

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma / Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Minna Mänttari

TERVEYSTIETOA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJILLE

Opinnäytetyö 2010

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi ammattikorkeakoulututkinto

MÄNTTÄRI, MINNA

Terveystietoa mielenterveyskuntoutujille

Opinnäytetyö

71 sivua + 12 liitesivua

Työn ohjaaja

yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toukokuu 2010

Avainsanat

liikunta, mielenterveyskuntoutujat, ravitsemus, tukeminen

Mielenterveyskuntoutujilla on usein ylipainoa sekä epäterveelliset ravitsemustottumukset, ja heidän liikuntansa on vähäistä sekä yksipuolista. He tarvitsevat tietoa ja tukea toteuttaakseen terveellisiä elämäntapoja. Kehittämistyön tavoitteena on lisätä mielenterveyskuntoutujien tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ja liikunnasta sekä niiden merkityksestä omaan hyvinvointiin. Lisäksi tavoitteena on saada mielenterveyskuntoutujat noudattamaan terveellistä ruokavaliota sekä lisäämään liikuntaa. Hoitohenkilökunnan tulisi tukea mielenterveyskuntoutujia näiden tavoitteiden saavuttamiseksi.

Kehittämistyö toteutettiin neljän eri intervention avulla eräässä Kymenlaakson pienkodissa, joka tarjoaa ympärivuorokautista asumispalvelua mielenterveyskuntoutujille. Kaksi ensimmäistä interventiota olivat luentoja, joissa kerrottiin terveellisestä ruokavaliosta ja sen merkityksestä hyvinvointiin sekä liikunnasta ja sen merkityksestä. Kolmas interventio oli liikuntatuokio, jossa kokeiltiin kolmea erilaista liikuntamuotoa. Liikuntatuokiossa saatiin onnistumisen kokemuksia sekä hyvää mieltä. Neljäs interventio oli askartelutuokio, jossa selvitettiin, mitä luennoista oli jäänyt mieleen.

Mielenterveyskuntoutujat noudattivat osittain terveellistä ruokavaliota hoitohenkilökunnan tukemana. Osa ymmärsi terveellisen ruokavalion merkityksen ja halusi siitä lisää tietoa. Liikuntaa mielenterveyskuntoutujat halusivat jonkin verran lisää. Mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat tukea ja kannustusta noudattaakseen terveellisiä elämäntapoja jokapäiväisessä elämässä.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Master Level Degree Programme in Health Promotion

MÄNTTÄRI, MINNA

Health Education for People in Mental Health Rehabilitation

Master's Thesis

71 pages + 12 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, principal lecturer

May 2010

Keywords

mental health patient, nutrition, exercise, support

Mental health patients usually have overweight, unhealthy eating habits and their exercise is slight and one-sided. They need information and support to achieve a healthy lifestyle. The aim of this development project is to increase mental health patient's knowledge of healthy nutrition and exercise and their impact on their own wellbeing. In addition to that one aim is to make mental health patients follow a healthy diet and to increase exercise. The nursing staff should support mental health patients to achieve these aims.

The development project was carried out with help of four interventions in one nursing home for people in mental health rehabilitation in Kymenlaakso. Two of these interventions were lessons dealing with healthy nutrition and exercise and their effects on wellbeing. The third intervention was a sports lesson, which included three different exercises. The sports lesson gave experience of success and high spirits. The fourth intervention was a handcraft moment and it showed what the participants remembered of the lessons.

Mental health patients partly followed a healthy diet with the support of the nursing staff. Some of them understood the importance of healthy nutrition and wanted more information of that. Mental health patients wanted a little more exercise. Mental health patients need support and encouragement to follow a healthy lifestyle in their everyday lives.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT JA KESKEISET KÄSITTEET	8
2.1	Mielenterveyspotilaan kuvausta	8
2.1.1	Mielenterveysongelmien vaikutukset jokapäiväiseen elämään	9
2.1.2	Mielenterveyden oireiden hoito	10
2.1.3	Mielenterveysongelmien lääkehoito ja sen haittavaikutukset	13
2.2	Liikunta	14
2.2.1	Liikunnan yhteys mielenterveyteen	15
2.2.2	Liikuntasuositukset	19
2.2.3	Liikunta lihavuuden ehkäisyssä	21
2.3	Ravitseminen	22
2.3.1	Ravitseminen ja terveys	22
2.3.2	Laihduttaminen ja painonhallinta	24
2.3.3	Ylipaino	24
2.4	Transteoreettinen muutosvaihemalli elintapamuutoksessa	26
2.5	Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	29
3	KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET	32
4	KEHITTÄMISTYÖN YHTEISTYÖKUMPPANI	33
5	KEHITTÄMISTYÖN PROSESSIN KUVAUS	34
5.1	Suunnittelu	34
5.1.1	Ravitsemusuunnitelman suunnittelu	37
5.1.2	Liikuntaluonnin ja -tuokion suunnittelu	39
5.1.3	Askartelutuokion suunnittelu	41
5.2	Toteutus	42

5.2.1 Ravitsemus- ja liikuntaluennon toteutus	43
5.2.2 Liikuntatuokion toteutus	43
5.2.3 Askartelutuokion toteutus	44
6 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI JA RAPORTOINTI	44
6.1 Luentojen ja liikuntatuokion suunnittelun arviointi	46
6.2 Luentojen, liikuntatuokion ja askartelun toteutuksen arviointi	47
6.3 Reflektiivisyys	50
6.4 Dialektisuus	51
6.5 Toimivuus	51
6.6 Havahduttavuus	53
7 LUOTETTAVUUS	54
7.1 Validiteetti	55
7.2 Reliabiliteetti	56
7.3 Vakuuttavuus	57
7.4 Havainnointi	57
8 POHDINTA	59
8.1 Kehittämisehdotuksia	61
8.2 Eettistä pohdintaa	61
LÄHTEET	64
LIITTEET	
Liite 1. Taulukko aikaisemmista tutkimuksista	
Liite 2. Opetussuunnitelman runko	
Liite 3. Palautelomake	
Liite 4. Askartelun satoa	

## 1 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Mielenterveyden häiriöt ovat yksi yleisimmistä inhimillisistä kärsimystä ja toimintakyvyttömyyttä aiheuttavista terveysongelmista maailmassa. Suomessa mielenterveysongelmat, psyykkiset oireet, vakava masennus, alkoholiriippuvuus ja työuupumus ovat yleisiä. Mielenterveysongelmat eivät ole kasvussa, mutta ongelmat ovat kuitenkin monisyisiä, ja yksittäisillä henkilöillä ja perheillä ne ovat usein kasautuneet monimutkaisiksi ongelmavyyhdeiksi. (Välimäki 2003, 216.)

Hoitotyön perustehtävänä on huolehtia ihmisten terveyshyvästä. Jos kyseessä ei ole vielä terveysongelma, vaan ikään kuin sen uhka tai mahdollisuus sen syntymisestä, hoitotyöntekijä pyrkii ohjauksellisin keinoin tukemaan autettavaa terveyden ymmärtämisessä, mahdollisten terveysongelmien tunnistamisessa ja niiden ehkäisyssä. Tämnäkaltaista toimintaa voidaan nimittää terveyden edistämiseksi, terveyskasvatukseksi, terveysneuvonnaksi tai terveyden edistämiseksi kasvatuksellisin keinoin. Terveyden edistämistä harjoitetaan myös osana tietyn potilasryhmän hoitoa, jolloin sitä kutsutaan useimmiten potilaan ohjaamiseksi, opettamiseksi tai neuvonnaksi. (Leino-Kilpi 2003, 160.)

Norén (2005) kirjoittaa, että skotlantilaisessa tutkimuksessa tuli esille skitsofreniapotilaiden epäterveelliset ravitsemustottumukset, vähäinen fyysinen aktiivisuus ja yleistynyt tupakointi, 70 % potilaista poltti tupakkaa, mikä on määränä kaksi kertaa enemmän kuin Skotlannin muu väestö. Ottaen huomioon potilaiden elintavat tutkimuksen tekijät eivät ole yllättyneet tuloksesta, jonka mukaan potilaiden riski sairastua seuraavaan kymmenen vuoden aikana sekä sydän- ja verenkiertosairauksiin että aivoverenkierron häiriöihin oli lisääntynyt. Myös kakkostyypin diabetekseen sairastuminen on kyseiselle potilasryhmälle riski, johtuen heidän elintavoistaan ja painon noususta. Potilasryhmän hoidossa on kiinnitettävä huomiota myös heidän fyysiseen vointiinsa ja tuettava heitä liikkumaan enemmän yleisen hyvinvoinnin tueksi. (Norén 2005, 22.) Juuri näiden seikkojen takia on erityisen tärkeää panostaa mielenterveyskuntoutujien terveyden edistämiseen.

Rakennemuutos laitoshoidosta avohoidon kehittämiseen aloitettiin 1980-luvulla, jolloin sairaansijoja oli noin 20 000. Vuonna 2002 sairaansijoja oli enää noin 5200. Tämän vuoksi on yhä tärkeämpää, että erilaisissa pienkodeissa panostetaan mielenterveyskuntoutujien terveellisiin elämäntapoihin. Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen

sen tavoitteena on viime vuosikymmenen aikana ollut laitoshoidon supistaminen ja avohoidon samanaikainen lisääminen. (Sosiaali- ja terveystietomus 2000, 9.) Psykiatrian vuodepaikkojen dramaattinen väheneminen, avohoidon laajentaminen ja pyrkimys sosiaaliseen osallisuuteen ovat johtaneet siihen, että yhä vaikeammista mielenterveyden häiriöstä kärsiviä potilaita hoidetaan avopalveluissa. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos ei ole johtanut ainoastaan sairaalapaikkojen vähenemiseen, vaan myös välimuotoisten palvelujen lisäämiseen, mikä on sinänsä myönteistä. Välimuotoiset palvelut, kuten asumisyksiköt, päivätoimintakeskukset ja työtoiminta, tukevat avohoidon ja potilaiden kuntoutusta. Mutta ovatko kaikki palvelut kaikkien saatavilla? Näiden palvelujen tarjoaminen vaihtelee suuresti kunnittain, ja monissa kunnissa välimuotoisten palvelujen kehittäminen ei ole ollut toistaiseksi riittävää. (Wahlbeck 2004, 63–64, 69–70.)

Wahlbeckin (2004, 70) mukaan vuonna 2004 yli 4000 henkilöä oli sijoitettuna erilaisiin mielenterveyspotilaiden hoito- tai kuntoutuskoteihin. Asumispalvelut ovat yhä harvemmin kuntien sosiaali- ja terveystoimen tuottamia. Vuoden 2002 lopussa 85 % asiakkaista asui yksityisten palveluntuottajien ylläpitämissä psykiatrian asumisyksiköissä. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että asumisyksiköt tarjoavat riittävästi kuntouttavaa toimintaa.

Olen työskennellyt lähes kahdeksan vuotta psykiatrisen sairaalan kuntoutusosastolla, jossa hoidetaan lähinnä skitsofreniaa sairastavia potilaita. Tänä aikana olen havainnut puutteita psykiatristen potilaiden terveyteen liittyvissä asioissa. Usein heillä on puutteelliset tiedot, tai sitten taidot eivät riitä, omasta fyysisestä terveydestä huolehtimiseen. Etenkin ravitsemuksen, liikunnan ja henkilökohtaisen hygienian alueilla löytyy puutteita. Jos potilailla on näillä osa-alueilla puutteita sairaalassa, niin miten sitten sairaalahoidon jälkeen? Myös sosiaaliset kontaktit voivat olla vähäisiä, mutta silti tärkeitä.

Tämän kehittämistehtävän avulla halutaan tähdentää terveyteen liittyvien asioiden tärkeyttä sekä tuottaa hyvää oloa, niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Tässä työssä tarkastellaan ravitsemusta ja liikuntaa skitsofreniaa sairastavilla, koska heillä ongelmat näillä osa-alueilla ovat suuria ja vaikuttavat eniten koettuun terveyteen. Yhteistyökumppanini asukkaista suurimmalla osalla on diagnoosinaan skitsofrenia. Yhteistyökumppani haluttiin avohoidon puolelta, tuetun asumisen yksiköstä, koska avohoidossa

mielenterveyskuntoutujalla on paremmat mahdollisuudet ottaa aktiivinen rooli oman terveytensä kanssa ja koska tilastojen mukaan suurin osa sairaalasta kotiutuvista skitsofreenikoista menee pienkoteihin. Sairaalaolosuhteissa on tietyt puitteet joiden sisällä voidaan toimia, mutta avohoidossa puitteet ovat laajemmat ja vapaammin käytettävissä. Osastomme tekee myös tiivistä yhteistyötä avohoidon eri yksiköiden kanssa ja haluttiin tietää miten siellä toimitaan. Kotona asumisen sijaan valittiin tuetun asumisen yksikkö, koska suurin osa osastoltamme lähtevistä potilaista siirtyy tuetun asumisen yksiköihin. Kotona asuviin mielenterveyskuntoutujiin voi olla vaikea saada yhteyttä ja he voivat myös kärsiä mitä erilaisimmista somaattisista sairauksista.

Kehittämistyö valittiin, koska tutkittua tietoa mielenterveyskuntoutujien ongelmista ravitsemuksen, liikunnan sekä sosiaalisten kontaktien osalta on olemassa. Jo tutkittua tietoa haluttiin hyödyntää ja antaa elämyksiä ja ajattelemisen aiheita mielenterveyskuntoutujille. Koen, että osallistuvalla otteella päästään tavoitteeseen parhaiten. Menemällä mielenterveyskuntoutujien luokse ja keskustelemalla heidän kanssaan, saadaan myös heiltä palautetta, onko aiemmissa tutkimuksissa havaittuja ongelmia olemassa ja missä laajuudessa. Palautetta toivotaan myös omasta osallistuvasta osuudesta ja siitä, kokevatko mielenterveyskuntoutujat tästä olevan hyötyä.

## 2 KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT JA KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 Mielenterveyspotilaan kuvausta

Aikaisempien suomalaisten tutkimusten mukaan jostakin mielenterveyden häiriöstä kärsii suunnilleen joka viides, ehkä jopa joka neljäs suomalainen. Suomessa on noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Uusien häiriöiden ilmaantuvuus on 1,5 % vuodessa, toisaalta on viitteitä siitä, että skitsofrenian ilmaantuvuus väestössä olisi vähentymässä. Skitsofrenia on yleistä toisaalta alimmissa sosiaaliryhmissä ja toisaalta naimattomilla ja eronneilla. Vakava, yleensä nuorella iällä alkava häiriö voi haitata ammatillista kehittymistä, johtaa hyvin usein työkyvyttömyyteen ja heikentää perheen perustamisen mahdollisuuksia. Skitsofrenia on luonteeltaan yleensä vuosikausia kestävä sairaus, jossa esiintyy joko jaksottaisia tai jatkuvasti eriasteisia psykoottisia oireita tai vaiheita. Skitsofrenian kulku ja oirekuva vaihtelevat eri potilailla suuresti. (Huttunen 2002, 49; Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2008, 92; Joukamaa,



Heikkinen & Lönnqvist 2008, 672–673; Karvonen, Peltola, Isohanni, Pirkola, Suvisaari, Lehtinen, Hella & Häkkinen 2008, 9; Ojanen 2002, 118–119; Pirkola & Sohlman 2005, 5; Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 40; Suomela & Salokangas 2004, 1827; Välimäki 2003, 216.)

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava vakava, psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö. Siihen liittyy edelleen paljon potilaiden ja omaisten kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Sille tyypillisiä oireita ovat niin sanotut positiiviset oireet eli harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä niin sanotut negatiiviset oireet, kuten tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus sekä anhedonia eli mielihyvän tunteen puuttuminen. Skitsofreniapotilaalla on vaikeuksia ajatella luovasti, solmia ja ylläpitää läheisiä ihmissuhteita sekä ilmaista selvästi omia ajatuksia ja sellaisia keskeisiä tunteita kuin pelkoa ja rakkautta. Skitsofrenialle on aina pidetty tunnusomaisena mielen toimintojen kokonaisuuden pirstoutumista. Tunnusomaisia ovat havaintokyvyn, ajatustoiminnan, käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriintymiseen liittyvät oireet. Näiden lisäksi sairastuneella esiintyy usein ongelmia yhdellä tai useammalla sosiaalisen toimintakyvyn alueella, kuten ihmissuhteissa, työssä, opinnoissa tai jopa itsestä huolehtimisessa. Potilaan toimintakyky taantuu sairastumista edeltäneen tason alapuolelle. Jos sairastuminen tapahtuu lapsuudessa tai nuorella iällä, potilas ei yleensä saavuta sitä toimintakyvyn tasoa, johon hänen olisi voinut olettaa yltävän. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 161–162; Huttunen 2002, 12, 49; Isohanni ym. 2008 73, 77; Pylkkänen ym. 2003, 40–41; Välimäki 2003, 216–217.)

### 2.1.1 Mielenterveysongelmien vaikutukset jokapäiväiseen elämään

Skitsofreniasta kuntoutuminen ymmärretään elämänhallinnan lisääntymiseen ja elämässä selviytymiseen tähtäävänä prosessina. Mielenterveyden häiriöillä, erityisesti skitsofrenialla on pitkittyessään voimakas invalidisoiva vaikutus potilaan koko elämäntilanteeseen. Sairaus voi heikentää ihmisen itseluottamusta, ja hän alkaa vetäytyä sosiaalisista suhteista. Eristäytyneisyys, yksinäisyys ja heikentynyt itsearvostus voivat tuoda potilaalle tunteen, ettei hän enää pysty itse vaikuttamaan elämänsä kulkuun. Hallinnan tunteen menettäminen voi aiheuttaa potilaalle elämän kaventumista ja luovuttamisen tunteita. Integroituminen yhteiskuntaan on puutteellista ja elämästä puut-

tuu mielekkäitä, tarkoitusta antavia asioita. Seuraavat kolme asiaa antavat mielekkyyttä elämään: työ, harrastukset ja sosiaalinen verkosto. Psykkiset ongelmat haittaavat kaikkia näitä kolmea aluetta. Työtä ei ole tarjolla, harrastuksia on vähän ja sosiaaliset kontaktit ovat niukkoja. (Antikainen 2002, 9, 13; Ylén & Ojanen 1999, 7.)

Skitsofreniapotilaiden sairauden monimuotoisuuden vuoksi heidän psykososiaalinen selviytymisensä avohoidossa ei välttämättä yllä edes välttävälle tasolle. Selviytymättömyyteen vaikuttaa myös se, että heidän tarvitsemansa tukitoimet voivat olla vajavaisesti järjestetyt. Potilaat tuntevat itsensä usein tarpeettomiksi, leimatuiksi ja ulkopuoliksi. Sairastuttuaan he joutuvat sisäistämään uuden sosiaalisen identiteetin, jonka kautta muut heidät määrittävät. Mielenterveysongelman salaaminen saattaa rajoittaa potilaiden sosiaalista osallistumista, tämä taas lisää sosiaalisia pelkoja ja voi johtaa eristäytymiseen. (Antikainen 2002, 13.)

Tutkittaessa vanhusten kotona selviytymistä ja selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä havaittiin selviytymisen muodostuneen sosiaalisista kontakteista, päivittäisistä tapahtumista elämänsisältönä ja aikaisemmista elämäkokemuksista. Kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä olivat terveyden ylläpitäminen, tunne hyvästä olosta, sosiaalinen verkosto ja turvattu toimeentulo. Voidaan olettaa, että skitsofreniapotilaan selviytyminen avohoidossa koostuu samansuuntaisista asioista. (Antikainen 2002, 18.)

