitteenamme oli uuden toimintamallin alulle saattaminen, jossa jokainen tuokiohetki olisi räätälöity osallistujien toiveiden mukaisesti.

Projekti käynnistyi keväällä 2012 ja projektin oli suunniteltu valmistuvan keväällä 2014. Projektin toimintatuokioiden pidettiin syksyn 2013 aikana. Projektin aloitus piti sisällään toimintatuokioiden sisältöjen kartoittamisen; kyselylomakkeen valmistamisen ja kyselyiden jakamisen, vastausten vastaanottamisen ja analysoimisen. Projektin aloitukseen sisältyivät myös koko projektin yleinen suunnittelu, aikataulutuksen ja kulujen kartuttaminen. Projektin suunnitteluvaiheeseen kuuluivat toimintatuokioiden suunnittelu ja tekeminen sekä tiedon hankinta. Lisäksi suunnitteluvaiheeseen kuului erilaisten oheismateriaalien hankkiminen sekä itse tekeminen. Projektin toteutukseen sisältyi toiminnallisten tuokioiden viimeistely sekä niiden pitäminen ja tuokiokertojen raporttien kirjoittaminen. Projektin toteutuksen tunteihin on samalla laskettu opinnäytetyön kirjoittamiseen kuluvat tunnit. Projektin lopetukseen kuuluivat tyytyväisyyskyselyn valmistaminen, jakaminen ja analysointi. Projektin kannalta oli tärkeää tietää Hyvänmielentalon asiakkaiden ja henkilökunnan mielipide projektin vaikutuksista ja

onnistumisesta. Lisäksi projektin lopetuksen tunteihin on laskettu Hyvänmielen talolle jäävän kansion tekeminen ja kokoaminen.

Projektin mahdollisiin riskeihin oli arvioitu aikataulun pettäminen. Molemmat projektin tekijöistä asuvat myös eri paikkakunnilla, joka lisää tiedonkulun hankaloitumisen ja yhteistyön vähenemisen riskejä. Riskeihin varauduttiin mahdollisuudella joustaa sekä toisen osapuolen jatkuvalla kannustamisella ja tukemisella. Taulukoissa 2-3 näkyy projektin aikataulu sekä sen ajallinen toteutuminen molempien projektin jäsenien kohdalla.

Taulukko 2. Projektin suunniteltu aikataulu (S= Susanna Toivonen ja T= Tiimari Hämäläinen)

Suunnitelma	Aikataulu		Tunnit		Eurot	
	S	T	S	T	S	T
<u>Projektin aloitus</u>	Kevät 2012					
1. Tuokioiden sisältöjen kartuttaminen			15h	15h		
2. Kyselylomakkeen valmistaminen ja jakaminen			20h	15h	2.5e	2.5e
3. Vastausten analysointi			15h	25h		
4. Aikataulutuksen suunnittelu			10h	15h		
<u>Projektin suunnittelu</u>	Kevät 2012- Syksy 2013					
1. Toimintatuokioiden suunnittelu ja tekeminen			40h	30h		
2. Oheismateriaalin hakeminen ja tekeminen			20h	20h		
<u>Projektin toteutus</u>	Syksy 2013					
1. Tuokioiden viimeistely			10h	8h		
2. Tuokioiden pitäminen			20h	30h	10e	10e
3. Tuokioiden arviointi ja raporttien kirjoittaminen			8h	10h		
4. Opinnäytetyön kirjoittaminen			180h	160h		
<u>Projektin lopetus</u>	Kevät 2014					
Tyytyväisyyskyselyn suunnittelemine ja tekeminen			20h	20h	2.5e	2.5e
Tulosten arviointi			10h	10h		
Terveysteema-kansion kokoaminen			20h	30h	5e	5e
Seminaarit ja opponoinnit			12h	12h		
Yhteensä	Kevät 2012- Kevät 2014		400h	400h	20e	20 e

Taulukko 3. Projektin toteutunut aikataulu (S= Susanna Toivonen ja T= Tiiamari Hämäläinen)

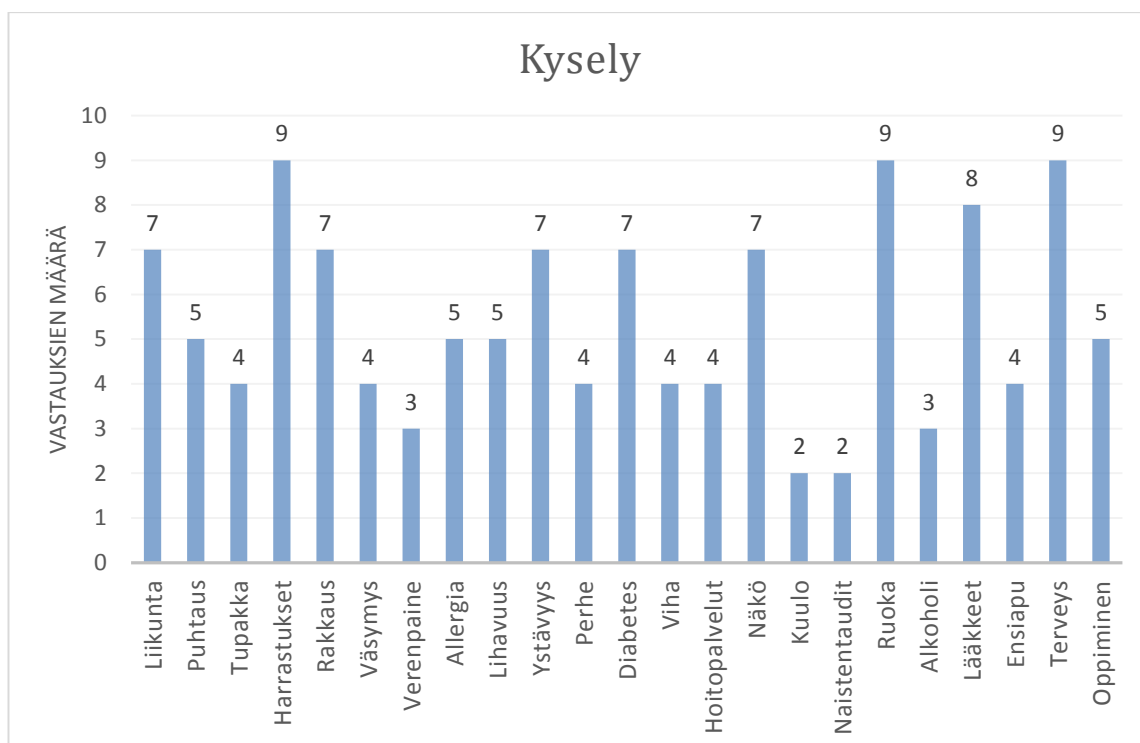
Toteutunut	Aikataulu		Tunnit		Eurot	
	S	T	S	T	S	T
<u>Projektin aloitus</u>	Kevät 2012		25h	20h		
5. Tuokioiden sisältöjen kartuttaminen			20h	15h	2.5e	2.5e
6. Kyselylomakkeen valmistaminen ja jakaminen			15h	25h		
7. Vastausten analysointi			10h	25h		
8. Aikataulutuksen suunnittelu						
<u>Projektin suunnittelu</u>	Kevät 2012- Syksy 2013		47h	30h		
3. Toimintatuokioiden suunnittelu ja tekeminen			20h	20h		
4. Oheismateriaalin hakeminen ja tekeminen						
<u>Projektin toteutus</u>	Syksy 2013		10h	8h		
5. Tuokioiden viimeistely			25h	28h	10e	10e
6. Tuokioiden pitäminen			10h	10h		
7. Tuokioiden arviointi ja raporttien kirjoittaminen			185h	162h		
8. Opinnäytetyön kirjoittaminen						
<u>Projektin lopetus</u>	Syksy 2014- Kevät 2015		20h	20h	2.5e	2.5e
Tyytyväisyyskyselyn suunnittelemine ja tekeminen			10h	17h	5e	5e
Tulosten arviointi			20h	30h		
Terveysteema-kansion kokoaminen						
Seminaarit ja opponoinnit	Kevät 2015		12h	12h		
Yhteensä	Kevät 2012- Kevät 2015		434h	432h	20e	20 e