### 2.1.2 Mielenterveyden oireiden hoito

Kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja hänen ympäristönsä muutosprosessina, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan oma elämäntilanteensa. (Kuntoutusselonteko 2002, 3.) Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on edistää sairastuneen kuntoutumisvalmiutta ja auttaa häntä lisäämään elämäntilanteensa, toteuttamaan päämääriään ja toimimaan sosiaalisissa yhteisöissään. Kuntoutuksessa korostuu sairastuneen aktiivisuus ja osallisuus. Kuntoutuminen on toimintakyvyn palautumista, oppimista ja kasvua. Mielenterveyskuntoutuksen avulla tuetaan psyykkisestä sairaudesta toipuvan ihmisen toimintakykyä. Skitsofreniasta kuntoutuminen vaatii työtä, aikaa, kärsivällisyyttä, ja se tapahtuu pienin askelin. Se edellyttää muutosta elämään ja elämäntapoihin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 224; Koskisuus 2004, 11, 30; Pylkkänen ym. 2003, 41; Rissanen 2007, 26.)

Skitsofreniapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen painopiste on parin viime vuosikymmenen aikana siirtynyt selvästi sairaaloista avohoitoon. Avohoito toteutuu paikkakunnasta riippuen yleensä mielenterveystoimistoissa, alueellisilla psykiatrian poliklinikoilla, kuntoutuspoliklinikoilla sekä erilaisissa muissa kuntoutuspaikoissa. Kattava psykiatrinen avohoito sisältää lääkehoidon ohella potilaiden ja heidän läheistensä yksilöllisten tarpeiden mukaisesti erilaisia psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Skitsofreniapotilaan kuntoutuksessa on tärkeää mahdollisimman samanlaisena toistuva päivä- ja viikko-ohjelma. Kuntoutuksen onnistumisen kannalta myös turvalliset vuorovaikutussuhteet ja yhteisöön kuuluminen ovat merkityksellisiä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 204; Isohanni ym. 2008, 119–120; Pirkola ym. 2005, 16.)

Antikaisen (2002, 7–8) mukaan maassamme on käyty skitsofreniaa sairastavan potilaan avohoidossa selviytymisestä yleistä keskustelua, mutta asiaa on tutkittu toistaiseksi melko vähän. Skitsofreniaa sairastavien avohoitoelinpiiriin on todettu rajoittuvan kotiin. Kodin ulkopuolella he ovat osallistuneet yleensä vain mielenterveysorganisaation järjestämään harrastus- ja virkistystoimintaan. He eivät ole paljoakaan käyttäneet kunnallisia kulttuuripalveluja ja vain harvoilla on ollut joku aktiivinen harrastus. Kaupunkiooloissa avohoitopotilaat ovat asuneet usein huonokuntoisissa asunnoissa, he ovat saaneet vähän käytännön tukea ja joutuneet useammin ristiriitoihin asuinkumppaneitensa ja naapureittensa kanssa verrattuna maaseudulla asuviin potilaisiin. Kaupunkiympäristön sanotaan olevan skitsofreniaa sairastavalle maaseutua stressaavampi, mikä altistaa heitä sosiaaliseen vetäytymiseen ja eristyneisyyteen. Kun psykiatrisia potilaita siirretään laitoshoidosta avohoitoon, on tarkasteltava realistisesti potilaiden kykyä selviytyä niissä olosuhteissa, joihin he asettuvat. Selviytymisen tavoitteet tehdään usein mielenterveysalan ammatti-ihmisten toimesta, ja nämä tavoitteet, kuten esimerkiksi työssä käyminen, itsenäinen eläminen, laaja sosiaalinen integroituminen ja omaisuus, eivät välttämättä ole sellaisia asioita, jotka tuottavat elämäntyytyväisyyttä psykiatrisille potilaille. Lisäksi vallitsevassa kulttuurissa voidaan paheksua riippuvuuden tarpeille periksi antamista ja epäitsenäistä elämistä, mitkä tekijät kuitenkin ovat leimallisia etenkin skitsofreniaa sairastaville potilaille. Itsenäisyys saattaa olla monelle pitkäaikaisesti sairaalle potilaalle vaikein elämässä ylläpidettävä asia. Sairaansijoja vähennettäessä on huomattu, että potilaat voivat kokea itsenäisestä asumisesta ja tuen puutteesta aiheutuvan stressin niin kovana, että se ylittää heidän kestokykynsä. Tämä voi johtaa itsensä hoitamisen ja lääkityksestään huolehtimisen laiminlyömiseen ja

hankaliin elämäntilanteisiin. Elämänhallinnan menettäminen voi johtaa sairaalaan joutumiseen tai vakavaan itsetuhoisuuteen.

Psykiatrinen hoitotyö perustuu vuorovaikutukseen ja luottamukseen. Skitsofreniapotilaan hoidossa korostuu tukea antava eli supportiivinen työskentelyote. Keskeisiä hoitavia elementtejä siinä ovat hoitosuhteen jatkuvuus ja potilaan kohtaaminen yksilönä. Hoitosuhteen keskeisenä tavoitteena on sairauden oireiden parempi hallinta ja realistinen suhtautuminen sairauteen ja sen hoitoon. Tärkeitä teemoja ovat päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen liittyvät asiat, asuminen, talouden hoito ja työhön sekä harrastuksiin liittyvät asiat. Keskeisiä ovat myös ajankohtaisten perheristiriitojen selvittäminen, ihmissuhteisiin, seksuaalisuuteen, yksinäisyyteen ja hengellisiin kysymyksiin liittyvien asioiden käsittely. Psykiatrissa hoitosuhde työskentelyä ohjaava teoreettinen tausta voi vaihdella, mutta yleisimmät Suomessa käytetyt lähestymistavat ovat psykodynaaminen ja kognitiivinen. (Antikainen 2002, 13–14.)

Psykiatrisen hoitamisen ydin eli perusprosessi on potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Hoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta selviytymään, koska psykiatrinen sairaus tuo hänen elämäänsä sellaisia ongelmia, jotka heikentävät potilaan selviytymismahdollisuuksia, esimerkiksi kyvyttömyyden selviytyä avohoidossa, kyvyttömyyden huolehtia itsestään ja kodistaan sekä kyvyttömyyden noudattaa yleisiä sääntöjä tai normeja. Kyvyttömyys noudattaa sääntöjä tai normeja voi aiheuttaa vakavan turvallisuusriskin potilaalle itselleen tai hänen lähiympäristölleen. Potilaan selviytyminen avohoidossa voi asetettuna hoitotyön tavoitteena merkitä parantuneita mahdollisuuksia selviytyä jokapäiväisessä elämässä avohoidon tukipalvelujen turvin. (Antikainen 2002, 15.)

Selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästään skitsofreniapotilas tarvitsee tietoja, taitoja ja mahdollisuuksia itsensä arvostamiseen. Hän tarvitsee lisäksi toivoa, koska toivo on keskeinen inhimillisen elämän elementti ja sairauden kanssa selviytymiseen liittyvä tekijä. Toivon ylläpitäminen on tärkeää, koska toivo on tunnistettu merkittäväksi tekijäksi sekä yleensä psyykkisesti sairaan ihmisen että erityisesti skitsofreniaa sairastavan potilaan kuntoutumisessa. (Antikainen 2002, 16–17.)

### 2.1.3 Mielenterveysongelmien lääkehoito ja sen haittavaikutukset

Psykoosilääkkeitä eli neurolepteja käytetään tiloissa, joissa potilaan todellisuudentaju on merkittävästi hämartyntä psykoosisairaudesta kuten akuutin psykoosin tai skitsofrenian vuoksi. Psykoosilääkkeet rauhoittavat ja lievittävät ahdistuneisuutta, levottomuutta sekä aggressiivisuutta. Ne estävät myös aistiharhoja ja ajatushäiriöitä. Niitä käytetään myös psykoosia sairastavilla ylläpitohoitona ehkäisemään sairauden akuuttia uusiutumista. Psykoosilääkkeillä on haittavaikutuksensa, ja niiden käytön tulisi olla lyhytaikaista. Esimerkiksi skitsofrenisessa sairaudessa tämä ei kuitenkaan onnistu vaan lääkettä joudutaan lähes aina käyttämään lopun ikää. Lääkeaineen haittavaikutuksina voi ilmetä väsymystä, suun kuivumista, näön hämärtymistä, ummetusta, sydämentykytystä, virtsan pidättymistä, verenpaineen laskua sekä huimausta. Osa lääkkeistä voi heikentää muistia sekä latistaa seksuaalisia tunteita ja aiheuttaa erektiohäiriöitä miehillä. Vakavampia, mutta harvinaisia oireita ovat ekstrapyramidaalioireet (parkinsonismi) sekä tardiivin dyskinesian oireet eli tahattomat ja toistuvat pakkoliikkeet etenkin suun ja kasvojen alueella. Psykoosilääkkeet voivat myös alentaa kouristuskynnystä ja johtaa yleistyneisiin epileptisiin GrandMal-kohtauksiin. Painonnousua, joka voi olla jopa 40 %, esiintyy useimpien psykoosilääkkeiden käytön yhteydessä. Psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa myös verimuutoksia, joten veriarvojen säännöllinen seuranta on tärkeää. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 207, 218–219; Huttunen 2002, 51–101; Isohanni ym. 2008, 122–133; Pylkkänen ym. 2003, 99–103.)

Joidenkin lääkkeiden käyttöön liittyy alttius hyvin merkittäväänkin painonnousuun. Archien ym. tutkimuksessa ilmeni selvä yhteys painon ja lääkeannoksen välillä. Perinteisten neuroleptien yhteydessä ilmenevän painonousun arvellaan liittyvän osin lääkkeen histamiinin salpaukseen sekä kaloripitoisten juomien käyttöön, joka johtuu antikolinergisen vaikutuksen aiheuttamasta suun kuivumisesta. Lisäksi toisen polven antipsykootit saattavat häiritä ruokahalun säätelyä muun muassa lisäämällä plasman leptiinin tasoa. Antipsykoottien käytön aiheuttama painonnousu on yleensä nopeinta lääkehoidon ensiviikkojen aikana, mutta voi jatkua ainakin vuoden ajan. Antipsykoottien aiheuttama painonnousu voi lisätä merkittävästi sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviä terveysriskejä. Lisäksi lääkkeiden aiheuttama lihavuus voi muodostua ongelmaksi potilaan itsetunnon ja sosiaalisten suhteiden kannalta. Aloitettaessa antipsykoottinen hoito potilasta tulee valistaa lääkehoitoon liittyvästä painonnousun vaarasta, jotta hän voi heti hoidon alusta alkaen kiinnittää huomiota turhien kaloripitoisten ruokien ja juomi-

en käyttöön. Ainakin klotsapiinin ja olantsapiinin käyttöön voi liittyä plasman triglyseridien pitoisuuden suureneminen. Antipsykoottien aiheuttama painonnousu lisää tyyppin II sokeritaudin kehittymisen riskiä. Painonnousun ohella sokeritaudin kehittymisen riski voi liittyä uuden polven antipsykoottien suoriin vaikutuksiin elimistön sokeriaineenvaihduntaan. (Archie, Goldber, Akhtar-Danesh, Landeen, McColl & McNiven 2007, 233, 235; Huttunen 2002, 84–85; Lamberti, Olson, Crilly, Olivares, Williams, Tu, Tang, Wiener, Dvorin & Dietz 2006, 1273; Pylkkänen ym. 2003, 102; Ruusunen 2009, 225.)

## 2.2 Liikunta

Liikunta tarjoaa yhden mahdollisuuden mielekkääseen toimintaan ja samalla myös yhteiskuntaan integroitumiseen. Se antaa tekemistä ja synnyttää luontevia kontakteja harrastajien välille. Hyvinvoinnin näkökulmasta liikunta tuottaa monia merkitseviä asioita: fyysinen kunto, terveys, hyvä olo ja hyvinvoinnin kokeminen. Liikunnan avulla saatu hyvä kunto antaa mahdollisuuden harrastaa ja tehdä työtä; hyvää kuntoa arvostetaan yhteiskunnassa. Edistämällä kehon toimintaa liikunta vähentää sairastuvuutta ja pidentää elinikää. Liikkumattomuudesta aiheutuva ylipaino on vakava sairauksien riskitekijä. Liikunta tuottaa välittömiä hyvän olon kokemuksia edullisesti. Näitä kokemuksia voidaan saada useita kertoja viikossa. Parhaimmillaan liikunta voi tuottaa suoranaisia huippukokemuksia. Liikunta antaa hallinnan kokemuksia ja lisää itseluottamusta. Itsensä hyvinvoivaksi tunteva ihminen uskaltaa ottaa kontakteja ja saa myös myönteistä palautetta ulkoisesta olemuksestaan. Nämä eivät kuitenkaan ole automaattisia seurauksia, vaan ehtona on, että liikunta koetaan mielekkääksi ja että sen koetaan olevan hyödyllistä. Liikunnan fyysistä hyötyä tehostaa sen intensiivisyys. Mielialavaiikutuksia edistää liikunnan haastavuus ja vaihtelevuus sekä siihen liittyvä sosiaalinen vuorovaikutus. (Ylén ym. 1999, 7.)

Liikunnan terveydellistä vaikutuksista on tutkimusnäyttöä. Liikunnan tiedetään ylläpitävän ja edistävän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä sekä toimintakykyä ihmisen eri elämänvaiheissa. Näyttää myös siltä, että fyysinen aktiivisuus lisää psyykkistä hyvinvointia ja parantaa fyysistä toimintakykyä eritoten niillä henkilöillä, joilla ne ovat heikon terveyden vuoksi alentuneet. Tämän lisäksi on olemassa näyttöä siitä, että fyysinen aktiivisuus vähentää riskiä sairastua masennussairauksiin ja parantaa lie-

vän ja kohtalaisen masennuksen sekä ahdistuneisuuden oireita. (Faulkner & Biddle 2002, 664; Norén 2005, 6; Nupponen 2005a, 52–56, Nupponen 2005b 152–157.)

Liikunnalla on erityinen sija terveyden edistämässä. Kansalaisten jokapäiväiseen liikkumisaktiivisuteen ja harrastusliikuntaan vaikutetaan sekä yhdyskuntarakenteita ohjaamalla että varsinaisella terveysterveyden- ja liikuntapoliittisella päätöksenteolla. Liikunnan edistäminen on osa terveyden edistämistä niissä toiminnoissa, joissa pyritään ensisijaisesti parantamaan kansalaisten tai rajatun ihmisryhmän terveydentilaa, toimintakykyä ja hyvinvointia liikunnan avulla. Nuoret aikuiset pyrkivät liikunnan avulla kunnon kohentamiseen ja työelämässä jaksamiseen sekä elämysten kokemiseen. Vanhemmat ihmiset taas pyrkivät fyysisen terveyden säilyttämiseen. (Hirvensalo & Häyrynen 2003, 49; Lintunen 2003, 24–25; Paronen & Nupponen 2005, 208.)

### 2.2.1 Liikunnan yhteys mielenterveyteen

Ylénin ym. (1999, 8) mukaan liikunnan ja psyykkisen hyvinvoinnin välistä yhteyttä on tutkittu runsaasti ja yleisesti todetaan, että liikunnan määrällä ja psyykkisellä hyvinvoinnilla on yhteyttä. Graftin ja Landersin tekemän 30 tutkimusta käsittävän meta-analyysin mukaan vaikeasta masennuksesta kärsivät hyötyivät liikunnasta enemmän kuin lievästä masennuksesta kärsivät. McAuleyn 23 tutkimusta käsittävän meta-analyysin mukaan useimmissa tutkimuksissa (69 %) on saatu positiivinen yhteys liikunnan ja psyykkisen välille. Tämä meta-analyysi keskittyi psyykkisesti terveille tehtyihin tutkimuksiin. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät liikkuvat yleensä vähemmän kuin normaali väestö ja liikuntamuotona on yleensä kävely (Daumit, Goldberg, Anthony, Dickerson, Brown, Kreyenbuhl, Wohlheiter & Dixon 2005).

Liikunta on positiivissävytteinen hoito kieltojen täyttämässä terveysterveyttä ohjeissa. Potilaat hyväksyvät liikunnan usein hoidoksi ja kokevat liikkumisen palkitsevaksi. Liikunta on halpa hoitokeino, jossa tulokset ovat liikkujan itsensä havaittavissa, esimerkiksi painon putoamisena ja kohonneena suorituskykynä, jotka vaikuttavat liikunta-aktiivisuutta ylläpitävästi ja nostavat mielialaa. Lisäksi liikuntaohjelmissa ohjeet tulevat paitsi sanallisesti myös käytännön esimerkein, joten kielellisesti vähemmän kyvykkäätkin pystyvät oppimaan ja saamaan onnistumisen kokemuksia. (Ylén ym. 1999, 14.)

Kohtuullisesta liikunnasta ei juuri ole haittavaikutuksia terveille ihmisille, vaikka erilaiset fyysiset sairaustilat tietysti rajoittavat liikunnan harrastamista. Liikuntaa voidaan kuitenkin käyttää psyykkisen tasapainon säilyttämisen välineenä siten, että liikunta itse kietoutuu osaksi ongelmaa. Eräs ilmiö on riippuvuus liikunnasta, joka saattaa ilmetä fyysisinä vieroitusoireina ja ahdistuneisuutena ja syyllisyydentuntoina, kun pakonomaiseksi muuttunut liikunnanharjoittaminen estyy. Liikunta on tällöin eräänlainen pakkotoiminto, jolla lievitetään ahdistuneisuutta ja jota voidaan siis käyttää eräänlaisena regressiivisenä, mielihyväperiaatteella toimivana pakokeinona esimerkiksi vaikeasta tilanteesta pakenemiseen. Voidaan myös olettaa, että psykoottiselle henkilölle liikunnasta tulevat aistimukset jäävät irrallisiksi ja lisäävät hajanaisuutta. Depressiopotilas puolestaan saattaa tuntea syyllisyyttä ja huolta omasta passiivisuudestaan, kun häntä pyritään aktivoimaan liikunnan avulla. (Ylén ym. 1999, 14.)

Liikunnan tavoitteet mielenterveystyössä voidaan jakaa toiminnallisiin, tiedollisiin ja asenteellisiin, emotionaalisiin sekä sosiaalisiin tavoitteisiin. Toiminnallisen alueen päätavoitteena on fyysisen kunnon kohottaminen. Tiedollisiin tavoitteisiin kuuluu muun muassa oman ruumiin rakenteen ja toiminnan tunteminen sekä tutustuminen liikunnan harrastusmahdollisuuksiin ja kuntoliikunnan merkitykseen terveydelle. Tuntealueella liikunta voi tarjota merkittäviä mielihyvän kokemuksia. Sosiaalisella alueella tavoitteena on edistää sosiaalista vuorovaikutusta, kykyä toimia yhdessä ja ottaa toisia huomioon. Sosiaalisessa liikunnassa opitaan kannustamaan muita ja ottamaan muilta vastaan tunnustusta. (Ylén ym. 1999, 15.)

Mielenterveyspotilaiden liikuntamahdollisuudet ovat sairaalan ulkopuolella periaatteessa rajoittamattomat. Käytännössä kuitenkin monet potilaat ovat arkoja, eivätkä osallistu esimerkiksi kunnan järjestämiin liikuntaryhmiin. Yksityisten tarjoamat kaupalliset liikuntamahdollisuudet ovat lisäksi monelle liian kalliita; pienestä eläkkeestä tai sairaspäivärahasta ei pystytä kattamaan liikuntaharrastuksen kustannuksia. Kuntien tarjoamaa erityisliikunnanohjausta ei useinkaan ole suunnattu mielenterveysongelmaisille, joten käytännössä heidän liikuntamahdollisuutensa ovat kovin rajatut. Avohoidossa olevien liikuntaharrastuksen tueksi on Mielenterveyden Keskusliiton paikallisyhdistyksiin koulutettu vertaisohjaajia eli liikuntavastaavia. Liikuntaryhmiin mukaan pääsy edellyttää hakeutumista yhdistyksen jäseneksi. (Ylén ym. 1999, 15.)