7.2 Alkukysely

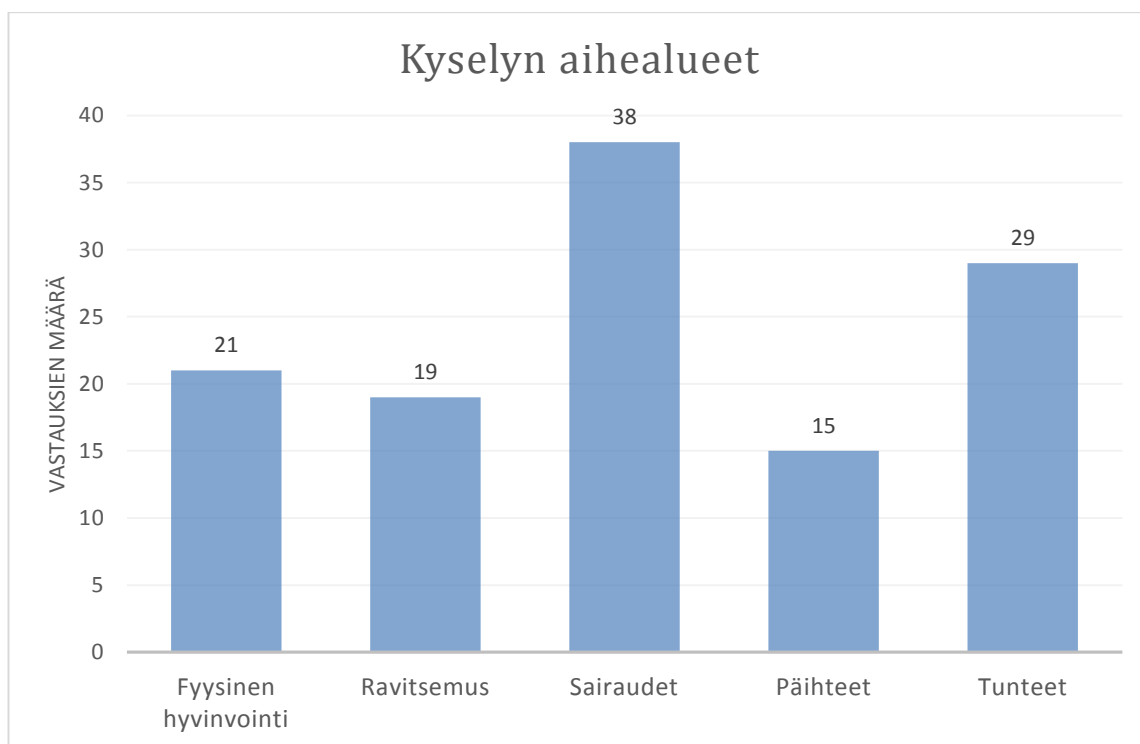
Projektin sisällön kartuttaminen alkoi kyselylomakkeen avulla (Kaaviot 1 ja 2). Kyselylomakkeeseen (Liite 1) valittiin useampia terveyteen liittyviä sanoja, joista Hyvänmielentalon asiakkaat saivat valita itseään kiinnostavimmat. Sanat olivat perusmuodossa ja sisälsivät itsessään paljon eri käsitteitä. Kyselyn loppuun lisättiin myös vapaa tekstikenttä, johon asiakkaat saivat lisätä mahdollisia omia aiheitoiveita. Kysely tehtiin Microsoft Word-ohjelman avulla. Kyselystä tehtiin mahdollisimman selkeä, helposti tulkittava ja täydennettävä. Tavoitteena olikin, että kysely olisi asiakkaiden nopeasti täytettävissä, jolloin vastaukset saataisiin mahdollisimman monelta eri henkilöltä.

Ennen kyselylomakkeiden suunnittelua, toteuttamista ja jakamista olimme yhteydessä Hyvänmielen talon toiminnanjohtajaan ja kävimme tutustumassa toimitiloihin. Toimitiloihin tutustuessamme pyrimme luomaan jo alustavaa suhdetta tapaamiimme Hyvänmielen talon asiakkaisiin kertomalla tulevasta projektistamme. Kyselyyn vastasi noin 30 Hyvänmielentalon asiakasta. Tämän jälkeen vastaukset analysoitiin ja suosituimmista sanoista muodostettiin isompia aihekokonaisuuksia. Näistä kokonaisuuksista muodostettiin lopuksi kolme toiminnallista tuokiota, jotka pidettiin Hyvänmielen talon asiakkaille syksyn 2013 aikana. Toimintatuokioiden kokonaisuusiksi muodostuivat seuraavat aihekokonaisuudet: Tunteet ja niiden hallinta (Kaavio 3.), Ravitsemus (Kaavio 4.) ja Kansantaudit (Kaaviot 5 ja 6.). Tuokioiden mainokset ja oheismateriaalit ovat työn lopussa liitteenä.

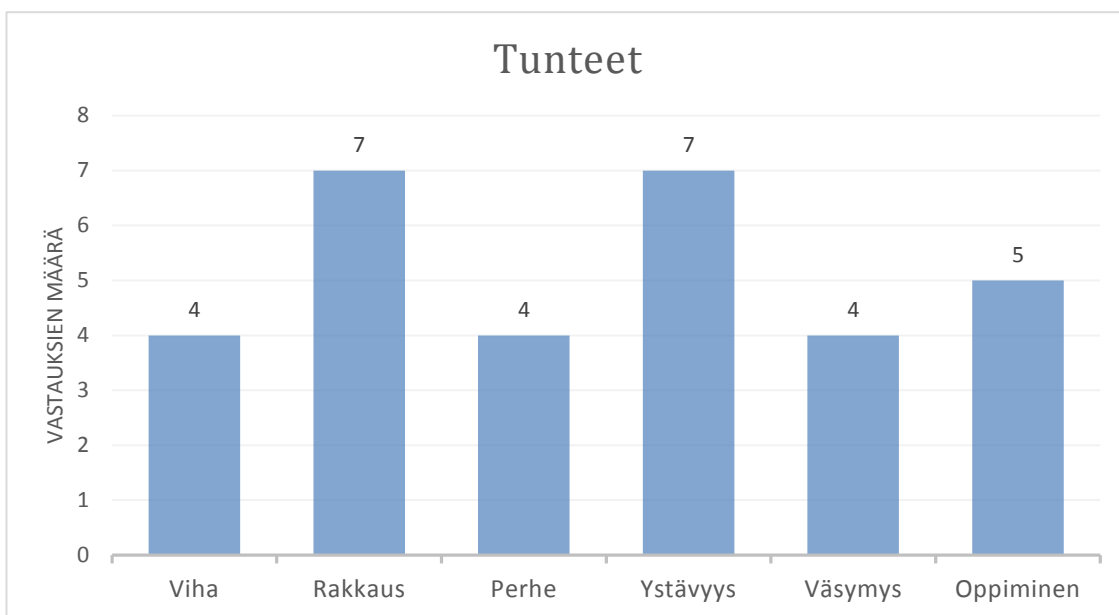
Kaavio 1. Kyselyn valmiit sanavaihtoehdot ja niiden suosio



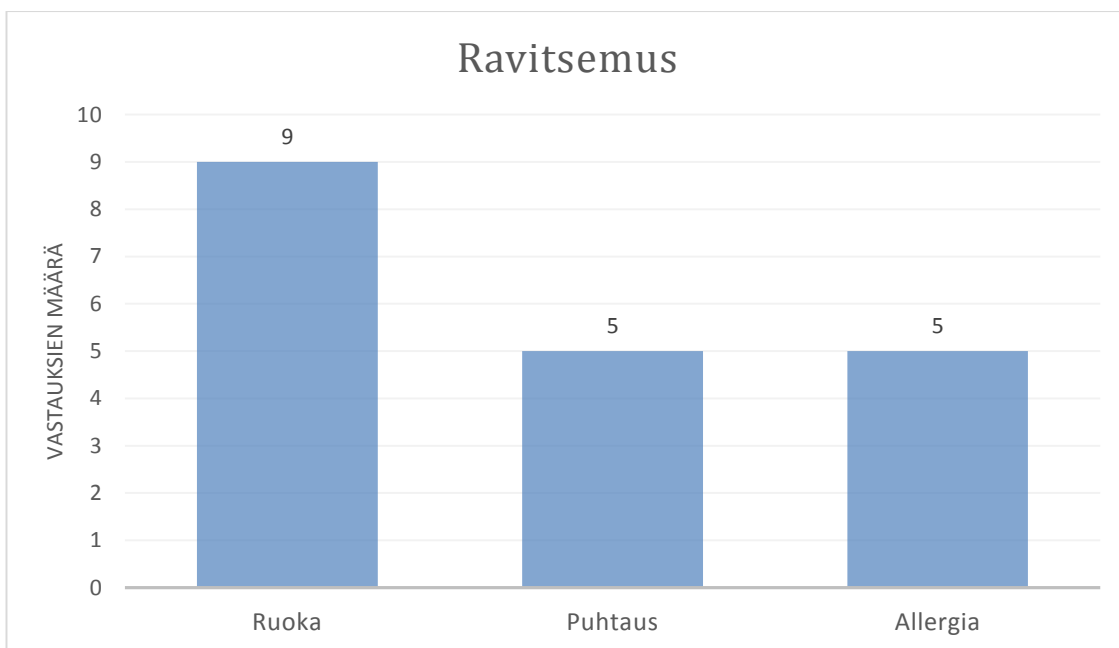
Kaavio 2. Kyselyn perusteella muodostetut aihealueet ja niiden suosio.