Liikunnan merkitys erityisryhmien, muun muassa mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden toiminta- ja työkyvyn kohentajana sekä psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäjänä saattaa olla hyvin merkittävä, kun tiedetään, että mielenterveysongelmat ovat tällä hetkellä suurin työkyvyttömyyseläkkeitä aiheuttava sairausryhmä. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät henkilöt muodostavatkin terveysliikunnan edistämistyön kannalta tärkeän väestöryhmän, sillä ryhmän sisällä vähäinen fyysinen aktiivisuus saattaa lisätä sairastamista ja sitä mukaa myös terveydenhuollon kustannuksia. Fyysisen inaktiivisuuden vaikutukset ovat samat kaikenikäisille psyykkisesti sairaille henkilöille. On olemassa tutkimustietoon perustuvaa näyttöä aerobisen ja lihaskuntoharjoittelun myönteistä vaikutuksista masennusoireisiin. Liikunnalla voidaan hoitaa myös ahdistusoireita ja paniikkihäiriötä; yleisesti ottaen akuutit ahdistusoireet hoituvat liikunnan avulla kroonista ahdistusta paremmin. Näyttöön perustuvaan tietoon nojaten voidaan todeta, että fyysinen aktiivisuus saattaa olla merkittävää depression ja ahdistusoireiden hoitokeino, jota tulee hyödyntää yhtenä mielenterveyden häiriöiden hoitokeinona. (Norén 2005, 6, 20.)

Norénin (2005, 29–30) tutkimukseen osallistuneet psykiatriset hoitajat kuvasivat, että terveysliikunta psykiatrisessa hoitotyössä tuottaa potilaalle hyötyä ja mielihyvää. Toisaalta terveysliikuntaan liittyvä fyysinen aktiivisuus voi aiheuttaa potilaalle myös negatiivisia tunteita ja hankalia tilanteita. Terveysliikuntaan liittyvä toiminta harjoittaa ja opettaa potilaalle selviytymisen ja oireen hallinnan keinoja. Terveysliikunnan tuottama hyöty ja mielihyvä saattoi potilaan kohdalla liittyä fyysiseen aktiivisuuteen ja yleiseen toiminnallisuuteen. Negatiiviset tunteet ja hankalat tilanteet ilmenivät leimautumisen pelkona tai arkuutena osallistua ohjattuihin liikuntaryhmiin ja yleisenä vaikeutena lähteä pois kotoa. Terveysliikuntaan liittyvän toiminnan myötä potilaan oli mahdollista harjoitella ja oppia yhteiskuntaan integroitumisen keinoja ja oireenhallintaa.

Psykiatrisessa sairaanhoidossa on tarvetta saada liikunta osaksi kokonaisvaltaista hoitoa, ei erillistapahtumaksi. Liikunta tukee parhaimmillaan ihmisen terveyden jäljellä olevaa osaa ja vahvistaa hänen selviytymistään. Liikuntaa on viime vuosina myös käytetty selvästi terapeuttisena hoitomuotona. Ihminen pystyy liikunnan avulla purkamaan ahdistustaan, ilmentämään itseään ja löytämään yhteyksiä omaan tunnekkenttäänsä. Liikunta antaa ihmiselle myös tunteen, että hän on tehnyt jotakin, eli se antaa itseilmaisun kautta vahvuutta ja lisää tyytyväisyyttä omaan itseen. Liikunta sinällään purkaa levottomuutta, ahdistusta ja stressiä; se myös auttaa depression hallinnassa.

Liikunta on selvästi nähtävä terveyden edistäjänä. Se on myös terveyden ylläpitäjä. (Faulkner ym. 2002, 662; Lahti 2006, 13.)

Tutkimusten mukaan liikunta vaikuttaa ennen kaikkea masennukseen ja ahdistukseen, ei niinkään psykoottisiin häiriöihin, kuten skitsofreniaan. Kun kuitenkin skitsofrenian yhteydessä ahdistus ja masennus ovat yleisiä, myös tämä ryhmä voi hyötyä liikunnasta. Lisäksi liikunta voi harhauttaa keskittymistä omiin oireisiin, kuten kuulo- ja vainoharhoihin. Myös jonkin liikunnallisen taidon kehittyminen ja siinä yhteydessä saatu sosiaalinen tuki ja kannustus ovat kuntoutuksen näkökulmasta hyviä asioita. (Ojanen 2006, 26.)

Ruuskanen (2006, 77–78) toteaa raportissaan, että kaikilla kuntoutujilla oli positiivisia ajatuksia liikunnasta. Yleisin ajatus oli, että liikunta on hyväksi kunnolle ja sekä fyysiselle että psyykkiselle terveydelle. Liikunnan koettiin myös virkistävän mielialaa, tuovan hyvää oloa, olevan mukavaa, olevan välttämättömyys ja olevan tärkeää hyvinvoinnin kannalta. Muita ajatuksia liikunnasta olivat, että se on maailman tärkein asia jokaiselle, se on yhdessäoloa, ja sillä on sosiaalinen terapeuttinen vaikutus ja se on hyödyllistä ja kannattavaa. Liikunnan koettiin pitävän painoa kurissa ja olevan luonnollinen osa elämää. Sen koettiin myös lieventävän ahdistusta ja vaikuttavan unirytmiiin siten, että nukkuu paremmin. Liikunta toi kuntoutujille sisältöä päiviin ja auttoi jaksamaan paremmin. Liikunnan harrastaminen ryhmässä koettiin hauskaksi ja ryhmään lähteminen oli helpompaa kuin yksin liikkuminen.

Liikunnan vaikutuksia hyvinvointiin on viime vuosina tutkittu paljon. Liikunnan terveysvaikutukset ovat kiistattomia, ja myös psyykkiseen hyvinvointiin sen vaikutukset ovat myönteisiä. Jotta liikunta edistää psyykkistä hyvinvointia sen tulee olla omaehtoista, kohtuullisen intensiivistä, mielekäästä, tavoitteellista ja myönteisiä odotuksia luovaa. Sosiaalisten tekijöiden merkitystä on syytä korostaa silloin, kun kyseessä on psyykkinen hyvinvointi. Eniten on tutkittu liikunnan vaikutuksia masennukseen. Tutkimusten tulokset voidaan tiivistää seuraavasti: liikunta vaikuttaa masennusta lievittävästi, aerobisen ja anaerobisen liikunnan välillä ei ole eroja, hyöty on suuri vaikeimmin masentuneilla, pitkät ohjelmat (9–12 viikkoa) vaikuttavat enemmän kuin kestoltaan tätä lyhyemmät ohjelmat, viikoittaisilla kerroilla, liikunnan kestolla, iällä ja sukupuolella ei ole vaikutusta tuloksiin ja ohjelmien vaikutus objektiivisesti mitattuun kuntoon on keskimäärin noin 5 %. (Ojanen 2002, 120–122.)

Monet lihavuudesta ja liikkumattomuudesta aiheutuvat ongelmat ovat sanan varsinaisessa merkityksessä toimintahäiriöitä. Normaali eläminen vaikeutuu ja terveysongelmat lisääntyvät. Liikkuminen vaikuttaa myös mielialaan ja tunteisiin. Liikunta vähentää ahdistusta ja voi tuottaa euforian kokemusta. Tehokas liikunta aiheuttaa myös väsymystä, mutta sen luonne on myönteinen. Kun liikunnasta tulee säännöllistä, se alkaa muokata ihmisen minäkäsitystä myönteiseen suuntaan. Silti mikä tahansa mielekkääksi koettu tavoitteellinen toiminta – jollainen liikuntakin on – on omiaan edistämään mielekkyyden kokemista. Liikunnassa on monessa mielessä kyse ongelmien ennaltaehkäisystä. Liikkumattomuuden haittavaikutukset on helppo osoittaa. Syiden ja seurausten erittely ei aina ole helppoa, mutta hyvin usein liikunta on vähäistä tai olematonta silloin, kun ihmisillä on vakavia mielenterveyden ongelmia tai häiriöitä. (Ojanen 2002, 123.)

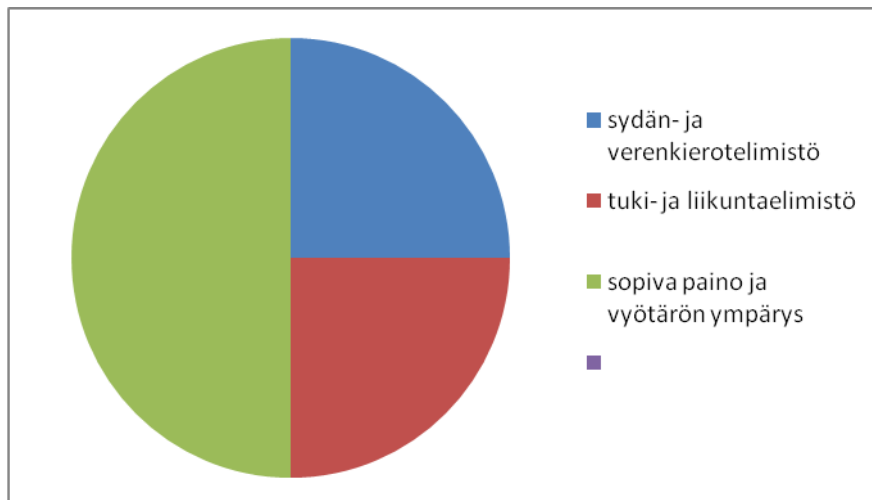
Masentuneille on ominaista kaikenlaisen osallistumisen ja kiinnostumisen väheneminen. He ajattelevat, ettei mikään hyödytä. Huomisen tavoitteista ei kannata puhua. Kunhan jotenkin selviäisi tästä päivästä. Jatkuva kannustus ja tuki ovat tarpeen. Ohjaajan on oltava kannustava ja samalla riittävän tiukka, jotta osallistuminen ei päättyisi lyhyeen. Tavoitteet asetetaan aluksi vain päiväksi kerrallaan, mutta kun ote liikunnasta ja yhteys ryhmään tiivistyy, pitkäjänteinenkin tavoitteiden asettelu tulee mahdolliseksi. Vaikeat psyykkiset häiriöt, kuten skitsofrenia, ovat edellistä suurempi haaste liikunnan avulla tapahtuvalle kuntoutukselle. Etenkin pitkäaikaispotilailla sisäinen motivaatio on heikentynyt ja heistä on tullut suuressa määrin ulkoa ohjautuvia. Tämä merkitsee usein sitä, että hoitohenkilökuntaan kuuluva voi auktoriteettinsa avulla saada heidät osallistumaan, kunhan vaatimukset eivät ole liiallisia. Monelle kaksi kertaa viikossa on jo liikaa, vaikka se ohjelman intensiteetin kannalta olisi perusteltua. (Ojanen 2002, 125.)

### 2.2.2 Liikuntasuosituksiset

The American College of Sports Medicinen liikuntaa ja terveyttä koskeva suositus vuodelta 1978 vaikutti pitkään ja sen mukaan ihmisen tulisi vähintään kolme kertaa viikossa harrastaa hengästymiseen ja hikoiluun johtavaa liikuntaa. Yhden kerran keston tulisi olla 20–60 minuuttia. Tästä suosituksesta on muotoiltu muitakin versioita, esimerkiksi se, että pitää harrastaa liikuntaa 3 x 30 minuuttia viikossa. Taustana näille suosituksille oli kehittää ja ylläpitää hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa. Tämä

taas edistää ihmisen terveyttä. Russel Paten raportti vuodelta 1995 mullisti aikaisemmat näkemykset. Raportin keskeinen sanoma korosti kohtalaisen kuormittavan, reipasta kävelyä vastaavan liikunnan myönteistä merkitystä terveydelle. Yleisesti ottaen liikunnan lisäämisestä on eniten hyötyä sille, joka aikaisemmin ei ole liikkunut ja joka on huonokuntoinen. UKK-instituutissa tehtyjen tutkimusten mukaan kaikentyypinen kävely, reippaasta kovavauhtiseen, kehittää aikaisemmin vähän liikkuvien aikuisten kestävyyttä ja tuottaa aineenvaihdunnallisia terveyshyötyjä. Perusliikunnan tulisi olla päivittäistä ja sen voi jakaa useampaan osaan. Monet viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että esimerkiksi puolen tunnin päivittäinen liikunta joko yhtäjaksoisesti tai pätäkittynä kolmeen 10 minuutin jaksoon parantaa kestävyyttä ja terveyttä yhtä hyvin. (Fogelholm & Oja 2005, 73–75.)

Terveysliikuntaa on kaikki sellainen fyysinen aktiivisuus, joka tehokkaasti ja turvallisesti parantaa terveystilaa tai ylläpitää jo valmiiksi hyvää terveystilaa. Terveystilaa voidaan esittää ympyränä, joka samalla kuvaa terveystilaa tavoitteita (kuva 1).



Kuva 1. Terveystilaa tavoitteet: hyvä terveys ja fyysinen toimintakyky (mukailen Fogelholm & Oja 2005, 78)

Perusliikuntana ymmärretään liikunta, jossa päämotiivina on jokin muu kuin liikkuminen. Esimerkkejä ovat kävely kauppaan, lumen luominen, lasten leikki jne. Perusliikunta vaikuttaa edullisesti yleiseen terveyteen ja painonhallintaan. Täsmäliikunta kehittää täsmällisesti terveystilaa tiettyä osa-aluetta. Perusliikuntaa ja täsmäliikuntaa voi olla vaikea erottaa toisistaan ja aina se ei edes ole mielekäästä. Liikuntasuosituksessa on riittävä perustaso, jolla fyysiseen passiivisuuteen liittyvät suurimmat ter-

veysriskit vältetään. Tähän voi päästä joko 3–4 tunnin perusliikunnalla viikossa tai 2–3 tunnin viikoittaisella täsmäliikunnalla. Viikon tavoite tulisi kerätä vähintään 10 minuutin liikuntakertojen avulla. Perusliikuntaa tulisi olla joka päivä tai vaihtoehtoisesti täsmäliikuntaa vähintään joka toinen päivä. (kuva 2.) (Fogelholm ym. 2005, 78–79; UKK-Instituutti.)



Kuva 2 Terveysliikunnan toteuttaminen (UKK-Instituutti)

Mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla liikunnan tulee olla omaehtoista, mielekästä ja henkilökohtaisia tavoitteita palvelevaa. Liikunnan tulee olla kohtuullisen intensiivistä, mutta ei välttämättä kuntoa kohottavaa. Sosiaalisten tekijöiden merkitys on korostunut. (Rintala & Huovinen 2003, 79.)

### 2.2.3 Liikunta lihavuuden ehkäisyssä

Runsas liikunta on terveellisen ravitsemuksen ohella ylipainon tärkein elämäntavallinen hoitomuoto. Liikunnan on todettu auttavan erityisesti painonhallinnassa. Yksistään liikunnalla voidaan laihtua yleensä parin kilon verran. Liikunnallinen elämäntapa edistää kuitenkin terveyttä. Laihduttamisen ja painonhallinnan kannalta viikon aikana olisi hyvä kuluttaa energiaa liikunnan avulla 1500–2000 kcal. Jotta suositeltu vähimmäisenergiamäärä tulisi kulutettua, kävelyä täytyy harrastaa 5–6,5 tuntia viikossa tai juoksua 2,5–3,5 tuntia viikossa. Liikuntamuodolla ei ole väliä – kaikki liikkuminen, josta ei ole terveydelle haittaa, on terveystoimintaa. Liikunnan ei tarvitse olla pitkäkestoisia, vaan se voi koostua lyhyistäkin patkista. Askelmittarin avulla voidaan seurata päivittäisen fyysisen aktiivisuuden määrää. Askelmittarilla mitaten liikkumisen mini-

miksi on määritelty 5000–7000 askelta päivässä. Laihdutettaessa tulisi pyrkiä vähintään 10 000 askeleeseen, mikä vastaa noin 7 km:n matkaa. (Niemi 2006, 114–116.)

## 2.3 Ravitseminen

Psykkiset sairaudet vaikuttavat syömiseen monella tavalla. Usein psyykkisesti sairaan kyky panostaa omaan hyvinvointiinsa on heikentynyt, minkä vuoksi hänellä ei ole voimavaroja laittaa ruokaa tai miettiä ruokavalintoja. Ruokahalun muutokset ovat myös tyypillisiä. Joidenkin ruokahalu voi kadota kokonaan tai ruokavalio voi muuttua hyvin yksipuoliseksi. Toisaalta joidenkin ruokahalu voimistuu ja he syövät määrällisesti yhä enemmän. Ruokavalion laatu voi olla kuitenkin heikko, vaikka syödyn ruuan määrä on suuri. (Ruusunen 2009, 224.)

### 2.3.1 Ravitseminen ja terveys

Terveyttä edistävä ja sopivassa suhteessa eri ravintoaineita sisältävä ruokavalio voidaan koostaa usealla eri tavalla tarjolla olevista ruoka-aineista. Ravitsemuksellisesti täysipainoisten ja maittavien aterioiden valmistaminen ja valinta edellyttää myös halua huolehtia terveydestä. Asiantuntijat laativat koko väestölle ja eri väestöryhmille suosituksia terveyttä edistävän ruokavalion koostamisesta. Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut suomalaisiin oloihin sopivat ravitsemussuosituksset. Nykyisten ravitsemussuositusten keskeiset tavoitteet suomalaisen kansanravitsemuksen parantamiseksi ja hyvän terveyden ylläpitämiseksi ovat tasapainoinen ja riittävä ravintoaineiden saanti, energiansaannin ja kulutuksen tasapainottaminen, kuitupitoisten hiilihydraattien saannin lisääminen, puhdistettujen sokereiden saannin vähentäminen, kovan rasvan saannin vähentäminen ja osittainen korvaaminen pehmeillä rasvoilla, suolansaannin vähentäminen sekä alkoholinkulutuksen pitäminen kohtuullisena. Ravitsemussuosituksen mukaan vähärasvainen, runsaasti kasviksia sisältävä ruoka auttaa monien aikuisväestöä uhkaavien sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa (kuva 3). (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 10; Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 141; Peltosaari, Raukola & Partanen 2002, 8.; Suomalaiset ravitsemussuosituksset 2005, 8.)



Kuva 3. Ruokakolmio (Suomalaiset ravitsemussuositukset)

Ihminen tarvitsee energiaa perusaineenvaihduntaan, ruoan aiheuttamaan lämmöntuot-  
toon ja fyysisen työn tekemiseen. Perusaineenvaihdunnalla (PAV) tarkoitetaan vält-  
tämättömien elintoimintojen aiheuttamaa energiankulutusta. Ihmisen perusaineen-  
vaihdunta on yleensä päivästä toiseen melko vakio. Aikuisikäisten energian ja ravin-  
toaineiden tarve vaihtelee huomattavasti. Siihen vaikuttavat mm. ikä, sukupuoli, fyy-  
sinen aktiivisuus, terveydentila ja yksilöllisyys. Energian liikasaanti ja siitä johtuva li-  
havuus ovat yleisiä työikäisten suomalaisten keskuudessa. Lihavuus aiheuttaa mm.  
seuraavia terveysriskejä: sydän- ja verisuonitaudit, aineenvaihduntasairaudet (diabe-  
tes), keuhkosairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja syöpätaudit. (Aapro ym. 2008,  
27; Haglund ym. 2007, 11; Peltosaari ym. 2002, 255–258.)

Terveellinen ruokavalio perustuu monipuoliseen ja säännölliseen ateriarytmiin. Sään-  
nöllinen ateriarytmi auttaa välttämään retkahduksia – sudennälkä ei pääse yllättämään  
eikä naposteluun ole tarvetta. Säännöllisen ateriarytmin avulla myös energiansaanti on  
todennäköisemmin sopiva ja tasainen. Yleisesti suositellaan, että syötäisiin noin 3–4  
tunnin välein. Käytännössä tämä tarkoittaa 4–6 ateriaa päivässä. Terveellisen ruokava-  
lion kokonaisuus koostuu seuraavista ruoka-aineista: kasviksista, hedelmistä ja mar-  
joista, täysjyväviljavalmisteista, perunasta, rasvattomista (tai vähärasvaisista) maito-  
valmisteista, kalasta, vähärasvaisesta lihasta sekä kasviöljystä ja tarvittaessa kevyistä  
kasvirasvalevitteistä. Tämän listan saantisuosituksista saa havainnollisemman käsityk-  
sen lautasmallin avulla (kuva 4). Puolet lautasesta täytetään kasviksilla, neljännes lau-  
tasesta varataan lihalle, kanalle tai munaruualle ja loppu neljännes lautasesta täytetään  
perunalla, riisillä tai pastalla. Ruuan kanssa on paras juoda rasvatonta tai vähärasvaista  
maitoa tai piimää. Myös vesi on hyvä ruokajuoma. Lisäksi jokaisella aterialla kannat-

taa nauttia yhdestä kahteen palaa täysjyväleipää. Lisäksi on hyvä sisäistää seuraavat terveellisen ruokavalion kriteerit: valitaan aina vähärasvaisia vaihtoehtoja, korvataan kovat rasvat pehmeillä, syödään kalaa vähintään kahdesti viikossa, vältetään liiallista suolan käyttöä sekä pidetään alkoholin käyttö kohtuullisena. (Aapro ym. 2008, 23; Niemi 2006, 132–134.)



Kuva 4. Lautasmalli (Suomalaiset ravitsemussuositukset)

### 2.3.2 Laihduttaminen ja painonhallinta

Jo muutaman kilon laihduttaminen parantaa terveydentilaa, ja 5–10 kilon painonpudotus edistää terveyttä merkittävästi. Muutaman kilon painonpudotus vaikuttaa positiivisesti sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan sekä kohonneeseen verenpaineeseen. Oleellista on oppia hallitsemaan omaa painoa, sillä muutoin laihtumisen terveysvaikutukset menetetään. Tärkeintä laihduttamisessa ja painonhallinnassa on yhdistää usein toistuvaan liikuntaan terveellinen ja vähäenerginen ruokavalio. Ruokailutottumuksissa erityisen tärkeää on kiinnittää huomiota ruokavalion laadullisiin muutoksiin. Ilman ruokavalion muutoksia painon pudottaminen ei ole helppoa. Mielenterveyskuntoutujien kohdalla tulee painonhallinnassa yhdistää niin ravitsemus kuin liikuntakin. (Niemi 2006, 103, 110.)

### 2.3.3 Ylipaino

Yli puolet suomalaisista on ylipainoisia. Länsimaisen nopea teknistyminen aiheuttaa fyysistä passiivisuutta. Tästä syystä energiaa ei kuluteta yhtä paljon kuin ennen. Teknistymisen mukana myös yleinen elintaso on noussut ja runsasenergistä ruokaa on saatavilla tarvetta enemmän. Päivittäisen kokonaisenergiankulutuksen väheneminen ja ravinnosta saatavan energian lisääntyminen ovat yhdessä aiheuttaneet länsimaisen väestön nopean lihomisen. Liikkumattomuudesta ja liikapainosta on muodostunut kai-



kissa länsimaissa paitsi yksilöllinen, myös suuri kansanterveydellinen ongelma. (Haglund ym. 2007, 140–141; Niemi 2006, 94.)

Mielenterveyskuntoutuja, joka ei pysty huolehtimaan itsestään, laiminlyö usein myös ravitsemuksensa. Ylipaino on yleinen ongelma mielenterveyskuntoutujilla, koska psyykenlääkkeet saattavat lisätä ruokahalua ja aiheuttaa ylipainoa, myös annoskoot suurenevät usein. Ylipainon taustalla voi olla myös aineenvaihdunnallinen muutos. Mielenterveyskuntoutuja tarvitsee painon kurissa pitämiseksi paljon tukea, ja hänelle pitäisi löytää ruoan sijaan muita tyydytyksen lähteitä ja ajankulua. Huonosta ravitsemustilanteesta johtuen mielenterveyskuntoutujilla on suurentunut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin sekä metaboliseen oireyhtymään. Skitsofreniaa sairastavilla on neljä kertaa enemmän metabolista oireyhtymää kuin muulla väestöllä. (Archie ym. 2007, 233; Haglund ym. 2007, 316–317; Lamberti ym. 2006, 1273; Ruusunen 2009, 225.) Tosin Kitabayashi, Narumoto, Kitabayashi & Fukui (2006) ovat saaneet tutkimuksessaan vastakkaisia tuloksia. Japanilaisilla skitsofreniaa sairastavilla Body Mass Index (BMI) oli normaalitasoa kaikilla muilla paitsi 50–59-vuotiailla naispotilailla.

Suojaravinteiden puutteet voidaan korjata parantamalla ruokailutapoja tai täydentämällä niitä tarpeellisilla ravintolisillä, jotka vaikuttavat edullisesti mielenterveyteen. Huono ruokahalu ja syömishäiriöt ovat osa masennuksen oireistoa. Ylipaino ja lihominen muuttavat sekä ruokailutottumuksia että mielialaa, aina ei ole varmaa kumpi tulee ensin: masennus vai huonot ruokatavat. (Tolonen 2007, 10–11.) Vielä ei voida tehdä suoria päätelmiä siitä, lievittävätkö tai ehkäisevätkö tietyt ravintoaineet mielenterveysongelmia. Kyse voi olla myös siitä, että mielenterveysongelma sinänsä vaikuttaa syömistottumuksiin ja ravintoaineiden saantiin. Tarvitaankin lisää laajoja väestötason seurantatutkimuksia ja kliinisiä kokeita, jotta voidaan saada tarkempaa tietoa ravinnon vaikutuksista mielenterveyteen. Tähänastisen tiedon valossa näyttää siltä, että yleisesti terveellisenä pidetty ravitsemussuosituksen mukainen kasvis- ja kalapainotteen ruokavalio olisi terveellistä myös mielenterveyden kannalta. (Tanskanen & Tiisonen 2004, 2034; Tolmunen, Ruusunen, Voutilainen & Hintikka 2006, 796.)

Lihomisen syynä on aina se, että ihminen syö enemmän kuin kuluttaa. Ylimääräinen energia varastoituu suurimmaksi osaksi rasvana rasvasoluihin. Tämä aiheuttaa lihomista. Iän mukana paino tavallisesti lisääntyy. Tämä johtuu sekä pienentyneestä pe-

rusaineenvaihdunnasta että energiapitoisemman ravinnon nauttimisesta ja elämäntapojen muuttumisesta vähemmän energiaa kuluttaviksi. Vaikka perinnölliset tekijät voivat altistaa lihavuuteen, lihavuus johtuu lähes poikkeuksetta epäsuotuisista ympäristötekijöistä. Terveellisten elämäntapojen avulla voi estää lihomisen. Tärkeimmät epäterveellisten elintapojen lihomista aiheuttavat tekijät ovat: runsasrasvainen ja -sokerinen ruokavalio sekä vähäinen fyysinen kokonaisaktiivisuus. (Niemi 2006, 100.)

Lihavuus aiheuttaa suoria ja välillisiä terveydellisiä haittoja. Monet lihavuuteen liittyvistä sairauksista ovat merkittäviä kansantauteja. Keskivartalon lihavuus altistaa erityisesti metaboliselle oireyhtymälle. Keskivartalon lihavuuden takia veren sokeri- ja triglyseriditasot sekä verenpaine ovat koholla ja hyvän HDL-kolesterolin pitoisuus on alentunut. Metabolinen oireyhtymä johtaa usein ajan mittaan diabetekseen ja sepelvaltimotautiin. (Niemi 2006, 105–106.)

#### 2.4 Transteoreettinen muutosvaihemalli elintapamuutoksessa

Elintapojen muutosprosessin tunnistamiseksi ja tukemiseksi voidaan käyttää transteoreettista muutosvaihemallia, joka koostuu useista teorioista ja terapiamuodoista. Elintapaneuvonnassa käytetään tavallisesti mallin sisältämiä muutosvaiheita ja prosesseja. Ne antavat näkemyksen siitä, kuinka asiakkaan elintapojen muutosprosessia voidaan tukea neuvonnassa kokonaisvaltaisesti ottamalla huomioon muutosprosessin kaikki keskeiset osatekijät. Elintapojen muutosprosessi on pitkäkestoinen ja vaiheittain etenevä. Muutosprosessin aikana asiakas tunnistaa omat elintapansa, harkitsee niissä tarvittavia muutoksia, harjoittelee uuden elintavan oppimista sekä sen ylläpitämistä pysyväksi osaksi elämää. (Hyytinen & Roiha 2009, 13–14; Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004, 83.)

Hyytinen ym. (2009, 14) kertoo, että transteoreettinen muutosvaihemalli on tutkimusten mukaan pätevä kuvaamaan väestön elintapojen muutoshalukkuutta ja se on hyvin sovellettavissa erilaisiin interventioihin. Siihen pohjautuvia interventioita on tähän asti pidetty elintapaneuvonnassa hyödyiltään parempana kuin perinteistä terveyden edistämisen neuvontaa. Positiivista palautetta on saatu lihaviin ihmisten elintapaneuvonnasta sekä ravitsemusinterventioista. Lisäksi sen avulla terveydenhuoltohenkilökunnan uskotaan paremmin tunnistavan oikean ajankohdan toteuttaa käyttäytymisen muutokseen tähtäävää interventiota. Tranteoreettisen muutosvaihemallin mukaan neuvonta tukee elintapamuutosta parhaiten silloin, kun mallin kaikki kolme perusajatusta toteu-

tuvat (muutoksen prosessit, vaiheet ja tasot) (Vähäsarja ym. 2004, 82). Muutosvaihemalliin pohjautuvien interventioiden tehokkuudessa on myös puutteita, sillä ne eivät näytä olevan tarpeeksi vakuuttavia. Niiden pitkäaikaisista elintapamuutoksista ei ole riittävästi näyttöä, vaikka elintapamuutoksen pitkäaikainen ylläpitäminen kuuluu oleellisena osana transteoreettiseen muutosvaihemalliin. Transteoreettiseen muutosvaihemalliin pohjautuvat interventiot aikaansaavat pikemmin lyhytaikaista käyttäytymisen ja motivaation muutosta Brugin, Connerin, Harren, Kremersin, McKellarin ja Whitelaw'n mukaan. (Hyytinen ym. 2009, 16.) Mallin soveltaminen liikuntakäyttämiseen ei ole täysin mutkatonta, koska liikunta-aktiivisuuden ja passiivisuuden määrittely ei ole aivan selkeärajaista. Siten esimerkiksi toiminta- ja ylläpitovaiheiden ajallisen määrittelyt (esimerkiksi kuusi kuukautta tupakoimatta) eivät täysin sovi fyysisen aktiivisuuden muutosvaiheisiin. Vähäsarja ym. (2004, 83) mukaan Marcus, Forsyth, Stone, Duppert, McKenzie, Dunn & Blair (2000) ovat käyttäneet toiminta- ja ylläpitovaiheiden määrittelyssä terveystieteiden mukaista aktiivisuustasoa (vähintään 30 minuuttia kohtuullisesti rasittavaa fyysistä aktiivisuutta päivässä). Käytännön neuvontatyön kannalta vaiheiden tarkat ajalliset määrittelyt eivät ole tarkoituksenmukaisia.

Muutosprosessien tukeminen edellyttää asiantuntijalta käsitystä siitä, missä muutosvaiheessa asiakas on. Alkuvaiheissa on tärkeää muutostarpeen tiedostaminen, tietoisuuden lisääntyminen sekä päätösten tekeminen. Tässä vaiheessa neuvonnassa pohditaan yhdessä asiakkaan kanssa muutoksesta aiheutuvia hyötyjä ja haittoja. Konkreettisia muutoksia käyttäytymisessä alkaa tapahtua, kun asiakas kokee muutoksen voittopuoleisesti myönteisenä. Tällöin on tärkeää tukea käyttäytymisprosesseja esimerkiksi asettamalla konkreettisia tavoitteita ja laatimalla asiakkaalle yhdessä toimintasuunnitelma. (Singer 2007, 14; Vähäsarja ym. 2004, 82.)

Prochaska ja DiClementen 1986 kehittämä transteoreettinen muutosvaihemalli jaetaan yleensä viiteen eri vaiheeseen. Vaiheet ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toteuttamisvaihe ja ylläpitovaihe. Elintapamuutosten on todettu onnistuvan helpommin vaiheittain ja yksi kerrallaan. Repsahdukset ovat todennäköisiä ennen pysyvää muutosta, mutta ne eivät tarkoita lopullista epäonnistumista tai sitä, että onnistumisen mahdollisuudet olisivat myöhemmin huonommat. Repsahduksien avulla asiakas oppii tunnistamaan muutosta vaikeuttavia tilanteita, ja siten ne auttavat asiakasta uuden toimintatavan omaksumisessa. Muutosvaiheisiin kytkeytyvät tietyt

prosessit, jotka asiakas käy tavalla tai toisella läpi ennen siirtymistään seuraavaan vaiheeseen. Prochaska ym. esittivät vuonna 1992 mallin spiraalina, jonka pohjalta asiakas aloittaa muutoksen, ja lopulta saavuttaa sen huipun. (Hyytinen ym. 2009, 14; Prochaska & Norcross 2003, 516–517; Seals 2007, 64; Singer 2007, 11; Sutton 2001; 176; Vähäsarja ym. 2004, 82.)

Esiharkintavaiheessa asiakkaalla ei ole aikomusta muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa. Singer (2007, 11) ja Seals (2007, 64) puhuvat kuudesta kuukaudesta. Asiakas voi olla tietämätön muutoksen tarpeellisuudesta tai hän ei usko pystyvänsä käyttäytymisen muutokseen. Singerin mukaan asiakas on voinut yrittää useita kertoja muuttaa epäterveellistä käyttäytymistään tässä onnistumatta. Asiakas saattaa vältellä riskialttiista käyttäytymisestään keskustelua, lukemista tai edes sen ajattelua. Asiakas voi olla haluton muutokselle ja apaattinen, ja hänen hoitamisensa voi olla vaikeaa ja turhauttavaa hoitohenkilöstölle. (Singer 2007, 12.) Tässä vaiheessa tietoisuus lisääntyy ja asiakas arvioi itsensä uudelleen. Terveystieteiden henkilöstö arvioi nykyisen aktiivisuustason ja antaa neutraalia informaatiota terveyttä edistävän ravitsemuksen ja liikunnan merkityksestä, myös kirjallisena. Asiakkaalle pitää tulla tunne, että hän itse päättää mahdollisesta muutoksesta. (Hyytinen ym. 2009, 14; Prochaska ym. 2003, 519; Seals 2007, 64–65; Vähäsarja ym. 2004, 83.)

Harkintavaiheessa asiakas tiedostaa muutostarpeensa ja miettii vakavasti elämäntapojensa muutosta lähitulevaisuudessa (kuuden kuukauden kuluessa), mutta ei ole vielä sitoutunut muutokseen tai muuttamaan käyttäytymistään. Tapahtuu ympäristön uudelleen arviointi. Oma tai toisen sairaskohtaus saattaa saada aikaan käyttäytymisen muutoksen. Muutoksen haitoista ja hyödyistä tulee keskustella sekä kartoittaa esteitä toiminnalle ja pohtia ongelmanratkaisukeinoja. Asiakas tarvitsee tietoa terveyden edistämisestä ja hyötyy keskusteluista kirjallisesta materiaalista. (Hyytinen ym. 2009, 14; Prochaska ym. 2003, 520; Seals 2007, 64; Singer 2007, 12; Vähäsarja ym. 2004, 83.)

Valmistautumisvaiheessa oleva asiakas suunnittelee elintapamuutosta ja siihen sitoutumista 30 päivän kuluessa sekä alkaa kokeilla sitä. Hän on motivoitunut ja tekee pieniä muutoksia käyttäytymisessään. Asiakas on voinut liittyä terveysseuraan tai painonpudotusryhmään sekä kysyä asiantuntijoilta neuvoa. Asiakas vapautuu sosiaalisesti ja tekee ratkaisun muuttaakseen käyttäytymistään. Terveystieteiden henkilöstö kartoittaa sosiaalista tukea sekä mahdollisuuksia käyttäytymisen muutokseen. Asetetaan

konkreettisia tavoitteita ja laaditaan suunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa. (Hyytinen ym. 2009, 14; Prochaska ym. 2003, 521; Seals 2007, 64; Singer 2007, 12; Vähäsarja ym. 2004, 83.)

Toimintavaiheessa muutos toteutetaan. Asiakas sitoutuu muutokseen. Konkreettisesti lisätään liikuntaa ja syödään terveellisemmin. Muutoksia on toteutettu kuuden kuukauden ajan. Muutosprosessiin vaikuttavat vaihtoehdoisen käyttäytymisen löytäminen sekä ärsykekontrolli. Neuvojan tulee antaa positiivista palautetta ja kannustaa muutokseen, sillä repsahdus on todennäköisin kuuden kuukauden sisällä muutoksesta. Repsahduksia edesauttavia tekijöitä tulee kartoittaa ja ennaltaehkäistä. Kehotetaan asiakasta palkitsemaan itseään hyvästä muutoksesta. (Hyytinen ym. 2009, 14; Prochaska ym. 2003, 521; Seals 2007, 64; Singer 2007, 12; Vähäsarja ym. 2004, 83.)

Ylläpitovaiheessa asiakas työskentelee pitääkseen muutoksen pysyvänä elintapana ja pyrkii välttämään repsahduksia, jotka ovat luonnollinen osa uuden elintavan oppimista. Uutta toimintamallia on toteutettu vähintään puolen vuoden ajan. Muutoksista on tullut uusi elämäntapa ja asiakas on tietoisempi siitä, että pystyy toteuttamaan terveellisiä elämäntapoja. Asian vahvistaminen ja itsensä palkitseminen edesauttavat muutoksen pysyvyyttä. Neuvoja on kannustajan ja motivoijan roolissa. (Hyytinen ym. 2009, 14; Prochaska ym. 2003, 522; Seals 2007, 64; Singer 2007, 13; Vähäsarja ym. 2004, 83.)

Vähäsarja ym. (2004, 82) mukaan malliin on myöhemmin otettu mukaan muutoksen eri tasot, joiden avulla saadaan käsitys siitä, mitkä tekijät estävät muutosta ja mistä ei-toivottu käytös käyttäytyminen mahdollisesti on lähtöisin. Käyttäytymiseen voi olla syynä 1) tiettyihin oireisiin tai tilannesidonnaisiin ongelmiin 2) virheellisiin tai haitallisiin ajatusmalleihin 3) sosiaalisten tilanteiden tai 4) ihmissuhteiden konflikteihin ja 5) psyykkensäisiin konflikteihin liittyvät tekijät. Muutos millä tahansa tasolla voi johtaa muutokseen myös toisilla tasoilla.

## 2.5 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Tämän kehittämistyön teoreettiset lähtökohdat muodostuvat mielenterveyspotilaan ymmärtämisestä, liikunnasta ja ravitsemuksesta liittyen heidän elämäänsä sekä trans-teoreettisesta muutosvaihemallista, jonka avulla yritetään saada muutosta aikaan. Mielenterveyttä käsitellään oireenkuvauksen kautta. Lisäksi käsitellään sitä miten oireet

vaikuttavat jokapäiväiseen elämään. Myös hoitoa ja lääkehoidon tuomia haittavaikutuksia käsitellään. Liikunnan yhteyttä mielenterveyteen, liikuntasuosituksia sekä liikuntaa lihavuuden ehkäisyssä käsitellään myös. Ravitsemusta ja terveyttä, laihduttamista ja painonhallintaa sekä ylipainoa käsitellään yleisellä tasolla sekä mielenterveyspotilaiden tuomien haasteiden kautta. Transteoreettinen muutosvaihemalli auttaa ymmärtämään kuinka vaikeaa muutos on aikaansaada ja mitä kaikkea hoitohenkilökunnan tulee ottaa huomioon liikunta- ja ravitsemusneuvonnassa.

Tässä työssä mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan täysi-ikäistä henkilöä, joka tarvitsee mielenterveyden häiriön vuoksi kuntouttavia palveluja ja lisäksi mahdollisesti apua asumisensa järjestämisessä taikka asumispalveluja (Asumista ja kuntoutusta 2007, 13). Mielenterveyspotilaan käsite on hieman laajempi, mutta tässä kehittämissä työssä sitä käytetään synonyyminä mielenterveyskuntoutujan kanssa. Kuntouttavilla palveluilla tarkoitetaan palveluja, joilla tuetaan mielenterveyskuntoutujan kuntoutumista ja itsenäistä selviytymistä (Asumista ja kuntoutusta 2007, 13). Kuntouttavia palveluja ovat muun muassa lääkkeidenjakopalvelu, joko apteekin tai kotisairaanhoidon toimesta, erilaiset ryhmät sekä kaikki se apu, jota mielenterveyskuntoutuja käyttää.