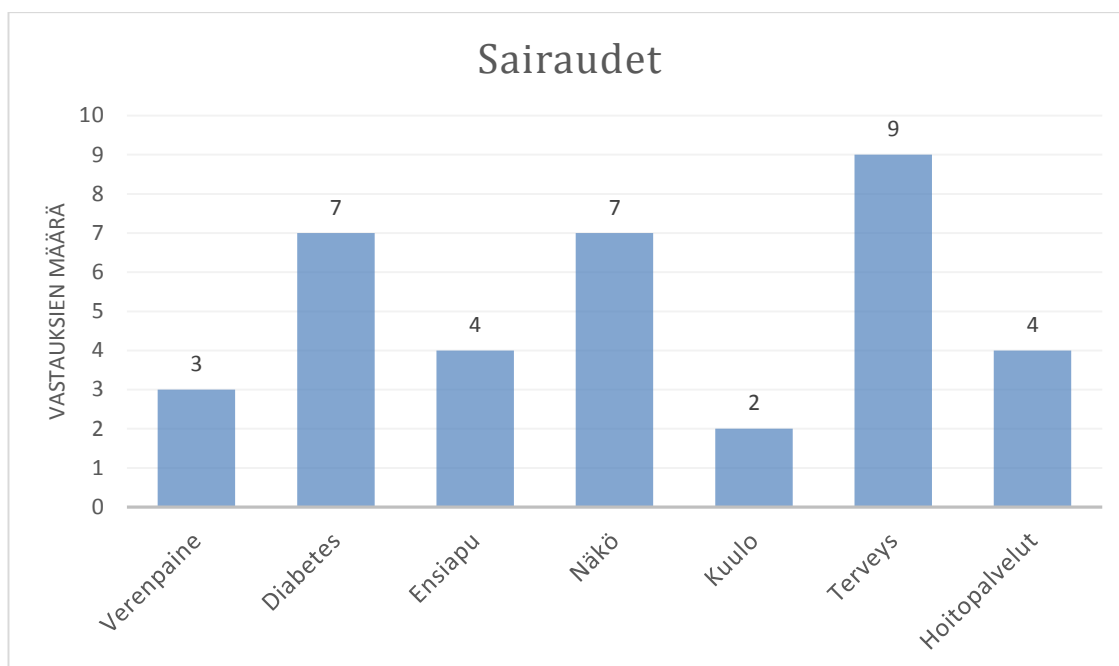
Kaavio 3. Kyselyn ensimmäinen aihekokonaisuus ja sen sisällön suosio



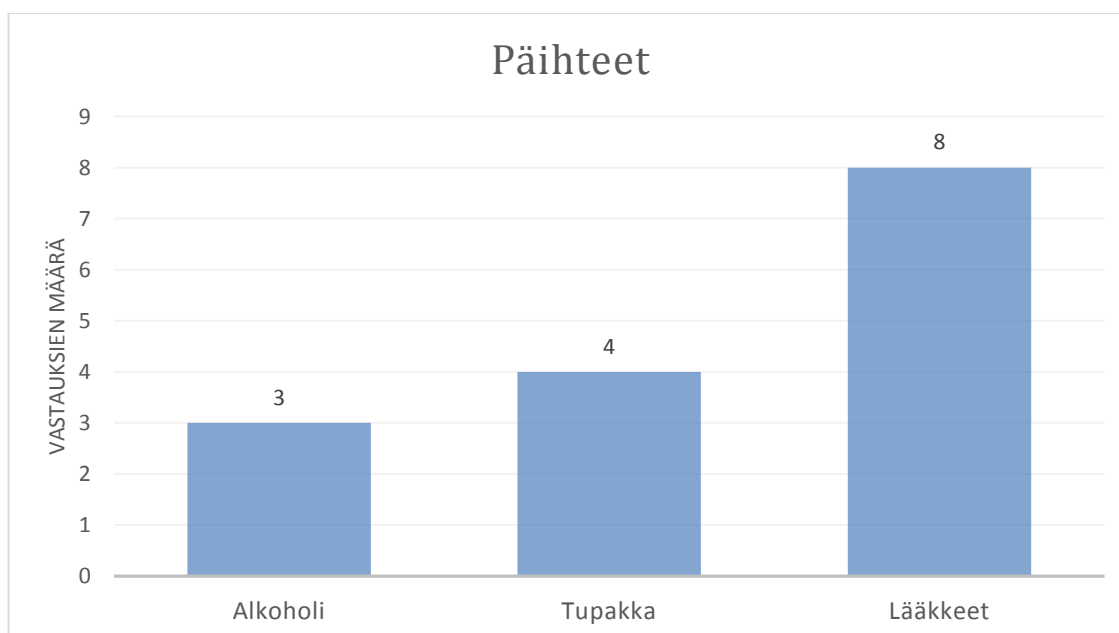
Kaavio 4. Kyselyn toinen aihekokonaisuus ja sen sisällön suosio



Kaavio 5. Kyselyn kolmas aihekokonaisuus ja sen sisällön suosio



Kaavio 6. Kyselyn kolmas aihekokonaisuus ja sen sisällön suosio



Hyvänmielen talon asiakkaiden toiveita palvelujen tarjonnasta oli jo ennen projektiamme tutkittu ja selvitetty. Virtasen H:n tutkimustulos opinnäytetyössä: ”Porin Hyvänmielen talon asiakkaiden käyttämät palvelut ja toiveita palveluiden kehittämisestä”, oli, että asiakkaat kaipasivat erilaisia keskusteluryhmiä, jotka olisivat osittain ohjattuja. Esille nousi myös vertaistuen merkitys (Virtanen 2013, 32–36.) Virtasen toteuttama tutkimus

toimikin hyvänä pohjana toiminnallisille tuokioille, joita olimme suunnitelleet pitävämme Hyvämielen talon asiakkaille.

7.3 Projektin toteutuksen suunnittelu

Kyselomakkeiden analysoinnin ja toimintatuokioiden aiheiden muodostumisen jälkeen, aloitettiin toimintatuokioiden sisällön suunnittelu. Jokaisen tuokioin suunnittelu lähti liikkeelle ajatuskarttojen tekemisellä. Ajatuskarttojen tarkoituksena oli kirjata toimintatuokioin teeman ympärille kaikki siitä mieleen tulevat ajatukset. Ajatuskarttojen avulla oli helppo yhdistää toimintatuokioihin oleellimmat asiat, ja samalla huomioida molempien projektin tekijöiden omat ajatukset. Ajatuskartoista poimitut aiheet jaettiin vielä tekijöiden kesken tarkempaa tiedonhakua varten. Aihealueista haettiin tasapuolisesti informaatiota käyttäen mahdollisimman kattavasti eri lähteitä. Viimeiseksi kaikki hankittu tieto ja materiaali hiottiin yhdessä loppuun ja yhdistettiin PowerPoint-esityksen muotoon. Powerpointin ympärille oli lopulta helppo lähteä muodostamaan toiminnallista tuokiota.

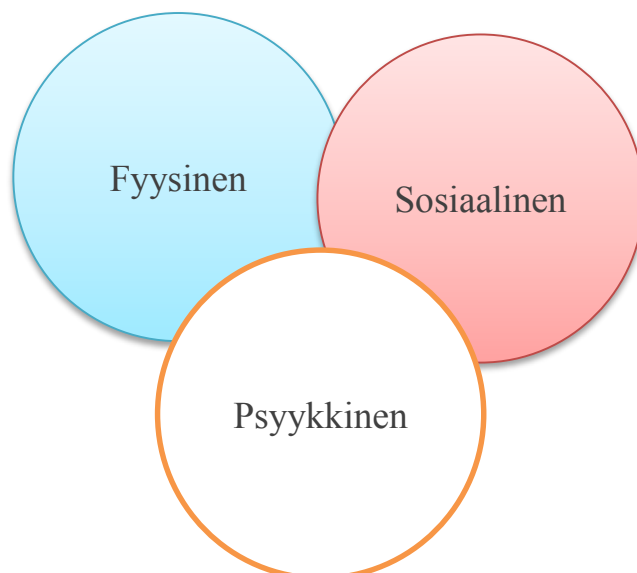
Tuokioiden suunnittelun ja järjestämisen taustalla oli holistinen ihmiskäsitys. On tutkitusti todistettu, että kokonaisvaltaiset lähestymistavat ovat terveyden edistämisen suhteen tehokkaimpia (Terveyskirjaston www- sivut, 2014). Useammalla tasolla vaikuttavat toimenpiteet ovat yhteen tasoon perustuvaa toimintaa kannattavampaa ja tuottoisampaa. Erilaiset yhteisöt, kuten Hyvänmielen talo, tarjoaa mahdollisuuden kokonaisvaltaisuuteen pohjautuvalle toiminnalle. Toiminnan tulee olla myös jatkuvaa ja toiminnan kohderyhmän tulee saada mahdollisuus olla toiminnan järjestämiseen liittyvän päätöksenteon ytimessä. Terveyden lukutaidon kohentuminen ja näin ollen terveyden kohentuminen lisää ihmisten toimintaa oman terveytensä hyväksi (Terveyskirjaston www-sivut, 2014.)

Ihminen muodostuu kolmesta eri kokonaisuudesta (Kuva 1.), jotka vaikuttavat ihmisen terveyteen, mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Nämä kolme kokonaisuutta ovat: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Fyysinen kokonaisuus pitää sisällään esimerkiksi ravitsemuksen, hengityksen ja muut elämisen jatkuvuuteen liittyvät aineelliset tekijät.

Fyysinen osa ihmisen toimintaa ja hyvinvointia on käsin kosketeltavissa ja yleensä mitattavissa olevaa. Sosiaaliseen kokonaisuuteen kuuluvat kaikki ihmissuhteet, tunteet ja lakien ja ympäristön muodostamat säännöt ja normit. Psykkinen kokonaisuus pitää sisällään kaikki meidän subjektiivisesti ja henkilökohtaisesti kokemamme asiat omassa sisäisyydessämme (Dunderfelt 2004, 32- 33.) Fyysistä kokonaisuutta lähestyttiin toisella toimintatuokiolla, jossa käsiteltiin ravitsemusta ja hygieniaa. Sosiaalista kokonaisuutta käsiteltiin ensimmäisessä tunteista kertovassa tuokiossa ja viimeisellä tuokiokerralla käsiteltiin kaikkia kolmea kokonaisuutta mielessä pitäen.