Kuntoutuminen on kuntoutujan omaa toimintaa, jonka tavoitteena on toteuttaa hänen omalle elämälleen asettamia tavoitteita sekä lisätä hänen kykyään toimia menestyksellisesti ja tyytyväisenä elinympäristössään ja valitsemissaan rooleissa. Kuntoutumisen myötä kuntoutujan toimintatavat ja hänen itseensä kohdistamansa asenteet, tunteet ja ajatukset muuttuvat suotuisammiksi (Asumista ja kuntoutusta 2007, 13). Mielenterveyskuntoutuksella tarkoitetaan monialaista kuntouttavien palvelujen kokonaisuutta, joka on suunniteltu yhteistyössä kuntoutujan kanssa hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Ammattihenkilöt toimivat kuntoutusprosessissa kuntoutujan yhteistyökumppaneina, joiden tehtävä on tukea, motivoida ja rohkaista kuntoutujaa kuntoutustavoitteiden asettelussa ja toteuttamisessa. Mielenterveyttä tukevat monet tekijät, kuten perhe, opiskelu, työ ja ihmissuhteet. Mielenterveyskuntoutuksessa on olennaista huomioida nämä alueet hoidon ja ohjauksen ohella. Kuntoutuksessa hyödynnetään yksilötoimintamuotojen lisäksi laajasti erilaisia ammatillisia ja ympäristö- ja yhteisöpainotteisia toimintoja. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 13). Mielenterveyspotilaiden kuntoutuminen ei tähtää sairauden paranemiseen vaan siihen, että he tulevat toimeen sairautensa kanssa ja pystyvät elämään mahdollisimman normaalia ja täysipainoista elä-

mää. Kuntoutumisen tavoitteena mielenterveyspotilaalla voi olla myös nykyisen terveydentilan säilyttäminen.

Avohoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka tapahtuu sairaalan ulkopuolella. Tunnusomaista avohoidolle on se, että henkilö asuu vuokra-asunnossa, josta on tehty huoneenvuokralain mukainen vuokrasopimus, tai että hän asuu omistusasunnossa. Avohoidossa olevaksi katsotaan myös sosiaalihuoltolain 22. §:ssä tarkoitettuja asumispalveluja (palvelu- tai tukiasuminen) lain 23. §:ssä määritellyin perustein saava henkilö sekä vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987) 8. §:n 2. momentin mukaisia asumispalveluja saava henkilö. (Määräyskokoelma 1999: 81.)

Pienkodilla tarkoitetaan avohoidon järjestämää asumispalvelua mielenterveyskuntoutujalle. Sosiaali- ja terveysministeriö jakaa asumisen tuettuun asumiseen, palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Näistä tuettu asuminen edustaa itsenäisintä asumisen muotoa: kuntoutuja asuu joko yksityisasunnossaan tai sitä vastaavassa kunnan järjestämässä tukiasunnossa. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen järjestetään tarkoitukseen varatuissa asumispalveluyksiköissä. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 18.) Tässä kehittämistyössä pienkodin asukkailla tarkoitetaan mielenterveyskuntoutujia, jotka asuvat pienkodissa. Pienkoti toimii heidän kotinaan.

Liikunta ylläpitää ja edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä sekä toimintakykyä. Se antaa sisältöä päiviin, vähentää sairastuvuutta, pidentää elinikää, antaa hallinnan kokemuksia ja lisää itseluottamusta. Liikunta vähentää riskiä sairastua masennussairauksiin ja parantaa lievän tai kohtalaisen masennuksen sekä ahdistuneisuuden oireita. Liikunnan avulla voidaan myös purkaa aggressioita. Liikunnan tavoitteet voidaan mielenterveystyössä jakaa toiminnallisiin, tiedollisiin ja asenteellisiin, emotionaalisiin sekä sosiaalisiin tavoitteisiin. Tavoitteena on oman ruumiin rakenteen ja sen toiminnan tunteminen, tutustuminen eri liikuntavaihtoehtoihin, mielihyvän tuominen, sosiaalisen vuorovaikutuksen lisääminen sekä kunnon kohoaminen. Mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla liikunnan tulee olla omaehtoista, mielekästä ja henkilökohtaisia tavoitteita palvelevaa.

Mielenterveyspotilailla liikunnan tulee olla kohtuullisen intensiivistä, mutta ei välttämättä kuntoa kohottavaa. Hengästymiseen ja hikoiluun johtavaa liikuntaa tulisi harras-

taa vähintään kolme kertaa viikossa, perusliikuntaa päivittäin. Perusliikunta voidaan jakaa useaan osaan, ja se voi olla esimerkiksi kävely kauppaan tai lumenluominen.

Terveellisen ruokavalion perusteena on monipuolinen, tasapainoinen ja energian saanniltaan tasapainoinen ruokavalio. Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut suomalaisille sopivat ravitsemussuosituksset, joiden tavoitteena on parantaa kansanravitsemusta ja ylläpitää hyvää terveyttä. Noudattamalla ateriarytmiä, ruokakolmion ja lautasmallin suosituksia päästään tähän tulokseen.

Kyetäkseen opastamaan asiakkaitaan elintapamuutoksissa tulee tutkijan tietää heidän sairaudestaan sekä sen tuomista erityispiirteistä, jotta ne voidaan ottaa huomioon opetustilannetta suunniteltaessa. Transteoreettinen muutosvaihemalli kertoo muutoksen eri vaiheista sekä siitä, mitä tulee ottaa huomioon missäkin vaiheessa. Se on hyvä työväline elintapamuutosten opettamisessa.

### 3 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Tämän kehittämistyön avulla halutaan tähdentää liikunnan ja ravitsemuksen merkitystä skitsofreniaa sairastavan elämässä. Työn tavoitteena on lisätä pienkodin henkilökunnan ja asukkaiden tietoja terveellisestä ravitsemuksesta sekä liikunnan merkityksestä omaan hyvinvointiin jokapäiväisessä elämässä. Tavoitteena on saada jonkinlaista muutosta aikaan työntekijöiden ja asukkaiden toimintatavoissa. Skitsofreenikoille halutaan tuottaa niin fyysistä kuin psyykkistäkin hyvää oloa. Toiminnan jälkeen halutaan saada palautetta myös siitä, miten skitsofreenikot kokivat tämänkaltaisen hankkeen.

Kehittämistyön tavoitteena on,

1. että skitsofreniaa sairastavat ymmärtävät terveellisen ravitsemuksen perusteet
2. että skitsofreniaa sairastavat noudattavat terveellistä ruokavaliota
3. että skitsofreniaa sairastavat ymmärtävät liikunnan merkityksen omaan hyvinvointiin



4. että skitsofreniaa sairastavat lisäävät liikuntaa

5. että hoitohenkilökunta tukee skitsofreniaa sairastavia terveellisen ravitsemuksen perusteisiin sekä liikunnan merkitykseen

Kehittämistyön taustaksi on haettu teorian tietoa skitsofreniasta sekä sen vaikutuksista liikkumiseen ja ruokavalioon. Myös liikunta sekä terveellinen ruokavalio ovat keskeisessä asemassa. Teoriatiedon perusteella on huomattu, että mielenterveyskuntoutujilla on parantamisen varaa liikkumisen ja ravitsemuksen saralla. Yhteistyökumppanin kanssa keskustellessa, nämä ilmiöt ovat tulleet myös ilmi. Luentojen ja liikuntapäivän avulla halutaan tukea ja kannustaa mielenterveyskuntoutujia parantamaan terveellisiä elämäntapoja sekä saada hoitohenkilökunta entistä enemmän tukemaan asukkaita näiden tavoitteiden saavuttamiseksi.

#### 4 KEHITTÄMISTYÖN YHTEISTYÖKUMPPANI

Yhteiskumppani on eräs yksityinen pienkoti Kymenlaaksossa ja sen asukkaat. Se on toiminut usean vuoden ajan. Työntekijöitä on 10 ja asukaspaiikkoja yhteensä 20, joista 4 on tukiasuntoja. Pienkoti tarjoaa ympärivuorokautista asumispalvelua psyykkisesti sairaille pitkäaikaispotilaille, joista suurimmalla osalla diagnoosina on skitsofrenia. Asukkailla on omat huoneet sekä yhteiset keittiö-, ruokailu- ja oleskelutilat, kuten yleensä kaikissa pienkodeissa.

Päivittäiset rutiinit etenevät viikko-ohjelman mukaan ja niihin osallistuvat kaikki asukkaat taitojensa ja tavoitteidensa mukaan. Kaikki osallistuvat arkiaskareisiin auttamalla mm. keittiössä ja siivouksessa sekä vaatehuollossa. Kesäisin puutarhatyöt ja talvisin lumityöt ovat osa asukkaiden rutiineja. Kaikessa toiminnassa pyritään mahdollisimman kodinomaisiin olosuhteisiin. Jokaisella asukkaalla on oma henkilökohtainen päiväohjelmansa, joka koostuu kodin askareista ja kunkin henkilökohtaisista harrastuksista.

Tavoitteena hoidossa on yksilöllisyys, unohtamatta perhekeskeisyyttä, turvallisuuden tunteen ja luottamuksen luominen, vastuullisuus, jatkuvuus ja kodinomaisuus toiminnassa.

## 5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSIN KUVAUS

Kehittämishankkeen hallinta ja johtaminen helpottuvat, jos hanke hahmotetaan ketjuksi, joka koostuu hankkeen elinkaarimallin mukaisesti toisiaan seuraavista vaiheista. Hankekirjallisuudessa hankkeen elinkaari jaetaan vaihtelevasti 3–9 vaiheeseen. Näitä vaiheita ovat ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistysvaihe, toteutusvaihe, päättämismvaihe, arviointivaihe sekä käyttöönotto- ja seurantavaihe. Tässä kehittämistyössä vaiheita ovat suunnitteluvaihe, toteuttamismvaihe, päättämismvaihe, jossa esitellään tulokset ja arviointivaihe. Vaikka vaiheet kuvataan erillisinä, toisiaan seuraavina ketjun lenkkeinä eli vaiheina, todellisessa hanketyössä ne eivät etene yhtä suoraviivaisesti. Eri vaiheisiin voidaan palata hankkeen edistyessä. Lisäksi jokaisen vaiheen lopussa arvioidaan tehty työ ennen kuin siirrytään seuraavaan vaiheeseen. Hankkeen vaiheistaminen ja kunkin vaiheen lopussa tehtävä arviointi auttavat varmistamaan, että kaikki vaiheeseen liittyvät tehtävät on suoritettu ja hanke etenee kohti sille asetettua päämäärää ja tavoitetta aikataulun mukaisesti. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 57–60.)

Kehittämishankkeen käynnistämisen lähtökohtana pidetään terveydenhuollossa yleisesti jonkin asian kehittämistä, uusien asioiden esille saamista tai uusien ratkaisujen löytymistä olemassa oleviin ongelmiin. Terveydenhuollon hankkeet kohdistuvat suoraan jonkin käytännön ongelman ratkaisemiseen, ja niissä etsitään uusia ja edistyneempiä työkäytäntöjä vastaamaan kulloistakin tilannetta. Kehittämistarpeet ja –ideat voivat saada alkunsa terveydenhuollon valtakunnallisista, alueellisista tai yksittäisten organisaatioiden ja työyhteisöjen strategioista ja kehittämissuunnitelmista, käytännön työelämässä todetusta ongelmasta, tutkimusten esiin nostattamista kehittämistarpeista tai esimerkiksi yksittäisen työntekijän aloitteesta. (Heikkilä ym. 2008, 60.)

### 5.1 Suunnittelu

Luennon suunnittelussa tulee esittää seuraavat kysymykset: Mitä? Missä? Kenelle? Milloin? Miten? Miten arvioin? Näiden pohjalta laaditaan opetussuunnitelma, joka ei kuitenkaan saisi sitoa opetusta, vaan opetuksen tulee joustavasti muuttua aina tilanteeseen sopivaksi. Neuvonta voi olla asiakkaan tiedon halusta tai ohjaajan tiedon välittämisestä lähtevää. Neuvontaprosessissa tulee ottaa huomioon muun muassa neuvonnan

tarve ja tavoitteet, aiemmat tiedot asiasta sekä asiakkaan kyky vastaanottaa tietoja. (Peltonen 2000, 87–88, 94.)

Suunnitteluun tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta hanke onnistuisi toiveiden ja tavoitteiden mukaisesti. Kehittämishankkeen suunnittelun tarkoituksena on mahdollistaa oikeiden asioiden tekeminen oikealla tavalla, koordinoida kehittämisessä tarvittavia resursseja, arvioida aikatauluja ja pysyä niissä, lisätä työskentelyn tehokkuutta ja hyödyntää käytettävissä olevia rajallisia resursseja oikein. Hankesuunnitelma muodostaa hankeryhmän jäsenille yhteisen perustan ja kehittämisen suunnannäyttäjän. Hyvällä hankesuunnitelmalla voidaan osoittaa konkreettisesti, mitkä ovat kehittämisen tavoitteet, mitä toimia hankkeessa tehdään, ketkä osallistuvat hankkeeseen, miten paljon resursseja tarvitaan ja miten hankkeesta tiedotetaan esimerkiksi tilaajille ja käyttäjille. (Heikkilä ym. 2008, 68–69.)

Opetusmenetelmiä on runsaasti, mutta kaikki pyrkivät siihen, että oppilas oppisi jotakin, jota hän ei aiemmin osannut. Osaamisen käsitettä voi käyttää niin tiedoista kuin taidoistakin, monesti nimenomaan niitä yhdistävänä käsitteenä. Osaaminen näkyy suorituksena, joka ilmenee jotenkin toiminnoissa. Opettaminen tai muu laajempi virikeympäristö johtaa aina jonkinasteiseen tietojen ja taitojen oppimiseen, arvojen omaksumiseen ja sisäistämiseen sekä tunne-elämän kehitykseen. Elävässä elämässä kaikki nämä liittyvät kiinteästi toisiinsa ja tukevat toisiaan. (Turunen 1999, 18–19.)

Ohjattavan ainutkertaisen maailmankuvan ja elämysmaailman tutkiminen, tietoisesti tekeminen, avaaminen sekä tähän liittyvän muutosprosessin tukeminen ovat ohjausprosessin keskiössä. Ohjaajan tulee siis tietää jotakin ohjattavan taustasta ja kokemuksista. Koska kokemukseemme pohjautuvat merkitykset ohjaavat havaintojamme ja toimintaamme, ohjauksen ja opetuksen tulisi olla kokemussuuntautunutta – perustua teorian, kokemuksellisen oppimisen sekä harjoittelun väliseen vuorovaikutukseen. Ohjaaja ikään kuin yrittää toimimalla yhdessä ohjattavan tai koulutettavan kanssa päästä sisään tämän maailmaan. (Nummenmaa ym. 2002, 71–72.)

Fogelholmin (2001, 29–30) mukaan terveyden edistämiseen kuuluu kaikkien niiden toimenpiteiden kokonaisuus, joilla edistetään väestön terveyden ja toimintakyvyn säilymistä. Terveyden edistäminen kattaa siis myös sellaiset toimet, joilla on suoranaisia tai välillisiä terveysvaikutuksia. Ihmisillä tulee olla mahdollisuudet vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. Mielenterveyspotilaiden terveyden edistäminen tähtää usein

jo olemassa olevan toimintakyvyn ylläpitämiseen. Heille tarjotaan mahdollisuuksia sekä tietoa ja tukea toteuttaa terveellisiä elämäntapoja.

Kuntoutuksen tavoitteena on toimia muutosta aiheuttavana voimana kuntoutujan elämässä. Miten työntekijä voi haastaa ja kannustaa kuntoutujaa tekemään muutoksia omassa elämässään? Arkikokemus elämästä osoittaa todeksi sen, että toista ihmistä ei voi muuttaa, häntä voi ainoastaan tukea muuttumaan. Työntekijän on tärkeää välittää kuntoutujalle omaa uskoa siitä, että hän uskoo kuntoutujan muutoksen mahdollisuuksiin. Työntekijän pitää osata myös kuunnella eikä vain antaa ohjeita. Kuntoutuksen tarkoituksena on tukea kuntoutujaa hallitsemaan elämäänsä. Vaikutus tulee vaiheissa, joissa kuntoutuja havaitsee, hyväksyy ja mahdollisesti tekee päätöksen kohdata ja voittaa parhaan kykynsä mukaan sairastumisen aiheuttamat haasteet elämässään. (Koskisuus 2004, 152–153.)

Kuntoutujalle olisi selvitettävä, mitä on tarkoitus tehdä, miksi se tehdään ja mihin tilanteella tai toiminnalla pyritään. Jotta ihminen kykenisi sitoutumaan siihen, mitä ollaan tekemässä, hänen täytyy olla tietoinen siitä, mihin pyritään, miksi niin tehdään ja erityisesti siitä, mikä hänen tehtävänsä tai roolinsa on. Palautteen antaminen on yksi tärkeä osa motivoitumisessa. Palautteen tavoitteena on antaa mahdollisuus muutokseen ja sen tulee perustua havaintoihin, ei olettamuksiin tai tulkintoihin. (Koskisuus 2004, 156–158.)

Kaikki merkittävä oppiminen edellyttää muutosta. Muuttuakseen ohjattavan tulee pitää löytää uusia tapoja havaita ja toimia suhteessa menneisiin ja tuleviin tapahtumiin ja usein myös omaksua uusia tunteita suhteessa joihinkin tilanteisiin ihmisiin. Opettamis- ja oppimistilanteissa syväoppiminen edellyttää oppijalta toisin toimimista, kokemuksen havaitsemista uudella tavalla tai uudenlaisen perspektiivin löytämistä suhteessa opiskeltavaan asiaan. (Nummenmaa & Nummenmaa 2002, 72.)

Nylander (2002, 27) mukaan hoitajat luulevat potilaiden muuttavan käytöstään, kun tietävät, mitä pitää tehdä. Tutkimukset osoittavat, että tieto ei ole riittävä motivaatio muuttamaan käytöstä. Oppiminen, mitä pitäisi tehdä ja käyttäytyminen sen mukaan ovat eri asioita. Opettamisen tapaan on hoitotyössä kiinnitettävä enemmän huomiota. Motivointi on potilaan opettamisessa tärkeää. Motivoinnissa on oleellista tukea potilaan omaa päätöksentekoa. Tehdäkseen elinikäisen muutoksen käyttäytymisessään, potilaan tarvitsee läpikäydä prosessi, jossa ensin herää tarve muutokseen, sitten moti-

voidutaan, mietitään, miten tuetaan muutosta ja lopulta ylläpidetään muutosta. Hoitaja, joka vain tiedottaa potilaalle, on ymmärtänyt ainoastaan prosessin ensimmäisen vaiheen. Potilaan lisääntynyt tieto ei ole synonyymi lisääntyneelle muutokselle. Oleellista on potilaiden yksilöllinen motivointi ja motivoituminen. Hoitotyössä tulisi käyttää tradition asemasta opettamiseen liittyvää tutkittua tietoa ja sen reflektointia.

Tutkijalle luennoista karttuu kokemusta luentojen pitämisestä, johon liittyy oppiaineksen hallinta, kommunikointitaito, muiden huomioon ottaminen ja eri työtapojen hallinta ja soveltaminen. Oman asiantuntijuuden esille tuominen on myös yksi tavoitteista samoin kuin esiintymiskokemuksen lisääntyminen. Haastavaa on saada asukkaat motivoitumaan ja aktivoitumaan liikunnan lisäämiseen ja ruokavalion parantamiseen.