Alun perin suunnitteilla oli neljän toimintatuokion järjestäminen. Projektin aikana tuokioiden määrä kuitenkin pieneni kolmeen. Tämä johtui sekä ajallisista että tuokioiden loogisen sisällön ja kulun syistä. Suosituimmat ja toivotuimmat aiheet olivat helpointa ja loogisinta rakentaa kolmeen eri tuokiokertaan neljän tuokiokerran sijasta. Olimme erittäin tyytyväisiä kyselyn pohjalta muodostumiin tuokiohan. Aiheet olivat Hyvänmielentalon työntekijöiden ja asiakkaiden toivomia, mutta myös erittäin ajankohtaisia sekä hyvinvoinnin ja terveyden peruspilareita.

Kuva 1. Ihmisen kolme kokonaisuutta (Dunderfelt 2004, 32).



8 PROJEKTIN TUOTOS

Projekti toteutettiin toimintatuokioiden muodossa ja esitettiin Hyvänmielentalon asiakkaille ryhmämuotoisena toimintana. Toimintamalliksi valittiin tämä, koska niin sanotussa yhteisohoidossa käytetään hyväksi yhteisön sosiaalista aktiivisuutta ja toimintaa sekä heidän keskinäistä vuorovaikutusta (Punkanen 2006, 62). Ryhmässä järjestettävässä hoidossa asiakas osallistuu omaan hoitoonsa mutta myös muiden yhteisön jäsenten hoitoon. Yhteisohoidon muodossa järjestettävä hoito on hyvä tapa erilaisten asioiden läpi käymiseen, johon kaikki yhteisön jäsenet kaipaavat informaatiota sekä vertaistukea. Yhteisohoidossa tärkeä käsite on yhteisöllisyys. Ryhmässä asiakkailta voi olla myös matalampi kynnys kysyä itseään askarruttavia asioita. Oiretoleranssi tarkoittaa mm. sitä, ettei toisten tunteista ja tuntemuksista rangaista. Ryhmässä annettavan hoidon tavoitteena on saada jokainen osallistuja ottamaan osaa käytyyn keskusteluun. Kuitenkin tärkeintä on se, että jokainen saa käynnistää jotain omaa paranemisen prosessiaan varten. Yhteisohoidossa asiakkaat oppivat samalla myös hallitsemaan ja hyväksymään omia ja muiden tunteita ja näin kasvattamaan omaa empatiakykyään. Empatia on oleellinen osa luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta ja sen syntymistä (Punkanen 2006, 62–64.) Luennoissa käytettiin yksisuuntaista ja kaksisuuntaista luentomuotoa. Osallistujat olivat sekä informaation vastaanottajia kun aktiivisia luento-osallistujia ja aiheiden käsittelijöitä (Mykrä & Hätönen 2008, 25).

Jokaista toimintatuokio kertaa mainostettiin 1-2 viikkoa ennen tuokion alkamisajankohtaa. Mainoksien suunnitteluun ja tekemiseen panostettiin, koska niiden avulla saavutettaisiin mahdollisesti toimintatuokioillemme enemmän osallistujia. Mainokset suunniteltiin ja toteutettiin Microsoft PowerPoint-ohjelman avulla.

8.1 Ensimmäinen toimintatuokio

Ensimmäinen toimintatuokio järjestettiin 21.10.2013 klo 14:45–15:45 välisenä aikana. Tuokioon osallistui 10 Hyvänmielen talon asiakasta. Tuokion aiheena olivat tunteet, joiden avulla sivuttiin myös osallistujien itsensä sekä heidän läheistensä välistä

vuorovaikutusta. Toimintatuokio oli yksi suosituimmista aiheitoiveista järjestämämme kyselyn mukaan. Koimme aiheen tärkeäksi myös siitä syystä, että mielenterveysongelmista kärsivillä ihmisillä on yleensä ongelmia omien tunteidensa käsittelyssä. Psykkisten ongelmien taustalla saattaa jopa olla nimenomaan tunteiden käsittelyyn liittyvää problematiikkaa. Kun näitä vaikeita tunteita oppii hallitsemaan, myös mielenterveys paranee (Huttunen 2008.)

Tunteet ovat elämisen niin sanotut mausteet. Ilman erilaisia tunteita, eivät mitkään tekemiset tuntuisi miltään (Dunderfelt 2004, 19). On tärkeää että näillä elämän mausteilla maustetaan oma elämämme itselle maittavaksi ja sopivan makuiseksi. Tunteiden käsittelemiselle ei ole olemassa oikeita tapoja, eikä eri alojen määritteleviä suosituksia. Jokaisella on omat tapansa tunteiden käsittelemiselle, tärkeää on että ihminen niitä ylipäänsä käsittelee. Yleisempiä tapoja tunteiden käsittelemiseen ovat: analysointi eli tunteen syntymisen syyn selvittäminen, tunteen käsitteleminen jollain fyysisellä aktiviteetilla tai positiivisella ajattelutavalla, keskusteleminen läheisten kanssa ja tunteiden välittämättä jättäminen (Dunderfelt 2004, 50–51.)

Tunteet ovat energiaa ja liikkuvia. Tunteita kielletessä ihminen muodostaa sen ympärille tietynlaisen muurin tunteen torjumista ja siltä suojautumista varten. Tunteen kieltäminen ei kuitenkaan poista tunteen olemassa oloa. Kun jokin tunne kielletään, se pysähtyy ja jää odottamaan sen uudelleen aktiivista ajattelua ja käsittelemistä. Tunteiden tietynlainen käsitteleminen tai torjuminen on aina helpompaa huomata muiden kuin itsensä toiminnassa. Omien tunteidensa tiedostaminen ja käsitteleminen vaatii niiden aktiivista ajattelemista (Dunderfelt 2004, 54–55.)

Omien tunteiden käsittely ja hallinta on suuri osa ihmisen voimaantumista. Voimaantuneena ihminen hyväksyy itsensä tunteinensa. Tunteet johtavat elämänmyönteiseen elämään tai sitä tuhoaviin reaktioihin. Ihmisen tulee tiedostaa millaiset tunteet johdattavat mihinkin suuntaan, ja miten tuhoaviin reaktioihin reagoidaan sekä miten niiden kanssa tulisi toimia. Oman itsensä kuuntelu on avainasemassa omien tunteiden ja sisäisten viestien ymmärtämisessä. Omien tunteiden ymmärtäminen edellyttää ja myös edesauttaa toisten ihmisten tunteiden ymmärtämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 65.)

Jo pitkän aikaa on tutkittu tunteiden ja mielenterveyden välistä yhteyttä. Varhaisimpia tutkimuksia aiheesta on tehty jo 1900-luvun alkupuolella. Tutkimusten mukaan mielenterveydellisiin ongelmiin usein on liitettävissä kyvyttömyys ilmaista omia tunteitaan. Fyysisten tuntemusten kuvaileminen ja kertominen on yleensä tunteiden käsittelyä helpompaa. Tunteiden käsittelemisellä on yhtä suuri merkitys mielenterveysongelmien hoidossa, kuin fyysisienkin oireiden kartuttamisella ja hoidolla (Honkalampi 2003, 204–205.)

Aleksitymia on käsite, joka kuvaa tunteiden ilmaisun vaikeutta. Se on niin tunteiden ilmaisun kuin kokemisen ja kuvaamisenkin hankaluutta. Siinä korostuu myös taipumus toiminnalliseen ajattelumalliin. Tunteiden ilmaisun vaikeuksista kärsii Suomessa 10–13% ihmisistä, joista miesten osuus on 12–17% ja naisten 8-10 %. Aleksitymian on tutkittu olevan yhteydessä myös matalaan sosioekonomiseen statukseen, jolla on taas suuri merkitys mielenterveysongelmien vallitsevuudessa. Tunteiden ilmaisun problematiikkaa liitetään myös depression. Erään tutkimuksen mukaan havaittiin, että aleksitymialla on yhteys masennuksen vaikeusasteeseen; yleensä masennuksen lieventyessä myös tunteiden ilmaisu helpottuu. Tuoreimpien tutkimusten mukaan aleksitymian pysyvyydestä on osoittanut, että se ei aina yksiselitteisesti ole pysyvä persoonallisuudenpiirre. On todettu, että tunteiden käsittelyä voi oppia ja opettaa. Esimerkiksi traumasta kärsivillä koehenkilöillä trauman läpikäyminen useaan otteeseen kirjoittamalla, vähensi heidän tunteiden ilmaisun vaikeutta (Honkanen 2003, 204–209.)

Elämäntyytyväisyys on yksi hyvä hyvinvoinnin mittari, jolla on selkeä yhteys mielenterveyteen. Tyytyväisyys omaan elämään katsotaan olevan mielenterveyden kannalta jopa fyysistä terveyttä merkityksellisempi. Elämäntyytyväisyys on elämän helppoutta, onnellisuutta ja yksinäisyyden minimaalista osuutta elämässä. Tyytymättömyyteen liittyy taas erilaisien sairaudellisten ongelmien lisäksi ongelmat työssä, huono sosiaalinen tilanne ja huono terveystyytyminen (Koivumaa-Honkanen 2003, 233–236.) Koska terveydenhuollon resursseja jatkuvasti vähennetään, ihmisten oman terveyden vaalimisen merkitys kasvaa (Koivumaa-Honkanen 2003, 238).