### 5.1.1 Ravitsemusluennon suunnittelu

Ravitsemusluennon suunnittelussa tulee ottaa huomioon kohderyhmä, tilat ja välineet, käsiteltävät aiheet, opetustuokion tavoitteet sekä millä tavoin oppimista arvioidaan. Kumppanin asukkaista tiedettiin, että mahdollisimman moni osallistuu, maksimissaan tämä tarkoitti 20 osallistujaa. Suurin osa osallistujista sairastaa skitsofreniaa, ja osalla on myös heikkolahjaisuutta. Nämä asettivat omat haasteensa opetustilanteelle. Kaikki osallistujat ovat täysi-ikäisiä, ja perustiedot ravitsemuksessa ovat jollakin tasolla olemassa. Skitsofreniaa sairastavilla on ajatustoiminnassa usein häiriöitä. Tästä johtuen asiat on hyvä kertoa yksinkertaisesti sekä käyttää toistoa. Monilla skitsofreniaa sairastavilla on myös lyhytjännitteisyyttä, joten luento ei voi olla kovinkaan pitkä.

Luentotilana tulisi olemaan pienkodin keittiö/olohuonetila. Tila on tuttu ja turvallinen asukkaille, mutta ei paras mahdollinen luennon pitämiseen. Tilan tuttuus ja turvallisuus todennäköisesti lisääisi osallistujien määrää. Luennon pitäminen vieraassa paikassa, saattaisi karsia joidenkin asukkaiden osallistumisen. Luennon suunnittelussa tuli ottaa huomioon, että tilassa ei olisi käytettävissä tietokonetta eikä muitakaan apuvälineitä. Tästä ei kuitenkaan aiheutuisi mitään haittaa. Kaikkiin asukkaisiin ei välttämättä saisi katsekontaktia, koska osa tulisi istumaan selin luennoitsijaan. Käyttämäänsä monisteita luennoitsija laittaisi lopuksi kiertämään, jotta myös selin olleet saisivat tutustua niihin. Monisteisiin valitaan myös kuvia, jotka auttavat havainnollistamaan puhuttuja asioita. Monisteiden kierrättäminen lopuksi, olisi todennäköisesti paras vaihtoehto, jottei huomio kiinnittyisi liikaa monisteiden katseluun. Luennoitsijan on tarkoitus

jättää materiaalia pienkodin henkilökunnalle, jotta he voivat myöhemmin käyttää niitä hyväksi.

Luennon aiheiksi valikoituivat terveellinen ruokavalio, lautasmalli ja ruokakolmio, eri kalorimääräiset ruokavaliot sekä kasvikset ruokavaliossa (liite 2). Nämä aiheet valikoituivat näyttöön perustuvan tiedon sekä aiempien tutkimusten tuoman tiedon valossa. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että mielenterveyskuntoutujilla on hankaluuksia huolehtia itsestään ja hyvinvoinnistaan. Kuitenkin ravitsemuksellisesti täysipainoisten aterioiden valmistaminen ja valinta edellyttää halua huolehtia terveydestään. Myös psyykenlääkkeet voivat aiheuttaa painonnousua ja tämänkin takia olisi tärkeää syödä terveellisesti. Aluksi kerrotaan yleisesti terveellisestä ruokavaliosta, mistä se koostuu ja miksi sitä tulisi noudattaa. Nykyiset ravitsemussuositukset käydään läpi sekä kerrotaan ateriarytmin merkityksestä hyvinvoinnille. Ruokakolmio käydään läpi, mikä se on, ja mitä siihen kuuluu. Samoin käydään läpi lautasmalli ja sen merkitys terveydelle. Eri kalorimääräisissä ruokavalioiden käydään konkreettisesti läpi, mitä saa syödä ja minkä verran eri aterioilla. Lopuksi kerrotaan kasvien merkityksestä terveydelle sekä miten niitä voi helposti lisätä ruokavalioon. Lopuksi jätetään aikaa kysymyksille ja keskustelulle.

Seuraavassa ovat ravitsemusluennon tavoitteet yksityiskohtaisesti lueteltuina:

- Aukkaat ymmärtävät mistä terveellinen ruokavalio koostuu.
- Aukkaat ymmärtävät terveellisen ruokavaliion merkityksen omalle terveydelle ja hyvinvoinnille.
- Aukkaat noudattavat terveellistä ruokavaliota.
- Aukkaat lisäävät kasvien osuutta joka aterialla.
- Aukkaat ymmärtävät, minkä verran voi syödä eri aterioilla.
- Luennoitsija saa kokemusta luentojen pitämisestä.
- Luennoitsija tuo esille omaa asiantuntijuuttaan.

- Luennoitsijan tulee hallita ennalta arvaamattomat tilanteet ja selviytyä niistä.

Asukkaiden oppimista tullaan arvioimaan kyselylomakkeen avulla (liite 3). Lomakkeen teossa on pyritty huomioimaan kohderyhmän tuomat mahdolliset ajatuksen häiriöt ja vaikeudet. Lomakkeeseen valittiin kaksi ruokavalioon sekä kaksi liikuntaan liittyvää mielipide kysymystä. Asukkaiden omia asenteita ravitsemuksesta ja liikunnasta kartoitettiin yhdellä kysymyksellä kustakin. Omia ajatuksia asukkaat saivat tuoda julki vastaamalla neljään avoimeen kysymykseen. Arviointia tulee tapahtumaan myös keskustelun välityksellä.

### 5.1.2 Liikuntaluennon ja -tuokion suunnittelu

Liikuntaluennon ja -tuokion suunnittelussa tulee ottaa huomioon samat asiat kuin ravitsemusluennon suunnittelussakin. Liikuntatuokion suunnittelussa tuli ottaa myös huomioon skitsofreniaa sairastavilla yleisesti olevia kehon hahmottamisen häiriöitä. Lisäksi yhdellä asukkaalla oli liikkumiseen vahvasti vaikuttava somaattinen vamma.

Liikuntaluennon tila olisi samanlainen kuin ravitsemusluennolla, nyt vaan toisessa rakennuksessa. Alkuperäisessä suunnitelmassa (liite 2) oli tarkoitus puhua ensin liikuntasuosituksista ja sitten liikunnan merkityksestä hyvinvointiin. Nämä kuitenkin vaihtoivat paikkaa ennen luennon pitämistä, koska uusi järjestys tuntui loogisemmalta. Liikunnan merkityksestä puhuttaessa kerrottaisiin mitä liikunta antaa ja mitä vaikutuksia sillä on kehoon ja mieleen sekä hyvinvointiin. Kerrottaisiin myös, minkälaista liikunnan tulisi olla mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla sekä minkä verran liikuntaa tulisi harrastaa painonhallinnan ja laihduttamisen kannalta. Liikuntasuosituksista kerrottaisiin, kuinka usein ja pitkään liikuntaa tulisi harrastaa ja minkälaista sen tulisi olla. Kerrottaisiin perusliikunnan ja täsmäliikunnan eroista ja niiden vaikutuksesta hyvinvointiin. Liikuntapiirakan avulla selvennettäisiin, minkälaista liikuntaa ja kuinka usein tulisi harrastaa pysyäkseen kunnossa. Loppuun jätettäisiin aikaa keskustelulle ja kysymyksille.

Liikuntatuokio koostuisi sisäliikunnasta, koska ulkoliikuntavälineitä asukkailla ei juuri ole. Aluksi suunniteltu ”talviriehapäivä” jäi pois suunnitelmista, koska alueen pienkodeilla on joka vuosi tällainen yhteinen talviulkoilupäivä. Lisäksi talviulkoilussa oltaisiin liikaa sään armoilla. Asukkaille haluttiin antaa jotakin muuta ulkoliikunnan lisäk-

si. Liikuntapäivä toteutuisi läheisen palvelutalon liikuntasalissa. Aluksi olisi perinteisempää jumppaa, sen jälkeen yhteispeliä ja lopuksi rentoutumista.

Liikuntaluennot tavoitteet olivat seuraavat:

- Kerrotaan liikuntasuosituksista ja asukkaiden tulisi miettiä, liikkuvatko he suositusten mukaan.
- Asukkaat ymmärtävät liikunnan merkityksen omalle terveydelle ja hyvinvoinnille.
- Asukkaiden kiinnostuksen liikuntaa kohtaan tulisi herätä uudelleen.
- Uuden lajin kokeilemisesta tulisi tulla helpompaa asukkaille.
- Kannustetaan asukkaita liikkumaan, oli liikuntamuoto mikä tahansa.

Liikuntatuokion tavoitteet olivat seuraavat:

- Asukkaat kiinnostuisivat liikunnasta.
- Kokeilemalla eri liikuntamuotoja jokainen voi löytää oman lajinsa.
- Liikunnan tulee tuntua mukavalta eikä hampaat irvessä tehdyltä suoritukselta.
- Tutkija haluaa antaa onnistumisen kokemuksia asukkaille.
- Tutkijan tavoitteena on seurata miten asukkaat toimivat ryhmässä.

Liikuntatuokion suunnittelu perustui näyttöön perustuvaan tietoon ja aikaisempiin tutkimuksiin liikunnan positiivisista vaikutuksista. Liikunnan on todettu antavan hallinnan kokemuksia ja lisäävän itseluottamusta. Liikuntatuokiassa tulisi myös sanallisten ohjeiden lisäksi näyttää käytännön esimerkein liikuntasuoritukset, jotta kaikki pystyisivät noudattamaan annettuja ohjeita. Liikuntatuokiota arvioitaisiin asukkaiden osallistumisen ja kiinnostuksen asteella. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset liittyvät liikuntatuokioon, ja niihin vastaamalla voi tuoda oman mielipiteensä julki. Liikunta-



tuokion jälkeen voi myös keskustella ja kysyä mieltä askarruttamaan jääneistä asioista. Arviointia tapahtuisi myös askarrella ”taulua” liikunnan vaikutuksista sekä mieluisista liikuntalajeista.

Liikunnan tunti- ja jaksokohtaisessa suunnittelussa lähtökohtana on koko luokalle tai oppilasryhmälle laadittu suunnitelma. Opettajan tulee tuntea oppilaansa, jotta laadittua suunnitelmaa voidaan muuttaa tarvittaessa. Toiminnan tarkoituksen ja tavoitteiden määrittäminen on suunnittelun lähtökohta. Tavoitteet tekevät mahdolliseksi sekä opettajan että oppilaan tietoisien toiminnan. (Heikinaro-Johansson 2003, 112–113.)

Ihmisten oman ajattelun, itsenäisen päätöksenteon ja elämäntilanteen huomioimista voidaan pitää eettisesti kestävämpänä pohjana liikkumisen edistämiseksi kuin yksioikoista kampanjointia liikunnan hyödyistä tai paheksuntaa liikkumattomuuden haitoista. Ihmisten valmius omaksua liikunnallinen elämäntapa vaihtelee, ja he tarvitsevat erilaista tukea eri muutos vaiheissa pitkän ajan kuluessa. Useimmiten harrastuksen alkuvaiheissa tarvitaan paljon tukea. Aloittelevaa liikunnan harrastajaa on hyvä muistuttaa liikuntaharrastuksen monista mahdollisuuksista. Aikuista liikunnan harrastajaa voi tukea myös kannustamalla, muistuttamalla ja lähtemällä hänen kanssaan yhdessä liikkumaan. Liikuntaharrastuksen esteiden poistamista ja aikataulua voi miettiä myös yhdessä. (Hirvensalo ym. 2003, 52.)

Liikunnanopetuksen suurimpana haasteena on innostaa liikuntaa harrastamattomat säännöllisen liikunnan pariin. Fyysisen toimimisen lisäksi opetukseen tulee sisältyä tietoa ja sen soveltamista oppijan kannalta mielekkäällä tavalla. Aikuisliikkuja voi pitää oppimispäiväkirjaa, josta voidaan seurata fyysistä kehittymistä ja oppimista. Opetustien asioiden reflektointi motivoi ja kannustaa eteenpäin. Opetustilanteessa tulee välttää stressin, liiallisen kilpailuhengen ja suorituspaineen aiheuttamaa ahdistusta. Tärkeää on myös yhdessä kokeminen ja oppiminen sekä oman kehityksen seuraaminen. Myös se, että oppija kokee ohjatun liikunnan omakohtaisesti, mielekkääksi ja vaikeudeltaan sopivaksi, lisää aikuisen oppijan kiinnostusta liikkumista kohtaan. (Hirvensalo ym. 2003, 53–54.)

### 5.1.3 Askartelutuokion suunnittelu

Askartelutuokion suunnittelu alkoi miettimisellä mitä askartelun lopputulokseksi haluttaisiin saada. Askartelun tarkoituksena olisi arvioida asukkaiden omia ajatuksia ter-

veellisestä ruokavaliosta sekä liikunnasta. Samalla arvioitaisiin, onko luennoista jäänyt mitään mieleen. Konkreettisimmaksi tavaksi selvittää terveellistä ruokavaliota tulisi eri ruoka-aineiden järjesteleminen eri ryhmiin sen mukaan, voisiko ruokia syödä rajattomasti vai pitäisikö niitä välttää. Jotta niistä jäisi myös muisto asukkaille, päädyttiin askartelemaan kolme ”huoneentaulua” ruoka-aineista sekä yksi ”huoneentaulu” liikunnan merkityksestä. Ruoka-aineet jaoteltaisiin vältettäviin, kohtalaisesti syötäviin ja reilusti syötäviin ruokiin. Luennoitsija kävisi ostamassa erivärisiä pahveja sekä keräisi vanhoja mainoksia sekä lehtiä, joista ruoka-aineiden kuvia voisi leikata. Liikunta-  
tauluun tulisi tietoa liikunnan vaikutuksista kehoon ja asukkaiden mielestä hyviä liikuntalajeja.

## 5.2 Toteutus

Kehittämishankkeen toteutusvaihe on hankkeen varsinainen työskentelyvaihe, jossa pannaan suunnitelmat käytäntöön, haetaan ongelmiin ratkaisuja ja testataan ratkaisuja käytännössä eli luodaan hankkeen tulokset. Tyypillistä tälle vaiheelle on, että siinä on kerroksittain eteneviä vaiheita, syklejä. Jokainen hanke organisoituu omalla tavallaan hankkeen tehtävän ja luonteen sekä yhteisön organisaatiokulttuurin mukaan. Organisaatiomalleja ovat muun muassa linja- eli puuorganisaatio, matriisiorganisaatio, ryppälemalli, työryhmämallinen organisaatio ja tiimityöorganisaatio. Työryhmämalli sopii parhaiten organisoitumismalliksi pienehköihin ja usein myös lyhytkestoisiin kehittämishankkeisiin. Tällainen hanke voi olla esimerkiksi potilaan tulohaastattelulomakkeen kehittäminen. Työryhmämalli sopii myös mainiosti opiskelijoiden opinnäytetyönään tai muina opintoinaan toteuttamiin usein varsin lyhytkestoisiin hankkeisiin. (Heikkilä ym. 2008, 99–101.)

Tämän kehittämishankkeen luennoilla sekä liikuntapäivässä tutkijan rooli on monitahtoinen. Tutkija on asiantuntija, luennoija, opettaja, osallistuja ja havainnoija. Luennoilla tutkija käyttää asiantuntemustaan hyväksi ja sen kautta opettaa ja siirtää tietoa asukkaille. Luentoä pitäessään tutkija tekee myös havaintoja asukkaista. Liikuntapäivässä samoin tutkija käyttää asiantuntemustaan hyväksi ja siirtää tietoa asukkaille ja näin saa muutosta aikaan. Liikuntapäivässä tutkija osallistuu itsekin toimintaan sekä neuvoo ja opastaa asukkaita tarpeen mukaan. Myös tässä vaiheessa tehdään havaintoja asukkaista ja heidän käyttäytymisestään.

### 5.2.1 Ravitsemus- ja liikuntaluennon toteutus

Ravitsemusluennolle osallistui 14 asukasta ja 2 hoitajaa. Kaikki olivat ajoissa paikalla odottavin mielin. Asukkaat kuuntelivat hyvin luentoa, nyökyttelivät ja ottivat katsekontaktia. Muutama asukas ei jaksanut keskittyä koko aikaa sairaudestaan johtuen. Yksi asukas nousi ylös useasti ja oli poistumassa, mutta kehotuksesta istui alas jatkaamaan kuuntelemista, toinen asukas hoki omaa kommenttiaan sekä yksi asukas kommentoi omia kokemuksiaan ravitsemukseen liittyen. Näistä ei kuitenkaan ollut liiaksi häiriötä, vaan luentoa pystyttiin jatkamaan normaalisti eteenpäin. Lopuksi syntyi hie-man keskustelua luennon pohjalta ja kysymyksiä nousi esiin, joihin pystyin vastaamaan. Keskustelua syntyi myös aistien käytöstä ruokailujen yhteydessä sekä mielikuvien ja tunteiden merkityksestä syömiseen.

Liikuntaluennolle osallistui 10 asukasta ja 2 hoitajaa. Tällä kertaa asukkaat eivät näytäneet yhtä innostuneilta kuin ravitsemusluennon alkaessa. Kuitenkin he jaksoivat hyvin kuunnella luentoa. Tämä näkyi katsekontaktin ottamisessa sekä kehon eleistä. Innostus kasvoi, kun kerroin liikuntapäivän ohjelmasta. Kysymyksiä nousi vähemmän esiin ja keskustelukin oli todella vähäistä. Lopuksi asukkaat täyttivät palautelomakkeen, jonka avulla kysyin heidän tietämystään ravitsemuksesta sekä mielipidettään tällaisista luennoista.

### 5.2.2 Liikuntatuokion toteutus

Liikuntatuokio oli kaksi päivää luentojen jälkeen. Asukkaat odottivat innolla urheiluvaatteet päällä, kun menin hakemaan heitä. Liikuntatuokioon osallistui 9 asukasta ja myös yksi hoitaja oli mukana. Kävelimme läheisen palvelutalon liikuntasaliin. Osa asukkaista muistutti omista vammoistaan, jotka vaikuttavat liikkumiseen, ja muistutin, että jokainen tekee liikkeet oman kunnon ja jaksamisen mukaan. Aluksi kertasin vielä, mitä on tarkoitus tehdä. Asukkaat osallistuivat innolla liikuntaan, jokainen omalla tasollaan. Perusjumppaosuus meni hyvin, kaikki tekivät liikkeitä, jotkut oman versionsa niistä. Seuraavaksi vuorossa oli yhdessä tekemistä pallopelin voimin. Aluksi näytti, että asukkaat eivät innostu, mutta hetken kuluttua peli lähti hyvin käyntiin. Osa oli todella aktiivisessa roolissa, osa osallistui silloin, kun heille pallo heitettiin. Kaiken kaikkiaan pallopelistä jäi hyvä olo. Koska pallopeti oli aika rankkaa, sitä ei pelattu kuin 7 minuuttia. Jatkoimme sen sijaan Laiva on lastattu –pelillä. Kaikki osallistuivat tähän todella hyvin. Teimme yhdessä omat säännöt, ja kaikille jäi mukava mieli. Lo-

puksi oli rentoutusosion vuoro. Asukkaat asettuivat selin makuulle ja rentoutuivat todella hyvin kuunnellessaan musiikkia ja rentoutumisohjeita. Monilla mielenterveysongelmista kärsivillä on todella hankalaa rentoutua ja pysyä hetki paikallaan vain kuunnellen omaa kehoaan. Liikuntahetken loputtua kaikki kiittivät ja osa jäi juttelemaan hetkeksi. Kysyttäessä asukkaat sanoivat, että liikunta ei ollut liian rankkaa ja että siitä jäi hyvä mieli.

### 5.2.3 Askartelutuokion toteutus

Askartelutuokio oli noin kaksi viikkoa liikuntatuokion jälkeen. Tilana toimi pienkodin oma askartelutila. Askarteluun osallistui seitsemän asukasta, joista yksi ei ollut ollut kummallakaan luennolla. Luennoitsija toi tarvikkeet paikalle ja kertoi, mitä on tarkoitus tehdä. Asukkaat osallistuivat todella hyvin askarteluun ja olivat innokkaita. Kaksi tarvitsi hieman avustusta, millaisia kuvia lehdistä ja mainoksista tulisi leikata. Kuvien leikkaamisen jälkeen yhdessä keskustelemalla kuvat jaettiin kolmeen kategoriaan, runsaasti nautittaviin, kohtalaisesti nautittaviin sekä vältettäviin. Joidenkin ruoka-aineiden kohdalla käytiin keskustelua, mihin ryhmään ne kuuluisivat ja miksi. Ryhmiin jaotteluiden jälkeen asukkaat pääsivät liimaamaan kuvat pahviarkeille kahden ja kolmen hengen ryhmissä. Tämäkin sujui yllättävän hyvin. Kun viimeistä arkkia vielä liimailtiin, niin samalla aloitettiin keskustelu liikunnan merkityksestä kehoon. Luennoitsija kirjasi asukkaiden tuomia ajatuksia. Tässä hieman jouduttiin johdattelemaan kysymyksiin asukkaita. Hyvin asukkaat oivalsivatkin liikunnan merkityksiä kehon hyvinvointiin. Lopuksi, kun tilaa pahville jäi, asukkaat halusivat tuoda julki hyviä liikuntalajeja, joita he itse myös harrastavat. Asukkaat olivat ilmeisen tyytyväisiä aikaansaannoksiinsa, ja askartelut jäivät muistoksi ja muistutukseksi pienkodin seinälle laiteviksi (liite 4).

## 6 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI JA RAPORTOINTI

Kehittämishanketta arvioidaan yleensä koko hankkeen toteutuksen ajan: toteutuksen aikana arvioidaan hankkeen etenemistä ja päätösvaiheessa kaikkea toimintaa ja tuloksia. Kehittämishankkeen päätösvaiheessa hankkeen arvioinnissa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Saavuttiko hanke sille asetetut tavoitteet siinä ajassa ja sillä budjetilla, joka sille oli myönnetty ja voidaanko tuloksiin luottaa?
- Oliko hanke yhteiskunnallisesti vaikuttava?
- Mikä oli hankkeen vaikutus hyvinvointiin?

Arvioinnissa voidaan käyttää joko sisäistä tai ulkoista arviointia tai molempia yhdessä. Sisäinen arviointi tarkoittaa, että hankeorganisaatioon kuuluvat suorittavat arvioinnin suunnitelman mukaan. Sisäisen arvioinnin menetelmiä ovat muun muassa itse- tai ryhmäreflektio ja erilaiset kyselyt. Ulkoinen arviointi puolestaan tarkoittaa, että arvioinnin tai osia siitä tekee joku ulkopuolinen, kuten tutkimuslaitos tai konsultti. Hankkeen onnistumista on usein hankala mitata yksiselitteisesti, koska hankkeella on useimmiten monia tavoitteita eikä valmista mittaristoa mittaamiseen ole olemassa. Haasteita hankkeen onnistumisen arviointiin tuo myös se, että useimmiten hankkeen todelliset hyödyt tulevat näkyviin vasta pitkän ajan kuluttua hankkeen päättymisen jälkeen. Jos hanke on opiskelijan opinnäytetyö, sitä ja sen raportointia arvioidaan myös ammattikorkeakoulun opinnäytetyön vaatimusten näkökulmasta. Arviointia voidaan tehdä myös seuraavien periaatteiden pohjalta: reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. (Heikkilä ym. 2008, 127–130; Heikkinen & Syrjälä 2007, 149.)

Dokumentointi on olennainen osa hankkeen kokonaisuutta. Koko hankkeen ajan pidetään päiväkirjaa pienistäkin tapahtumista, kuten kokouksista, neuvotteluista, puhelin keskusteluista, sähköpostiviestinnästä, päätöksistä, havaituista ongelmista ja muutoksista. Päiväkirja voidaan rakentaa esimerkiksi sellaiseksi, että siitä saadaan vastaus kysymyksiin ”milloin?”, ”ketkä?” ja ”mitä?”. Päiväkirja on tärkeä dokumentti hanketta arvioitaessa ja viimeistään silloin, kun hankepääällikkö kirjoittaa hankkeen loppuraporttia. Hankkeen päiväkirja on vain yksi osa hankkeen dokumentoinnista. Toteutusvaiheen dokumentoinnin tulee olla niin kattavaa, että hankkeen rahoittaja, asiakkaat ja hankkeen osalliset saavat selkeän käsityksen hankkeen tavoitteista, tuotoksista ja toimintaperiaatteista. (Heikkilä ym. 2008, 115–116.)

Tässä kehittämistyössä pidettiin päiväkirjaa tapaamisista ja sähköpostiviesteistä. Niiden avulla nähtiin, mitä on tehty milloinkin ja oliko aikataulutus sopiva. Syyskuussa 2009 tutkija otti yhteyttä yhteistyökumppaniin ja kysyi halukkuutta yhteistyöhön. Syyskuussa oli myös tapaaminen yhteistyökumppanin kanssa ja siinä sovittiin, mitä tutkija tulee tekemään ja milloin. Loppuvuoden tutkija keskittyi kehittämistyön teo-

reettiseen osuuteen ja oli sähköpostitse yhteydessä yhteistyökumppaniin kehittämistyön tiimoilta. Tammikuussa 2010 oli tapaaminen yhteistyökumppanin kanssa sen hetken vaiheesta, ja siinä sovittiin tarkat päivämäärät interventioille. Helmikuun alussa tutkija otti yhteyttä läheiseen palvelukeskukseen ja tiedusteli mahdollisuutta käyttää heidän liikuntasaliaan liikuntapäivän toteutuspaikaksi. Interventioiden jälkeen tutkija kirjoitti havaintonsa sekä tuntonsa luennoista sekä liikuntapäivästä. Maaliskuulle sovittiin loppupalaveri yhteistyökumppanin kanssa, jossa purettiin läpi interventiot sekä niiden vaikutus yhteistyökumppanin toimintaan. Lopullinen kirjallinen raportti eli tämä opinnäytetyö valmistuu maaliskuun loppuun mennessä.

Tämän kehittämistyön lopputulosta ja tavoitteisiin pääsyä on hankalaa arvioida, koska kehittämistyöhön käytetty aika on lyhyt eikä tutkija voi varmistua, mitä muutoksia yhteistyökumppanin toiminnassa tapahtuu. Kehittämishankkeen toteutumista taas voidaan arvioida normaalisti. Arviointia tekevät tutkija ja yhteiskumppani sekä koulun edustajat opinnäytetyön arviointiohjeiden mukaisesti. Kehittämistyöhön käytetty aika oli siis hieman lyhyt, jotta tuloksia voitaisiin nähdä. Tavoitteisiin pääsy nähdään ehkäpä puolen vuoden kuluttua ja sen vaikutukset vasta sen jälkeen. Terveysteen liittyvien kehittämistöiden tulokset ovat usein todella pitkän ajanjakson päästä vasta nähtävissä.

## 6.1 Luentojen ja liikuntatuokion suunnittelun arviointi

Luentojen suunnittelu alkoi tavoitteiden tarkastelulla. Mitä luennoilta halutaan? Myös asukkaat ja heidän asettamat haasteet tuli ottaa huomioon. Kirjallisuutta lukemalla tutkija sai hyvää tietoa ravitsemuksesta ja liikunnasta sekä niiden merkityksestä hyvinvointiin. Materiaalit olivat pääosin suunnattu terveille ihmisille tai ihmisille, joilla on jokin fyysinen sairaus. Luennot piti suunnitella juuri asukkaille sopiviksi. Tutkijalla on omakohtaista kokemusta mielenterveyskuntoutujista, joten tämä helpotti luentojen suunnittelua. Tärkeimmät ja keskeisimmät asiat terveellisestä ravitsemuksesta sekä liikunnasta tuli kertoa mahdollisimman yksinkertaisesti.

Luentorunkoa suunniteltaessa tuli ottaa huomioon, että mielenterveyskuntoutujat eivät välttämättä jaksaa istua paikoillaan ja kuunnella luentoa pitkiä aikoja. Tästä syystä luennon pituudeksi määräytyi yksi tunti. Ravitsemusluento jakautui helposti neljään eri osioon: terveellinen ruokavalio, lautasmalli ja ruokakolmio, 1400/1800/2300 kcal:n

ruokavaliot sekä kasvikset ruokavaliossa. Osioden pituuden kesto vaihteli 10–15 minuutin välillä. Loppuun varattiin 10 minuuttia keskustelulle ja kysymyksille. Liikuntaluennon materiaali oli hieman hankalampi suunniteltava. Liikuntaluennon piti olla yleiskattava, mutta lajiesittelyihin ei ollut aikaa tai se ei edes ollut järkevää. Päädyin kertomaan liikunnan merkityksestä hyvinvointiin sekä liikuntasuosituksista. Näille osioille varattiin aikaa 20 minuuttia kullekin. Loppuun varattiin 10 minuuttia, jossa kerroin liikuntatuokion ohjelmasta sekä 10 minuuttia keskustelulle ja kysymyksille.

Liikuntatuokiota suunniteltaessa tuli ottaa huomioon liikuntasalin pienuus. Se on samassa tilassa kuntosalin kanssa. Yhteistyökumppani esitti listan asukkaista, jotka voisivat osallistua liikuntatuokioon. Listaa tehdessä otettiin huomioon tilan pienuus, mikä vuoksi kaikki eivät mahtuisi sinne. Huomioon otettiin myös kuka pystyisi osallistumaan tällaiseen toimintaan. Liikuntatuokiota suunniteltaessa piti ottaa huomioon, että asukkaiden fyysinen kunto ei välttämättä ole kovin hyvä. Eräällä oli myös fyysisiä rajoituksia, jotka piti ottaa huomioon. Halusin myös monipuolista liikuntaa sekä antaa liikunnan avulla erilaisia kokemuksia asukkaille. Ajaksi varattiin tunti, jonka kaikki varmasti jaksaisivat liikkua.

## 6.2 Luentojen, liikuntatuokion ja askartelun toteutuksen arviointi

Ravitsemusluennon aikataulu piti melko hyvin. Jokin osio meni hieman nopeammin, mutta ei liian nopeasti. Lopuksi syntyi jonkin verran keskustelua sekä hyviä kysymyksiä nousi esille, mihin vastasin tietojeni mukaan. Liikuntaluennon suunnittelurunkoon tein muutoksen juuri ennen luentoja, eli aihealueet vaihtoivat paikkaa. Kerroin ensin liikunnan merkityksestä ja sen jälkeen liikuntasuosituksista. Tämä järjestys tuntui luontevammalta. Liikuntaluennon osioihin varattu aika oli liian pitkä eli luentoajakauppa ei pitänyt. Lopetin luennon kerrottua asiiani enkä ottanut lisää asiaa ajan täyteen. Asukkaat eivät olleet niin aktiivisesti tällä luennolla mukana, joten katsoin parhaaksi toimia tällä tavoin. Keskustelua ei juuri tullut, ja esitetyt kysymykset koskivat lähinnä liikuntatuokiota.

Luentojen välillä oli suunnitellusti aikaa kaksi tuntia, jolloin mielenterveyskuntoutujat söivät sekä lepäsivät. Yhteistyökumppanin kanssa katsottiin parhaimmaksi tämä järjestely, sillä mielenterveyskuntoutujat eivät olisi jaksaneet istua kahta tuntia peräkkäin kuuntelemassa luentoja. Liikuntaluennolla asukkaat eivät olleet yhtä kiinnostuneita kuin ravitsemusluennoilla. Olisiko tämä johtunut väsymyksestä, eli olisiko luento-

jen pitänyt olla kuitenkin eri päivinä? Luentotilana toimi keittiö/olohuone, johon kaikki halukkaat mahtuivat hyvin. Tilan huonona puolena voi pitää sitä, että kaikkiin ei saanut katsekontaktia, koska osa istui selin. Toisaalta tila oli tuttu kaikille asukkaille ja näin he kokivat olonsa mukavaksi ja turvalliseksi. Luentojen jälkeen tuli tuntuma, että asukkaat tiesivät jonkin verran terveellisestä ruokavaliosta sekä noudattavat sitä jollakin tasolla. Eräs asukas kommentoi, että he syövät kalaa kaksi kertaa viikossa eli suositusten mukaan. Tämä kertoi siitä, että hän on kuunnellut, mitä on luennoitu.

Ravitsemusluennon tavoitteisiin päästiin hyvin. Joidenkin tavoitteiden arviointia ei voitu tehdä heti, vaan tulokset näkyvät vasta myöhemmin. Asukkaat näyttivät ymmärtävän, mistä terveellinen ruokavalio koostuu, ja osa heistä tiesikin lautasmallista sekä ravitsemuskolmiosta. Asukkaat ymmärsivät, mitä vaikutuksia terveellisellä ruokavaliolla on omaan hyvinvointiinsa ja mitä voi seurata, jos syö epäterveellisesti. Asukkaat noudattivat osittain terveellistä ruokavaliota hoitohenkilökunnan tukemana, mutta siinäkin oli parantamisen varaa. Esimerkiksi annoskoot nousevat helposti liian suuriksi. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on tullut ilmi, että mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat tukea noudattaakseen terveellistä ruokavaliota. Kasviksia asukkaat nauttivat päivittäin jonkin verran, mutta tässäkin oli parantamisen varaa. Asukkaat eivät joka päivä nauttineet suositeltua 500 grammaa kasviksia päivittäin, mutta he saivat hyviä vinkkejä millä lisätä kasvien osuutta ruokavaliossa. Luennoitsija pääsi hyvin omiin tavoitteisiinsa eli sai kokemusta luentojen pitämisestä sekä toi esille omaa asiantuntijuuttaan. Myös luennoilla eteen tulleista arvaamattomista tilanteista selviydyttiin hyvin.

Liikuntaluennon tavoitteisiin päästiin kohtalaisesti. Asukkaat ymmärsivät hyvin liikunnan merkityksen omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa, ja he kertoivat liikkumattomuudesta seuraavan painonnousua. Samanlaisia tuloksia on saatu aiemmissakin tutkimuksissa selville. Liikkumisessa he kuitenkin tarvitsevat kannustusta sekä tukea hoitohenkilökunnalta. Tutkijalle tuli tunne, että osa asukkaista haluaisi kokeilla uusia lajeja, mutta käytännön syistä se ei aina ole mahdollista. Kiinnostus uusia lajeja kohtaan heräsi, sen aineisen kävelyn lisäksi. Tutkija kannusti asukkaita liikkumaan päivittäin, olisi liikunta sitten vaikka 10 minuutin kävely pihamaalla, ja asukkaat näyttivät ymmärtävän jokapäiväisen liikunnan merkityksen. Asukkaat eivät olleet kuulleet tai eivät muistaneet liikuntasuosituksia. Tällä hetkellä he liikkuvat alle suositusten. Aiemmissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että mielenterveyskuntoutujien liikunta on lähinnä kävelyä ja sitä ei harrasteta tarpeeksi usein. Liikuntaa oli lähes päivittäin, mutta



hengästymiseen ja hikoiluun asti johtavaa liikuntaa oli suosituksia vähemmän. Yhteistyökumppani tarjoaa monipuolisia liikuntamahdollisuuksia, mutta kaikkia ei saada millään mukaan.

Tutkijalla itsellään oli rento olo molempien luentojen ajan. Tähän varmasti vaikutti aiempi käynti yhteistyökumppanin luona, eli olin tavannut osan asukkaista jo aiemmin. Muutama asukas oli ennestään tuttu, ja olen tottunut toimimaan mielenterveyskuntoutujien parissa. Pienet ongelmatilanteet luentojen aikana, asukkaan jatkuva ylösnousu tuolista ja poislähtö sekä omien juttujen kerronta, sain hoidettua hyvin. Tähän auttoi juuri kokemus mielenterveyskuntoutujista sekä tieto, että tämänkaltaista toimintaa voi hyvinkin tulla. Luennot antoivat esiintymiskokemusta ja luottamusta omaan asiantuntijuuteen.

Liikuntatuokion toteutus onnistui mielestäni hyvin. Asukkaat osallistuivat innolla mukaan, ja kaikilla näytti olevan rento olo. Liikkeiden vaativuus oli juuri sopiva tälle ryhmälle eikä kukaan jättänyt tekemättä liikkeitä. Eräs asukas tosin valitteli usein selkkipua tai muita oireita, joiden vuoksi ei pystynyt täysipainoisesti liikkeitä tekemään. Tuokion loputtua keskustelin hoitajan kanssa ja tämä kertoi kyseisen asukaan menevän yleensä sieltä missä aita on matalin. Eli pienellä lisäkannustuksella hänkin olisi liikkeet voinut suorittaa täysipainoisemmin. Tosin liikuntatuokion yhtenä tavoitteena oli saada hyvä mieli, joten liika painostus liikkeiden suorittamiseen olisi voinut olla pahasta. Asukkaiden vielä parempi tuntemus olisi siis helpottanut liikuntatuokion pitämistä. Liikuntatuokion pitäminen oli hyvä kokemus ja siitä jäi positiivinen tunnelma.

Liikuntatuokion tavoitteisiin päästiin mielestäni hyvin. Asukkaat kiinnostuivat liikunnasta ja olivat innokkaasti lähdössä mukaan. Osa lajeista oli uusia, mutta tätä ei koettu negatiivisen asiana. Eri lajien kokeilu toi vaihtelua liikuntaan, ja luulen, että asukkailla on nyt helpompaa kokeilla jotakin uutta lajia. Kynnys uuden lajin kokeiluun on ylitetty. Liikuntatuokio oli mukava hetki ja kaikilla oli hauskaa. Monet saivat onnistumisen kokemuksia, osa enemmän ja osa vähemmän. Asukkaat toimivat ryhmässä hyvin. Tähän varmaankin vaikutti se, että kaikki tunsivat toisensa. Osalla oli aktiivisempi rooli ja osa oli hieman syrjässä, mutta näinhän se yleensä on kaikissa ryhmissä. Kaiken kaikkiaan liikuntatuokio onnistui hyvin.

Askartelutuokio onnistui hyvin. Aukkaat olivat innolla mukana, kunhan heille selvisi, mikä oli tavoitteena. Aukkaat tiesivät hyvin, mikä on terveellistä syötävää ja mikä vältettävää. Muutaman ruoka-aineen kohdalla käytiin keskustelua, mihin ryhmään se kuuluu, mutta mikään ruoka-aine ei mennyt ryhmän ääripäästä toiseen. Aukkaat olivat siis kuunnelleet luentoja, mitä terveelliseen ruokavalioon kuuluu, ja tämä näkyi juuri ruoka-aineiden jaotteluissa sekä keskusteluissa. Liikunnan merkityksestä he osasivat kertoa joitakin asioita, mutta joitakin asioita piti palautella mieleen hieman johdattelevin kysymyksin. Periaatteessa he tiesivät, mutta eivät osanneet pukea tietojaan sanoiksi. Askartelutuokiostakin jäi todella positiivinen mieli kaikille.