Toimintatuokio aloitettiin tunteita käsittelevällä PowerPoint-esityksellä nimeltään ”Hyvänmielen talon salaiset elämät”. Esityksessä käsiteltiin aiheita: tunteet, tunteiden hallinta, riidat, niiden sopiminen ja ystävyys. Esitys muodostui informaation lisäksi videopätkästä. Tuokio päätettiin Vesa-Matti Loirin lauluun ystävydestä. Luennon tarkoitus oli herätellä osallistujat pohtimaan omia ihmissuhteitaan ja ajatuksiaan liittyen tunteisiin ja eri tunnetiloihin. Aiheista keskusteltiin ryhmässä diaesityksen jälkeen. Kaikki osallistuivat hyvin keskusteluun ja kertoivat avoimesti omia ajatuksiaan tunteista ja niiden käsittelemisestä.

Keskustelun jälkeen osallistujat saivat tehtäväkseen täyttää oman ”Hyvänmielen talon” (Liite 2), joka toimi sosiaalisen verkostokartan tavoin. Osallistujien oli määrä täyttää talo itsellensä omana aikanaan. Mitä läheisempi ihminen oli osallistujalle, sitä ylempään kerrokseen hänet tuli sijoittaa talossa. Talon ulkopuolelle sai laittaa ihmisiä, jotka kuuluivat lähipiiriin, mutta joita asukas ei halunnut päästä ulko-ovea edemmäs. Tehtävän vastaanotto oli positiivinen ja sai hyvää palautetta. Tehtävä pisti osallistujat miettimään, ketkä heidän todellisia ystäviään oli. Luennon päätteeksi jokaiselle osallistujalle jaettiin kondomit, aiheeseen liittyen.

Diaesityksen läpikäymiseen varattiin aikaa noin 30 minuuttia, jolloin loppu 30 minuuttia jäi keskustelulle, verkostokartan täyttämiseksi ja sen läpi käymiseksi. Eniten keskustelua herättivät aiheet ystävyys ja riidat. Tuokion tavoitteena ollut itsenäisen pohdinnan käynnistäminen toteutui hyvin. Tuokioon osallistuneet kertoivat avoimesti omista tunteistaan ja ajatuksistaan, joka oli tuokiokerran suurin saavutus.

8.2 Toinen toimintatuokio

Toinen toimintatuokio järjestettiin 28.11.2013 klo 14:45–15:45 välisenä aikana. Tuokioon osallistui kahdeksan Hyvänmielentalon asiakasta. Toimintatuokiomme aiheeksi muodostuivat ravitsemus ja hygienia. Aiheet olivat toivottu niin Hyvänmielen asiakkaiden kuin työntekijöidenkin puolesta. Erityisenä toiveena oli myös päivittäisen ja tavallisen elämän hygienian käsitteleminen ravitsemusaiheemme lomassa.

Terveys on vahvasti yhteydessä ihmisen mieleen ja mielialaan. Mieliala vaikuttaa myös ihmisen elämäntapaan. On sanottu, että positiiviset ja sen kautta elävät ihmiset elävät pidempään ja terveempinä kuin negatiiviset ihmiset (Siimes 2010, 62.) Esimerkiksi erilaisten suoja- ja hivenaineiden puutostilat edesauttavat mielenterveysongelmien syntymistä ja niiden jatkumista. Ylipaino ja lihominen muuttavat ihmisen ruokailutottumuksia sekä mielialaa. Syömishäiriöt ja huono ruokahalu voivat taas olla masennuksen oireita (Tolonen 2007, 9.) Positiiviseen ja pitkään elämään kuuluvat terveelliset elämäntavat. Epäterveellisellä ruokavaliolla on syy-seuraus-suhde monien sairauksien kehittymiselle. Epäterveellisen ravitsemuksen rinnalla sairauksien syntyyn vaikuttavat epäterveelliset elämäntavat; alkoholi, tupakka ja muut päihteet. Yleisten ravitsemussuosituksen, lautasmallin ja ravintopyramidin tunteminen ja käyttäminen on aina eduksi ihmisen fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle. Terveellisen ruokavalion merkitys on sama, aloittipa sen noudattamisen vasta nyt tai jo nuoresta iästä alkaen (Siimes 2010, 62–63.) Myös ravintolisien käyttäminen suositusten mukaisesti voi kohentaa psykiatrisesta sairaudesta kärsivän ihmisen tilaa (Tolonen 2007, 10–11). Esimerkiksi masennus-asiakkailta on muita ihmisiä yleisimmin pistemutaatio foolihapon aineenvaihduntaa koodaavassa geenissä. Kaikkia ravintolisien suositusten muutoksia nimenomaan mielenterveysasiakkailta ei edes tunneta, tästä huolimatta ravintolisillä saadaan positiivisia vaikutuksia (Tolonen 2007, 10–11.)

Yhdessä terveellisen ruokavalion rinnalla säännöllinen liikunta muodostavat terveet elämäntavat. Liikunnan tulee olla säännöllistä ja riittävää, mutta ei liiallista (Siimes 2010, 70.) Liikunnassa tulee ottaa huomioon omat fyysiset lähtökohdat ja kunto sekä ikä. Oman kehon kuunteleminen on liikunnassa tärkeää. Jokaisella on omat mieltymyksensä liikunnanmuodon suhteen. Pääasia on, että liikkuu. Liikunnan päätavoite on hyvänolon tunteet suorituksen jälkeen (Siimes 2010, 70.)

Toisesta toimintatuokiosta tehtiin mahdollisimman kattava, mutta jämäkkä tietopaketti, joka sisälsi terveellisen ruokavalion peruselementit. Käsiteltävät aiheet olivat: vitamiinit (D-vitamiini ja C-vitamiini), rasvat (kovat rasvat ja pehmeät rasvat), kuidut sekä kalsium tässä järjestyksessä. Kaikista ravintoaineista käytiin läpi niiden eri vaikutukset ja merkitykset ihmisen elimistölle ja hyvinvoinnille. Esimerkkejä käytiin myös siitä, mitkä ovat hyviä ravinnonlähteitä kullekin ravintoaineelle. Jokaisen aihealueen välissä annettiin

mahdollisuus esittää kysymyksiä. PowerPoint-esitys päättyi ns. ruuanlaiton ABC:hen, jossa sivuttiin myös toivottua hygienia-aihetta. Ruuanlaiton ABC:ssä käytiin läpi ruuanlaiton peruseriaatteet ruuanlaiton välineiden hyvästä hygieniasta ruoka-aineiden säilyvyyteen. Koko toimintatuokion aiheet koottiin yhteen järjestämällä osallistujille pienimuotoinen tietovisa käydyistä aiheista.. Jokainen osallistuja sai ruokapyramidin, jonka kaikki osiot olivat tyhjä. Tämän jälkeen ruoka-aineita lueteltiin ääneen, jotka jokaisen tuli sijoittaa ruokapyramidiin mielestään oikeaan kohtaan. Tehtävän jälkeen käytiin ruokapyramidi vielä yhdessä läpi. Tehtävä aiheutti paljon keskustelua ja pohdintaa, joka olikin toivottua.

PowerPoint-esitykseen sekä siitä heränneeseen keskusteluun oli varattu aikaa 40 minuuttia ja toimintatuokion lopussa pidettävään tietovisaan ja keskusteluun 20 minuuttia. Aikataulu toteutui lähes täydellisesti. Keskustelua osallistujien puolesta syntyi hyvin, joka onnistuneesti rytmitti ja jaksotti PowerPoint-esitystä. keskustelua oli varauduttu herättelemään erilaisten kysymysten avulla, mutta tälle ei ollut tarvetta.

Tuokiosta saatu palaute oli erittäin positiivista. Jokainen osallistuja sai toimintatuokiosta lähtiessään mukaansa terveellisen välipalavaihtoehdon – omenan.

8.3 Kolmas toimintatuokio

Terveyden laiminlyöminen liittyy vahvasti mielenterveyden ongelmiin. Vähäinen liikunta, huonot ruokailutottumukset, valvominen ja alkoholin käytön lisääntyminen saattavat lisätä mielenterveysongelmia. Fyysinen ja psyykinen palautuminen edellyttää, että ihminen saa tarvittavan määrän yhtäjaksoista unta. Liikunta ehkäisee omalta osaltaan jonkin verran masennusta sekä helpottaa ahdistuneisuuteen. Liikunta on erityisesti ruokahalua lisäävien psyykelääkkeiden käyttäjille todella tärkeä painonhallinnan keino. Liikunnan ja nukkumisen lisäksi oikeanlainen ruokavalio ja säännölliset ruokailuajat ovat terveyden kannalta tärkeitä asioita. Ruokailurytmin epäsäännöllisyyden vuoksi verensokeri voi heitellä liian matalasta nopeasti korkeaan verensokeriin. Liian matala verensokeri voi aiheuttaa hermostuneisuutta, äkkikipikaisuutta ja joissakin tapauksissa jopa hyökkäävää käytöstä. Liian korkea verensokeritaso puolestaan voi ilmetä väsymyksenä ja keskittymisvaikeuksina. Kaikkiin elintapoihin kuuluviin muutoksiin ihminen tarvitsee

usein ammattiapua ja vertaistukea. Motivaatio voi hiipua nopeasti, jos tavoitteet ja muutokset ovat asetettu aluksi liian korkealle. Mielenterveyskuntoutujille lyhyen aikavälin tavoitteet ja ryhmän antama tuki ovat tämän vuoksi erittäin tärkeitä tavoitteiden saavuttamiseksi (Vuorilehto ym. 2014, 32–34.)

Kolmas ja viimeinen luentokokonaisuus 5.12.2013 käsitteli kansatauteja. Toimintatuokio pidettiin Hyvänmielen talon tiloissa klo 14:30–16:00 välisenä aikana. Hyvänmielen talon asiakkaita seitsemän osallistui tuokioon. Tuokio rajattiin käsittelemään kolmea yleisintä kansansairautta: korkea verenpaine, kohonneet kolesteroliarvot sekä ongelmat verensokerin kanssa. Näistä yhteiskunnan terveysongelmista koottiin yhtenäinen tietopaketti. Esityksessä käsiteltiin kyseisten kansantautien diagnostiikka, hoito ja ehkäisy.

Aihe herätti paljon kysymyksiä osallistujien keskuudessa. Tähän keskusteluun oli varattu viimeisen kerran loppuaika. Keskustelun lomassa kaikille osallistujille tarjottiin lämmintä glögiä ja joulupipareita. Viimeiseen tuokiokertaan oli varattu aiempaa enemmän aikaa, sillä halusimme osallistujien saavan rauhassa nauttia tarjoiluista varsinaisen tuokion jälkeen. Glögin ja joulupiparien nautiskelun lomassa kiertelimme kyselemässä osallistujien mielipiteitä järjestämistämme tuokioista. Itse tuokioon oli varattu noin 50 minuuttia, joka piti sisällään diaesityksen läpikäymisen sekä keskustelun. Viimeiset 25 minuuttia oli varattu tarjoiluun ja pikku joulujen viettoon sekä siivoukseen tuokion jälkeen.

9 PROJEKTIN ARVIOINTI

Jokaisen toimintatuokion jälkeen pyydettiin osallistujilta suullista palautetta päivän aiheesta, sen tarpeellisuudesta ja tuokion toteutuksesta. Rakentavaa ja kannustavaa palautetta annettiin myös toinen toisillemme. Suurimmaksi osaksi saamasta palautteesta

oli positiivista, niin Hyvänmielen talon asiakkailta kun työntekijöiltäkin. Aiheet olivat ajankohtaisia ja kaivattuja. Toimintatuokiot rakentuivat sopivasti informaatiosta, vapaasta keskustelusta ja toiminnasta.

Projekti oli onnistunut ja voimme olla siihen tyytyväisiä. Tavoitteet tulivat täytetyksi ja projektin vastaanottava osapuoli oli siihen tyytyväinen. Yksittäisiä muutoksia alkuperäiseen suunnitelmaan tuli projektin aikana. Esimerkiksi alun perin suunnitellun neljän toimintatuokioin sarja väheni kolmeen. Ajallisesti suunnitelman ja toteutuneen välillä oli eroavaisuutta. Opinnäytetyöhön kului loppuen lopuksi huomattavasti enemmän aikaa, kuin 400h / opinnäytetyöntekijä. Toteutuneeseen aikatauluun ei ole sisällytetty tunteja, jotka kuuluivat esimerkiksi projektiin liittyvään ajatustyöhön.

Molemmat opinnäytetyön tekijöistä sai paljon kokemusta ja tärkeää tietotaitoa. Erityisesti projektin suunnittelusta ja toteutuksesta, joka tulee olemaan tärkeä taito tulevaisuudessa. Uutta kokemusta tuli myös ajanhallinnasta, töiden delegoinnista ja stressinhallinnasta. Projektimme toteutui lopulta päinvastaisessa järjestyksessä. Innostus itse projektia kohtaan oli niin suuri, että se päädyttiin tekemään ensin. Sopimusasiat laitettiin virallisesti kuntoon vasta projektiosuuden jälkeen. Projekti kuitenkin onnistui, eikä suurempia mutkia tullut matkan varrella. Sopimukset on kuitenkin asia, jonka tekisimme seuraavalla kerralla toisin.

9.1 Tiimari Hämäläisen henkilökohtainen arviointi

Esiintyminen on aina ollut minulle haaste. Olen luonteeltani erittäin sosiaalinen ja olen vuorovaikutustaidossani vahvoilla, mutta jostain syystä esiintymistilanteet ovat minulle vaikeita. Tällaiset viralliset tilanteet, jossa olen usean silmäparin katseiden alla hermostuttaa ja jännittää minua. Sain tähän henkilökohtaiseen haasteeseeni paljon lisää varmuutta toimintatuokioiden kautta tulleen kokemuksen myötä. Hyvänmielentalon asiakkaat olivat esiintymiskammon voittamiseksi otollinen yleisö, sillä he ottivat hyvin vastaan tarjoamamme informaation ja lisäksi saimme erittäin lämpimän vastaanoton.

Itse toimintatuokioiden sisältämä informaatio oli jo entuudestaan tuttua, mutta niiden läpikäyminen toimi itsellekin hyvänä tietotaidon vahvistajana.

Projektityö opetti paljon aikataulutukseen ja työn delegointiin liittyviä taitoja. Opin myös olemaan itselleni armollisempi. Sisäistin yhä paremmin holistisen ihmiskäsityksen perusajatuksen. Ymmärsin, että ajatus kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista liittyy myös minuun itseeni, ei vain ihmisiin, joita hoidan ja tapaan hoitotyönkentällä. Esimerkiksi kirjallisen työn tekeminen sujui paremmin pienten päiväunien jälkeen ja tuli tauosta huolimatta tehtyä.

Projekti opetti myös paljon tiimityötaitoja. Erityisesti työ opetti luottoa omiin taitoihin sekä oman osuuden riittävyteen osana tiimityötä. Olen luonteeltani ihminen, joka ei halua aiheuttaa muille ihmisille epäonnistumisen tai pettymyksen tunteita, liittyen nimenomaan opinnäytetyön kaltaisiin projekteihin/koulutehtäviin.

9.2 Susanna Toivosen henkilökohtainen arviointi

Projektityön tekeminen on aina ollut minun haaveissani. Koulussa käytyjen projektityön opintojen aikana minulle jäi eniten mieleen tiimityö ja suunnitelmallisuus. Omassa työskentelyssäni pidän suunnitelmallisuudesta ja ajan tehokkaasta käyttämisestä. Projektin aikana kummastakin näistä periaatteesta täytyi osalta luopua. Vaikka projektin suunnittelee kuinka hyvin ja kartoittaa riskit, menee silti aina jokin asia toisin kuin oli ajatellut. Tällöin ei myös ajan tehokas käyttäminen aina onnistu. Jouduin siis muuttamaan omaa työskentelyäni, joustamaan ja antamaan omalle sisäiselle perfektionistille anteeksi. Siinä kohtaan hyvän tiimikaverin rooli on tärkeä. Silloin kun itseltä loppui usko omaa työskentelyään kohtaan, valoi tiimikaveri sitä lisää. Tällä hetkellä projektityöstä onkin päällimmäisenä mielessä reilu ystävyys.

Projektin tiedonkeruuvaihe oli mielestäni haastavinta. Tietoa löytyi vaihtelevasti aiheesta riippuen. Tämän vuoksi kirjoittaminen oli välillä hankalaa. Molempien projektin

tekijöiden tekstien yhdistäminen oli myös oma haasteensa. Ymmärrettävistä syistä tekstit poikkesivat paljon toisistaan ja yhtenäistä säveltä täytyi aikansa etsiä. Lopulta huomasimme omaavamme täysin erilaisen tavan kirjoittaa, joka yhdessä muodosti täydellisen symbioosin. Tämä antoi myös työllemme monipuolisen sävyn. Omasta mielestäni kehityin kirjoittajana ja tiedon etsijänä valtavasti. Ensimmäiset tekstini olivat kömpelöitä ja osa hakemastani tiedosta tarpeetonta. Lopulta löysin oman tapani kirjoittaa ja opin karsimaan turhan tiedon pois.

Uuden tutkitun tiedon tuominen kentälle on tärkeää. Sen toteutus käytännössä on taas oma juttunsa. Vaikka en olisi aluksi uskonut, lisäsi projektin tekeminen minun kiinnostustani tutkittua tietoa kohtaan. Uusien toimintamallien käyntiin saattaminen on useasti pitkä ja kivinen tie. Valmista ei kuitenkaan tule, jos ei sitä joku joskus aloita. Kärsivällisyytemme ja aito innostuksemme kantoivat meitä kuitenkin eteenpäin. Itse koin aitoa mielihyvää siitä, että pystyin tuomaan uutta tietoa sitä tarvitseville. Tämän vuoksi kohderyhmämme Hyvänmielen talo oli juuri oikea valinta projektillemme. Jos jotakin tekisin toisin, niin pysyisin paremmin aikataulussa. Itse projekti oli mielestäni onnistunut tällaisenaan.

10 LÄHTEET

Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen – opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino.

Ahola, H., Nyström, K. & Aimonen, M. 2010. Terveyden lukutaidon lisääminen suun terveydestä sekä sen yhteydestä yleisterveyteen. AMK-opinnäytetyö. Metropolian ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.12.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201005037614>

Alasentie, J. 2011. ”Terve työtön!”. Opinnäytetyö. Porin diakonialaitoksen ammattikorkeakoulu. Viitattu 17.9.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011112816053>

Downie, R., Fyfe, C. & Tannahill, A. 1994. Health Promotion –models and values. United States: Oxford medical publications

Dunderfelt, T. 2004. Irti tunnekoukuista. Helsinki: Hakapaino Oy Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma. 2013. Turkki: Euroopan aluekomitea Çeşme Izmir. Viitattu 30.10.2014.

Eriksson-Backa, K 2005. Aktiivinen tiedonhankinta vai passiivinen vastaanotto: terveystiedonlukutaito eri elämäntilanteissa

Eronen, A., Hakkarainen, T. & Londén, P. 2013. Sosiaalibarometri 2013. Vaasa: FRAM.
Heiska, J. 2010. Ennakoiva mielenterveystyö- kirja meille kaikille. Mediapinta. Helsinki. http://www.heureka.fi/sites/default/files/mielenterveys_teoriat_yms.pdf

Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma. 2013. Turkki: Euroopan aluekomitea Çeşme Izmir. Viitattu 30.10.2014.

Honkanen, K. 2003. Tunteet ja mielenterveys. Teoksessa M. Valkonen-Korhonen, K. Lehtonen & T. Tuovinen (toim.) Mielenterveys uusiutuvana luonnonvarana. Helsinki: Yliopistopaino, 204–209.

Honkonen, N. 2011. Terveyden edistäminen kuntouttavassa opioidikorvaushoidossa. Viitattu 17.9.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011100513525>

Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielenhoidossa. Duodecimlehti. Viitattu 21.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Hyvänmielentalon www-sivut, 2003. Viitattu 20.10.2013. www.hyvis.fi

Kallio, W. 2011. Sairaanhoidajien käsityksiä terveydestä ja sairaudesta. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Viitattu 17.9.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011091112975>

Kalliola, T., Kurki, A., Salmi, M. & Tamminen-Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuuteen. 1.painos. Helsinki: Kirjapaja.Kalliokorpi, K. & Viljanen, N. 2013. Terveyden edistämisen teemaillat 5.-6. luokkalaisille tytöille

Kalliokorpi, K. & Viljanen, N. 2013. Terveyden edistämisen teemaillat 5.-6. luokkalaisille tytöille Otsolassa . AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 07.10.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013091615310>

Kettunen, S. 2003. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOY

Koivumaa-Honkanen, H. 2003. Elämän tyytyväisyys ja terveys. Teoksessa M. Valkonen-Korhonen, K. Lehtonen & T. Tuovinen (toim.) Mielenterveys uusiutuvana luonnonvarana. Helsinki: Yliopistopaino, 233-238.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille, Mitä mielenterveyskuntoutus on?. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laatikainen, T. 2010. Vapaaehtoistoiminta osallistaa. Hämeen Kirjapaino Oy.

Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.11.2014.http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=D_LFE-28516.pdf

Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima Oy

Mielenterveysseuran www-sivut, 2013. Viitattu 24.11.2014.www.mielenterveysseura.fi

Otavan opiston www-sivut, 2006. Viitattu 10.9.2014.
http://opinnot.internetix.fi/fi/muikku2materiaalit/lukio/te/te3/6_mina_tutkijana_ja_tutkimukseen_tekoon_mars_/6.07_terveyden_lukutaito?C:D=hNvo.g4TE&m:selres=hNvo.g4TE

Pietilä, A., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P. Salminen E. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Helsinki: WSOY

Pietilä, A-M. 2012. Terveyden edistäminen, teoriasta toimintaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pelkonen, R. 1995. Miten pidän luennon. Duodecimlehti 19. Viitattu 4.10.2014.
<http://www.duodecimlehti.fi>

Punkanen, T. 2006. Mielenterveystyö ammattina. 2.-4. painos. Tampere: Tammi

Reivinen, J. & Vähäkylä, L. 2012. Kansan terveys, yksilön hyvinvointi. Tallinna: Raamatutrukikoda.

Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Helsinki: Yliopistopaino Oy

Rukhsana, A. & Bates, B. 2013. Health communication and Mass Media – An Integrated Approach to Policy and Practice. Ashgate Publishing Ltd

Ruuska, K. 2006. Terveysthuollon projektihallinta – mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum

Schneider, D. & Lilienfeld, D. 2008. Public health: The development of discipline: from the Age of Hippocrates to the Progressive Era, Volume 1. Rutgers University Press

Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L., & Leppo, K. (toim.) 2013. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Juvenes print. 261–279.

Siimes, K. 2010. Hoida mielialaasi. Kuopio: Kopiojyvä

Sosiaali- ja terveysalan ministeriön www-sivut, 2014. Viitattu 17.9.2014. www.stm.fi

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2006. Terveysten edistämisen laatusuosituksia. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2002. Hyvinvoinnin haasteen ja työelämä. Helsinki: Yliopistopaino.

Stahl, T. & Rimpelä, A. 2010. Terveysten edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Yliopistopaino.

Terveysthoitajien liiton www-sivut. 2013. Viitattu 12.11.2014.

Terveysthuoltolaki. 30.12.2010/1326. muutoksineen.

Terveys- ja hyvinvointilaitoksen www-sivut, 2014. Viitattu 17.9.2014. www.thl.fi

Terveyskirjaston www-sivut, 2014. Viitattu 10.9.2014. www.terveyskirjasto.fi

Thornicroft, G., Ruggeri, M. & Goldberg, D. 2013. World Psychiatric Association: Improving Mental Health Care : The Global Challenge. London: Jon Wiley & Sons

Tolonen, M. 2007. Ravitsemus ja mielenterveys. Huhmari: Karprint Oy

Tones, K. & Green, J. 2006. Health Promotion – Planning and Strategies. London: SAGE Publications Ltd

Tuominiemi, A. 2008. ”Se on niinku yks semmonen perustekijöistä” 7-luokkalaisten käsityksiä mielenterveydestä ja kuvaus heidän mielenterveysosaamisestaan intervention jälkeen. Opinnäytetyö. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 10.9.2014.

http://www.mielenhyvinvoinninopetus.fi/material/tuominiemi_2008.pdf

Virtanen, H. 2011. Porin Hyvänmielen talon asiakkaiden käyttämät palvelut ja toiveita palvelujen kehittämisestä. Opinnäytetyö. Porin ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.11.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201304234835>

Virtanen, P. 2009. Projektin strategian toteuttajana. Helsinki: Tietosanomat

Viselstein, A. 1982. "C.-E.A. Winslow and the Early Years of Public Health at Yale, 1915-1925. The Yale Journal of biology and medicine 55. 137-151.

Vertio, H. 2003. Terveystietä. Jyväskylä: Tammi

Vuorilehto, M., Larri, T. & Kurki, M. 2014 Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuorilehto, M., Larri, T. & Kurki, M. 2014 Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuorinen, H. 2011. Terveystietä mielenterveyden näkökulmasta maahanmuuttajaväestöllä. AMK-opinnäytetyö. Metropolian ammattikorkeakoulu. Viitattu 07.10.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-20110>

TULEMME JÄRJESTÄMÄÄN OPINNÄYTETYÖNÄMME ERILAISIA TOIMINTATUOKIOITA HYVÄNMIELENTALOLLA. OLISIMME KIINNOSTUNEITA TIETÄMÄÄN MILLAISIA TOIVOMUKSIA SINULLA OLISI TUOKIOIDEN AIHEISTA.

YMPYRÖI SEURAAVISTA VAIHTOEHDOSTA SINUA KIINNOSTAVAT AIHEET!

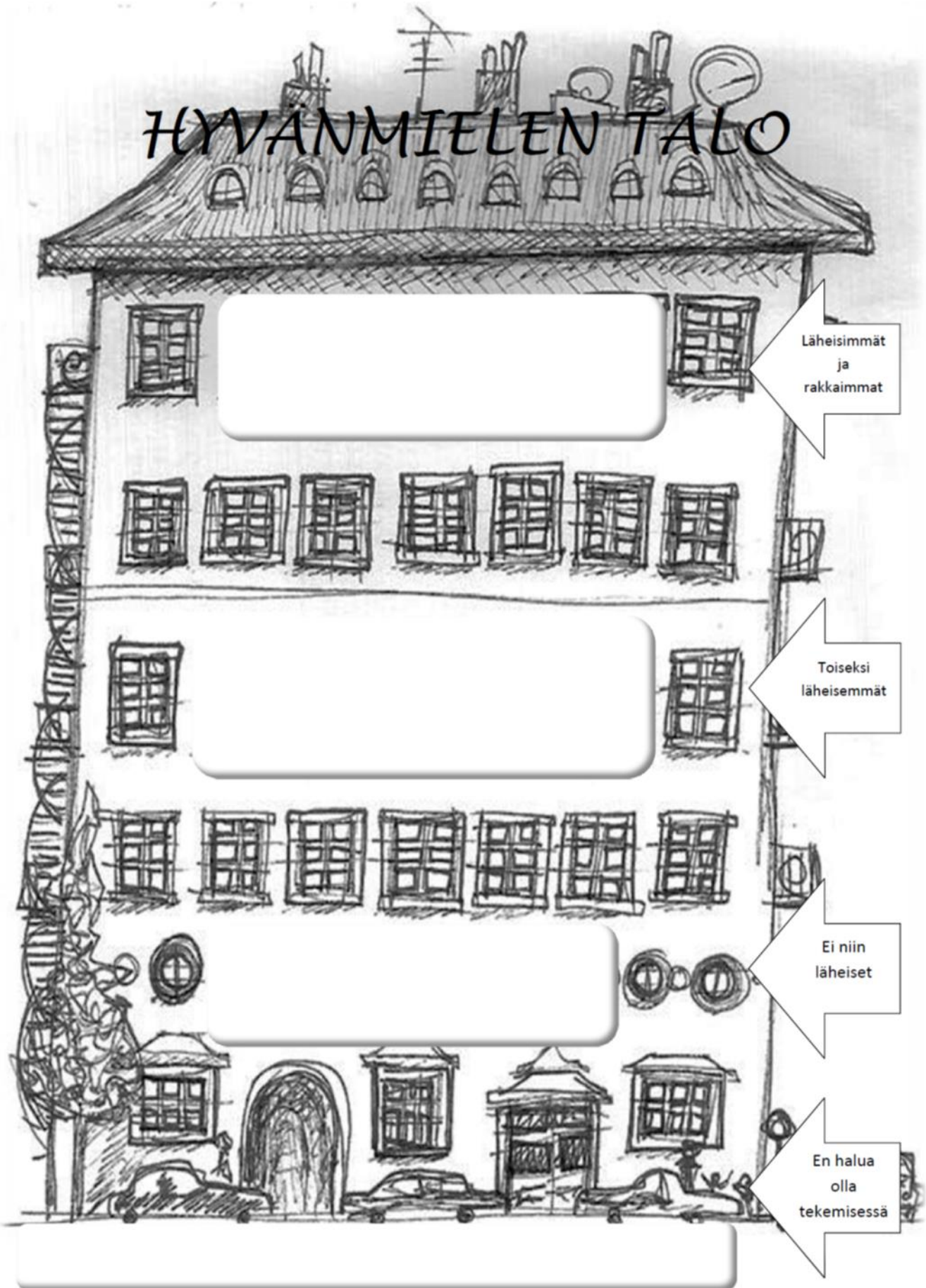
LIIKUNTA	PUHTAUS	TUPAKKA	HARRASTUKSET
RAKKAUS	VÄSYMYS	VERENPAIN	ALLERGIA
LIHAVUUS	PERHE	YSTÄVYYS	DIABETES
VIHA	HOITOPALVELUT	NÄKÖ	KUULO
NAISTENTAUDIT	RUOKA	ALKOHOLI	LÄÄKKEET
ENSIAPU	TERVEYS		
OPPIMINEN			

MISTÄ MUISTA AIHEISTA HALUAISIT KUULLA? KIRJOITA VAPAASTI TOIVOMUKSESI:

KIITOS! 😊

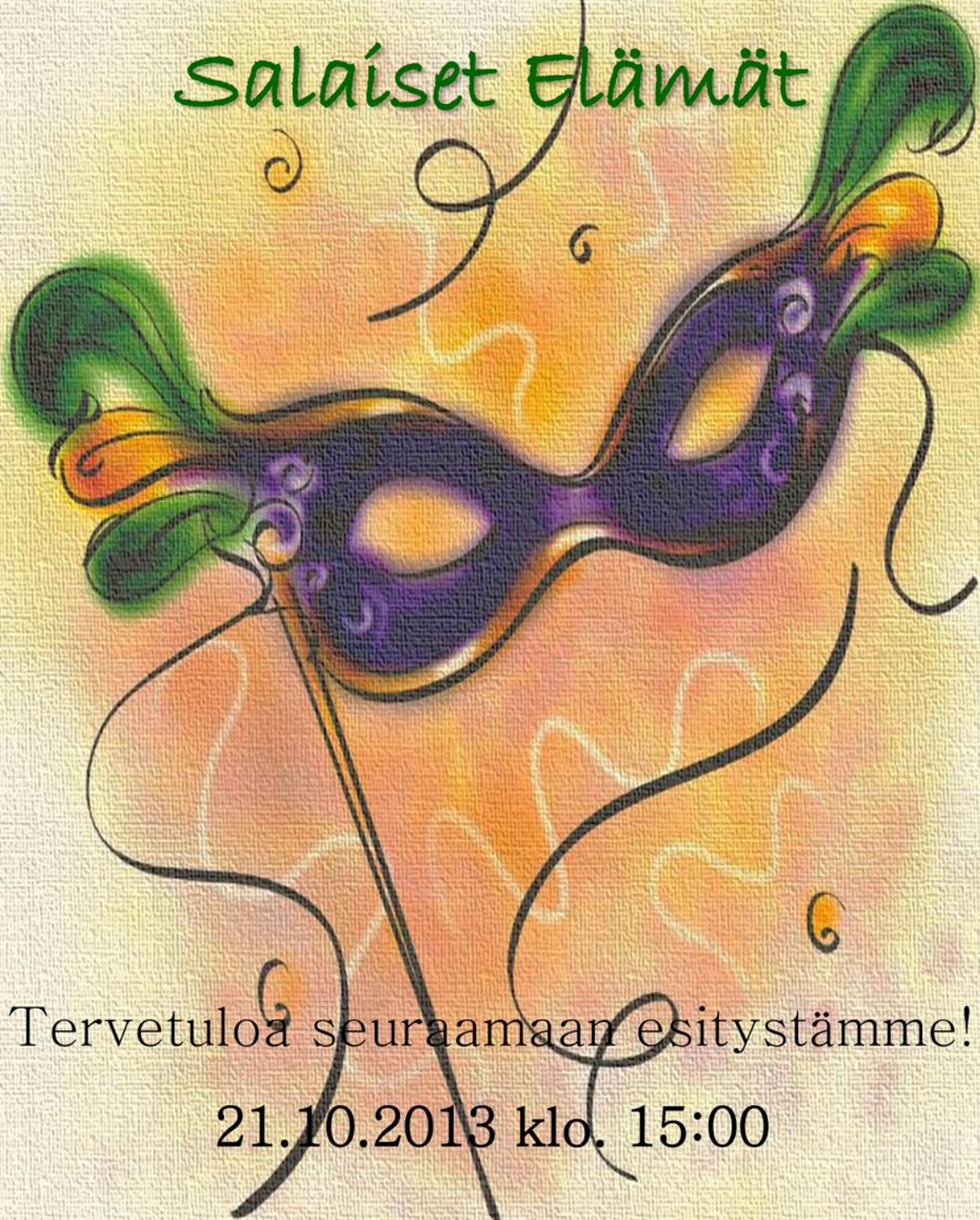
Terveisin: Tiimari Toivonen & Susanna Toivonen SAMK

HYVÄNMIELIEN TALO



HYVÄNMIELENTALON

Salaiset Elämät



Tervetuloa seuraamaan esitystämme!

21.10.2013 klo. 15:00

Susanna Toivonen & Tiimari toivonen TH.opisk SAMK

Parempi RUOKA

Parempi MIELI

Keskustelua hyvästä ruuasta
ja terveydestä.

28.11.2013 KLO. 14:00

28.11.2013 KLO. 14:00

Susanna Toivonen & Tiimari Toivonen [SAMK](#)

Hyvä terveys

Tule kuuntelemaan kuinka edistät terveyttäsi.

Kerromme suomalaisten yleisimmistä
kansantaudeista ja niiden ennaltaehkäisystä.

5.12.2013 Klo. 14.30

Susanna Toivonen & Tiimari Toivonen SAMK

Ensimmäinen toimintatuokio 21.10.2013 klo 14:45–15:45

TUNTEET JA NIIDEN KÄSITTELY
HYVÄNMIELENTALON SALAISET ELÄMÄT

*Paikkojen valmistelu, henkinen valmistautuminen ja osallistujien toivottaminen tervetulleeksi
(30 min ennen tuokion alkua)*

Aloitus: aiheen esittely, omat esittelyt **5 min**

PowerPointin läpikäyminen **15 min**

Mahdolliset kysymykset, niihin vastaaminen ja avoin keskustelu **20 min**

Hyvänmielentalo-tehtävän täyttämisen ohjeistus ja jakaminen **10 min**

Rentoutusharjoitus Vesa-Matti Loirin lauluun **5 min**

Tuokion lopetus: suullinen arviointi osallistujilta, kondomien jakaminen **5 min**

Paikkojen siistiminen (Tuokion jälkeen)

Vertaisarviointi (Tuokion jälkeen)

Toinen toimintatuokio 20.11.1013 klo 14:45–15:45

RAVITSEMUS JA HYGIENIA

Paikkojen valmistelu, henkinen valmistautuminen ja osallistujien toivottaminen tervetulleeksi (30 min ennen tuokion alkua)

Aloitus: aiheen esittely, omat esittelyt **2 min**

PowerPointin läpikäyminen ohjelmanumeron lomassa **25 min**

- Kauppareissu
- Terveellinen ruoka
- Hygienia ja päiväykset

Mahdolliset kysymykset, niihin vastaaminen, avoin keskustelu **10 min**

Ruokapyramidi tehtävä; ohjeistus ja toteutus **15 min**

Mahdolliset kysymykset, niihin vastaaminen, avoin keskustelu **5 min**

Tuokion lopetus: suullinen arviointi osallistujilta, kondomien jakaminen **5 min**

Paikkojen siistiminen (Tuokion jälkeen)

Vertaisarviointi (tuokion jälkeen)

Kolmas toimintatuokio 5.12.2013 klo 14:30–16:00

KANSANTAUDIT

Paikkojen valmistelu, henkinen valmistautuminen ja osallistujien toivottaminen tervetulleeksi kuuntelemaan (30 min ennen tuokion alkua)

Aloitus: aiheen esittely, omat esittelyt **2 min**

PowerPointin läpikäyminen **25 min**

Mahdolliset kysymykset, niihin vastaaminen, avoin keskustelu **25min**

Keskustelua ja tuokioiden arvioinnin kyselyä asiakkailta glögin, pipareiden ja joululaulujen lomassa **30 min**

Kiitokset ja hyvät joulun toivotukset **5 min**

Paikkojen siistiminen (Tuokion jälkeen)

Vertaisarviointi (Tuokion jälkeen)