### 6.3 Reflektiivisyys

Heikkinen ym. (2007, 152–154) mukaan tutkijan on tärkeää reflektoida omaa rooliaan tutkimuksessa ja oman identiteetin rakentumisen prosessia tutkimuksen rinnalla. Tutkijan rooli pysyi koko tutkimuksen teon ajan lähes samana. Pääroolina oli tutkijan ja opettajan rooli, mutta kun asukkaat tutustuivat paremmin tutkijaan, niin tästä tuli myös kuuntelija. Tietysti kohderyhmää kuunnellaan koko ajan, mutta asukkaat alkoivat kertoa enemmän henkilökohtaisia asioitaan, ja ne tuli taas siirtää sivuun, ellei niillä ollut vaikutusta luentojen tai liikuntatuokion pitämiseen. Oman asiantuntijuuden kohdalla kasvua on tapahtunut tutkimusprosessin aikana. Tutkija luottaa enemmän itseensä ja siihen, että osaa tarkastella kriittisesti tutkimuskohdettaan. On myös tarpeellista tarkastella oman suhteensa rakentumista tutkimuskohteeseensa. Tutkijan subjektiiviseksi adekvaattisuudeksi voidaan kutsua tutkijan kykyä ymmärtää tutkimuskohdetta aikaisemman elämäkokemuksensa avulla. Tästä tutkijalla on vankka kokemus mielenterveyspotilaiden hoidosta kahdeksan vuoden ajalta ja siksi kohderyhmää oli helppo lähestyä ja ymmärtää. Narratiivisessa otteessa tutkimusteksti on tutkijan kertomus, ei todellisuuden jäljenne. Kehittämistyössä tutkija peilaa tutkimustuloksia tavoitteisiin ja sen pohjalta tekee päätelmiä. Tutkijan on hyvä tietää, miten hän tuottaa todellisuutta ja pohtia tekstissään omaa tiedonprosessiaan. Reflektiivisyysperiaate tuo tutkimukseen läpinäkyvyyttä, jota tutkija on tässäkin työssä pyrkinyt toteuttamaan tarkan raportoinnin ja arvioinnin välityksellä. Tutkija kuvaa aineistoaan, menetelmiään ja tutkimuksen etenemistä, joten lukija voi arvioida tutkijan ajatuksen syntyä ja niiden näytön pitävyyttä. Teorian vieminen käytäntöön tuntui helpolta. Siinä varmasti auttoi se, että tutkija tuntee mielenterveyspotilaita ja heidän käyttäytymistään. Luennot oli helppo suunnata juuri tälle kohderyhmälle. Toisaalta joku toinen ryhmä olisi voinut olla haas-

teellisempi. Yhteistyö yhteistyökumppanin kanssa oli vaivatonta. Yhteistyökumppani oli innokas yhteistyöstä ja häneen oli helppo olla yhteydessä. Yhteisiä tapaamisia olisi voinut olla hieman enemmän, jotta olisi voitu yhdessä paremmin keskustella kehittämistyön tavoitteista sekä siitä, mitä työ antaa pienkodille ja sen asukkaille. Pienkodin asukkaille annettiin koko ajan tietoa, mitä tutkija tulee tekemään heidän kanssaan, ja he odottivatkin innolla seuraavia tapaamisia.

#### 6.4 Dialektisuus

Dialektisuusperiaate perustuu ajatukseen, jonka mukaan sosiaalinen todellisuus rakentuu keskustelussa dialektisena prosessina. Dialektisuus tarkoittaa totuuden rakentumista teesien eli väitteiden ja antiteesien eli vastaväitteiden tuloksena siten, että lopputuloksena on synteesi. Sosiaalinen toiminta on kerroksellista ja yhteismitatonta, mitä tutkija pyrkii tuomaan esiin raportissaan. Tutkija ei rakenna tekstiään monologiksi vaan sisällyttää siihen erilaisia tulkintoja ja ääniä, riitasointujakin. (Heikkinen ym. 2007, 154–155.) Dialektisuus eli vuorovaikutteisuus toimi yhteistyökumppanin ja tutkijan välillä. Tutkija oli yhteydessä pienkodin yhteyshenkilön kanssa, jolloin sovittiin mitä tutkija tulee tekemään ja milloin. Yhteyshenkilöltä ei juuri tullut ehdotuksia luennoista, vaan hän luotti tutkijan asiantuntijuuteen. Liikuntatuokiosta ja sen toteutuksesta käytiin enemmän keskustelua. Suunnitteluvaiheessa asukkaiden mielipidettä ei juuri otettu huomioon vaan tutkija ja yhteyshenkilö sopivat asiat. Luentojen aikana ja niiden jälkeen asukkaat otettiin mukaan keskusteluun. Luennot olivat vapaaehtoisia eikä ketään pakotettu mukaan kuuntelemaan tai liikkumaan. Vuorovaikutusta syntyi asukkaiden ja tutkijan välille, joskus asukkaita jouduttiin toppuuttelemaan heidän tuodessaan esille henkilökohtaisia asioitaan. Asukkaat olivat avoimia ja rohkeasti kertoivat mielipiteitään ja asioitaan. Tutkijalle tuli tunne, että oli odotettu vieras saapuaan paikalle ja tilaisuuksien loputtua asukkaat kysyivätkin, tuleeko tutkija vielä uudelleen käymään.

#### 6.5 Toimivuus

Toimivuusperiaatteen näkökulmasta toimintatutkimusta arvioidaan sen käytännön vaikutusten, kuten hyödyn tai osallistujien voimaantumisen kannalta. Tutkija teki neljä interventiota kehittämiskohteeseensa. Kaksi näistä oli luentoja, yksi liikuntatuokio ja yksi askartelutuokio, jonka avulla pyrittiin selvittämään luentojen onnistumista ja mahdollista vaikutusta. Ravitsemusluento oli ensimmäinen interventio, ja se onnistui

odotusten mukaan. Aikataulutus onnistui ja tieto oli juuri sopivaa kohderyhmälle. Asukkaat osallistuivat kommentoimalla luentoan omien kokemustensa pohjalta. Liikuntaluennon aikataulutus ei pitänyt, eli siinä tutkija epäonnistui. Toisaalta tähänkin luentoan asukkaat osallistuivat kommentoimalla ja kysymällä asioita. Liikuntatuokioon asukkaat osallistuivat innolla, jokainen kykyjensä mukaan. Tutkijalle tuli tunne, että kaikki pitivät siitä ja asukkaille jäi hyvä olo, joka oli liikuntatuokion yhtenä tavoitteena. Luennoista ja liikuntatuokiosta tutkija halusi kerätä tietoa kyselylomakkeen avulla, mutta vaikka se oli tehty mahdollisimman yksinkertaiseksi, osoittautui se liian vaikeaksi asukkaille. Vaikka heitä ohjeisti lomakkeen täytössä, niin vain neljä onnistui sen täyttämään tyydyttävästi, neljä välttävästi ja loput eivät ollenkaan. Osittain tämän vuoksi järjestettiin vielä askartelutuokio, jossa askartelun avulla selvitettiin, onko asukkaille jäänyt mitään mieleen luennoista. Askartelun lomassa keskusteltiin vielä ravitsemuksesta ja liikunnasta sekä niiden merkityksestä terveyteen. Mielenterveyskuntoutujat näyttivät hyötyvän interventioista. He muistelivat jo tietämiään asioita sekä saivat uutta tietoa. Liikuntatuokiosta moni sai onnistumisen kokemuksia. Tulos voi myös herättää kriittistä keskustelua toimintatapojen oikeudenmukaisuudesta tai eettisyydestä. Tutkimus saattaa osoittaa kokeillun käytännön toimimattomaksi. Tässä tutkimuksessa lyhyet interventiot näyttivät olevan toimivin tapa toteuttaa tutkimus. Toimintatutkimuksen arvioiminen suoraviivaisesti hyödyn näkökulmasta voi johtaa harhaan, jolloin tutkija ehkä tiedostamattaan kaunistelee tuloksia. Epäonnistumiset voivat silti tuottaa arvokasta tietoa, ja epäonnistuneen kokeilun rehellinen raportointi saattaa auttaa tutkijaa tai tutkimuksen lukijaa toimimaan entistä paremmin. Periaatteen ydin on siinä, että tutkija kuvaa tutkimuskohteena olleen käytännön ja kehittämisprojektin vahvuuden ja heikkoudet. Interventioiden vaikutuksia tutkijan on hankala arvioida. Tietoa asukkailla on, mutta muuttavatko he käyttäytymistään yhä terveellisempään suuntaan, siitä tutkija ei saanut tietoa. Pidempi aika tutkimuksen toteuttamisessa olisi mahdollistanut muutosten seurannan ja silloin olisi saatu tietoa interventioiden vaikutuksista. (Heikkinen ym. 2007, 155–157.)

Onnistunut tutkimus saa osallistujat uskomaan omiin kykyihinsä ja taitoihinsa. Parhaimmillaan se voimaannuttaa ja saa ihmiset parantamaan omia elinolojaan sekä luottamaan omaan järkeensä ja itsemääräämisoikeuteensa. Voimaantumisen on lähellä emansipaatiota, vapautumista ideologisesti syntyneistä uskomuksista, itsestään selvistä ajatusjärjestelmistä tai epäoikeutetusta vallankäytöstä, jonka avulla turvataan hyväosaisten edut muiden kustannuksella. Toimivuusperiaatetta syvennetään pohtimalla

tutkimuksen käytännöllisiä seurauksia eettisestä näkökulmasta. Eettisesti toimiva tutkija miettii, miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin, tutkijoihin, tiedeyhteisöön, yhteiskuntaan ja ihmiskuntaan. Tutkija pitää arvioida sitä, onko tutkittavia mahdollista tunnistaa tekstistä tai aiheutuuko tutkimuksesta heille haittaa. Tässä kehittämistyössä näyttää siltä, että tutkimukseen osallistujat hyötyivät osallistumisesta eikä negatiivisia vaikutuksia tullut esille. Kehittämistyöhön osallistuneita ei voi tunnistaa, koska heistä ei kerrota yksityiskohtaisia tietoja. Kymenlaakso on myös alueena iso, joten pienkodin tunnistaminen on hankalaa, sillä tällä alueella on useita pienkoteja. (Heikkinen ym. 2007, 157–158.)

Tutkimuksen laatua arvioidaan sen pohjalta, miten siinä on käsitelty eettisiä ongelmia, joita tutkimuksessa on poikkeuksetta. Eettiset kysymykset ovat usein dilemmoja, joissa tutkijan ratkaisua voidaan arvostella perustellusta näkökulmasta ja puolustaa toisesta. Eettisesti virheetöntä ihmistä ei ole, joten ei ole myöskään eettisesti täydellistä elämää eikä tutkimusta. Olennaista onkin, miten tutkijayhteisöt tai tutkimuksen osallistujat ottavat esille ja käsittelevät eettisiä kysymyksiä. Tämän kehittämistyön eettisiä ongelmia tarkastellaan pohdinta-osuudessa lähemmin. (Heikkinen ym. 2007, 158.)

## 6.6 Havahduttavuus

Hyvä tutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Sitä arvioidaan yhä tietoisemmin sen herättämien kokemusten, ajatusten ja tunteiden perusteella. Narratiivisessa tutkimuksessa käytetään usein todentunnun käsitettä. Se kuvaa sekä loogis-kognitiivista että emotionaalista vakuuttamista kertomuksen avulla. Uskottavuus ei perustu väitelauseisiin eikä niiden perusteluihin vaan kokonaisvaltaiseen vaikutelmaan: lukija kokee tarinan todeksi omien vastaavien kokemustensa avulla. Kirjoittajan on kyettävä tekemään tutkimus eläväksi ja todentuntuiseksi, joten häneltä vaaditaan kaunokirjallisia taitoja enemmän kuin mihin tutkimuksessa on totuttu. (Heikkinen ym. 2007, 160.)

Arviointia on myös palautteen saaminen kohderyhmältä. Palautetta kaikista kolmesta interventtiosta kerätään pienimuotoisella palautelomakkeella sekä havainnoimalla työntekijöiden ja asukkaiden osallistumista sekä kiinnostusta. Palautelomakkeiden vastaukset käsitellään ja analysoidaan. Havainnot kirjoitetaan heti muistiin ja pohditaan mitä ne kertovat. Tämä pohdinta kirjoitetaan lopulliseen tutkimusraporttiin. Nel-

jännän intervention avulla mitataan asukkaiden tietoja ja sitä onko aiemmista interventioista jäänyt mitään asioita mieleen.

Tässä kehittämistyössä on hieman hankalaa arvioida mitä asukkaissa on tapahtunut interventioiden myötä. Kuten aiemmin jo mainittiin, pitempi aika olisi ollut hyödyksi tässä arvioinnissa. Asukkaat olivat innokkaasti mukana interventioissa sekä kommentoivat luentoja sekä niiden sisältöä. Tämä kuvastaa, että he ovat olleet kiinnostuneita aiheista sekä kuunnelleen tutkijaa tämän pitäessä luentoja. Tutkijan tulisi palata yhteistyökumppanin luokse myöhemmin uudelleen, jotta voitaisiin, arvioida onko asukkaissa ja heidän käytöksessään tapahtunut muutosta.

## 7 LUOTETTAVUUS

Luotettavuus on tieteellisen tiedon keskeinen tunnusmerkki. Kysymys luotettavuudesta kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Tässä työssä luotettavuutta paransi eri lähteistä koottu tieto. Tutkija ei nojaa vain yhteen teokseen. Mitä useampi on aiemmin saanut samankaltaisia tuloksia, sitä luotettavampia ne ovat. Tiedon kerääminen tapahtui luotettavista lähteistä keräämällä. Tutkimuksista kelpuutettiin mukaan pro gradu -tasoiset työt, mikä myös lisää luotettavuutta. Tutkija yritti etsiä myös mahdollisimman tuoretta tietoa. Luotettavuutta saattoi heikentää se, että tutkija ei ole aiemmin tehnyt työelämän kehittämistyötä opinnäytetyönä. Tällainen kehittävä työote oli uusi toimintatapa tutkijalle. Myös havainnointi oli uusi työskentelytapa ja se toi oman haasteensa työhön. Tässä työssä havainnointi oli lyhykestoinen tapahtuma, joten tarkkaavaisuus pysyi hyvänä. Määrällisissä tutkimuksissa luotettavuutta on perinteisesti lähestytty reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla. Sen sijaan laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein vakuuttavuuden, uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden käsitteitä. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Ei riitä, että kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto on todenmukaista, vaan sen tulee olla hyödyllistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152, 160; Toikko & Rantanen 2009, 121–122.)

Toimintatutkimus on lähellä kehittämistä, ja sen luotettavuudesta on esitetty kritiikkiä. Tutkimuskohde on tilanteeseen sidottu ja spesifi, otos on rajoitettu eikä ole siis edus-

tava, siinä ei pystytä kontrolloimaan muuttujia, eikä tuloksia voida yleistää. Näin on myös tämän työn kohdalla. Toisaalta toimintatutkimuksessa on usein epäselvästi määritellyt tavoitteet ja metodit. Tutkittavien ja tutkijan välillä ei välttämättä ole ollut tasavertaista dialogia, vaan tutkittavat ovat voineet tulla riippuvaisiksi tutkijasta. Aina teoriaa ja käytäntöä ei ole onnistuttu kytkemään toisiinsa, vaan teoria jää yleensä tutkijan huoleksi ja sovellukset toimijoiden huoleksi. Toimijat eivät välttämättä osaa hyödyntää muiden tuloksia ja toisaalta tutkija saattaa etsiä vastauksia ongelmiin, joista taas toimijat eivät ole kiinnostuneet. Tätä ongelmaa tässä työssä ei ole, sillä tutkija on ollut yhteydessä yhteistyökumppaniin ja kysynyt tämän mielipiteitä tutkimuksen tavoitteista. Yhteistyökumppani on ollut mukana interventioissa kuulemassa luentoja, ja tutkija on antanut myös luentomateriaalit yhteistyökumppanin käyttöön. Toimintatutkimuksessa validiteetin tekee hankalaksi se, että tulkinnat rakentavat sosiaalista todellisuutta. Siksi on mahdotonta tavoittaa ”todellisuutta”, johon väitteitä verrataan. Reliabiliteetti taas on mahdoton, koska toimintatutkimuksella pyritään muutoksiin eikä niiden välttämiseen, joten saman tuloksen saavuttaminen uusintamittauksilla on sen pyrkimysten vastaista. (Heikkinen ym. 2007, 148; Metsämuuronen 2000, 32.)

## 7.1 Validiteetti

Validiteetti eli pätevyys viittaa käsitteenä siihen, että tutkimuksessa mitataan sitä, mitä on tarkoitus mitata (Heikkinen ym. 2007, 147). Tässä kehittämistyössä tehtiin sitä, mitä oli tarkoituskin tehdä. Tarkoituksena oli tähdentää liikunnan ja ravitsemuksen merkitystä mielenterveyskuntoutujan elämässä sekä lisätä asukkaiden sekä henkilökunnan tietämystä näissä asioissa. Luentojen avulla kerrottiin liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen vaikutuksista jokapäiväiseen elämään. Validiteetti liittyy käytettyjen mittausten ja tutkittavan ilmiön väliseen suhteeseen. Totta on sellainen väite tai kuvaus, joka vastaa tosiasioiden tilaa eli on vastaavuussuhteessa tosiasioihin. Sisäinen validiteetti liittyy käytettyjen käsitteiden ja tehtyjen valintojen johdonmukaisuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231–232; Kankkunen ym. 2009, 152; Toikko ym. 2009, 122.) Taustatietoa haettiin liikunnasta ja ravitsemuksesta sekä näiden ilmenemisestä mielenterveyspotilaiden kohdalla. Palautelomakkeen laadintaan olisi pitänyt panostaa enemmän tai toteuttaa se jollakin muulla tavalla. Askartelutuokion järjestäminen korvasi palautelomakkeen puutteellisuutta, ja sen avulla saatiin hieman tietoa, olisiko luennoista jäänyt mitään mieleen. Ulkoinen validiteetti liittyy johtopäätösten ja ul-

koisten ilmiöiden väliseen suhteeseen (Kankkunen ym. 2009, 152). Luentojen vaikutuksista ei saatu riittävästi tietoa.

## 7.2 Reliabiliteetti

Reliabiliteetti eli luotettavuus liittyy mittarien ja tutkimusasetelmien toimivuuteen. Keskeinen osa reliabiliteettia on toistettavuus eli tulosten pysyvyys. Tieteellisten tulosten edellytetään usein olevan siinä mielessä koeteltavissa, että toinen tutkija voi toistaa tutkimusasetelman ja saada samanlaisia tutkimustuloksia eli mitataan tulosten alttiutta satunnaisvaihtelulle. Mittausten luotettavuutta vahvistetaan laskemalla niiden keskiarvo ja jättämällä pois pienin ja suurin tulos. (Heikkinen ym. 2007, 147; Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kankkunen ym. 2009, 152; Toikko ym. 2009, 122.) Mielenterveyskuntoutujien tilanteet vaihtelevat suuresti, ja se vaikuttaa toistettavuuteen. Kohderyhmälle, joka ei kärsi mielenterveyden ongelmista, interventiot tulee taas suunnitella eri lähtökohdista. Tässä työssä kohderyhmä oli myös pieni, eli yleistettävyyttä ei voida tehdä näin pienen joukon kohdalla.

Kehittämistoiminnassa luotettavuuteen liittyy monimutkaisia ongelmia. Esimerkiksi sosiaalisten prosessien toistettavuuden vaatimus on problemaattinen seikka. Samanlaisen ryhmäprosessin aikaansaaminen uudella ryhmällä ei ole koskaan itsestäänselvyys, vaikka ryhmän ulkoiset olosuhteet ja ryhmän tehtävänanto pysyisivät samanlaisina. (Toikko ym. 2009, 123). Tässä kehittämistyössä toistettavuus muodostuu ongelmaksi. Luennot, liikuntapäivä ja askartelukaan eivät toteutuneet täsmälleen samalla kohderyhmällä. Myöhemmin uudelleen toteutettaessa osa asukkaista olisi voinut vaihtua tai heidän tilassaan olisi voinut tapahtua muutoksia, jotka estäisivät osallistumisen. Toisessa pienkodissa tulokset voisivat olla aivan toisenlaisia, sillä tuloksiin vaikuttavat kohderyhmän lähtökohdat. Toiseksi esimerkiksi kehittämistoiminnan mittarit ja kyselylomakkeet joudutaan usein laatimaan varsin nopeasti, jolloin mittarin pätevyys asetuu koetukselle. Tällöin voidaan puhua validiteettiin kohdistuvista ongelmista. Mittarin yhteys niitä ohjaaviin käsitteisiin saattaa jäädä epäselväksi. Kolmanneksi kehittämistoiminnan aineistot muodostuvat usein varsin suppeiksi. Kysymys on tällöin toistettavuuteen liittyvä ongelma, mutta aina ei ole takeita myöskään tällaisen aineiston sisäisestä luotettavuudesta. (Toikko ym. 2009, 123.)



### 7.3 Vakuuttavuus

Laadullisen tutkimuksen piirissä kysymykset reliabiliteetista ja validiteetista on pyritty korvaamaan vakuuttavuuden käsitteellä. Tutkijan on vakuutettava tiedeyhteisö tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat näkyviksi. On myös kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja, mihin hän päätelmänsä perustaa. Tutkijan on näytettävä aineistonsa ja siihen perustuva argumentaatio mahdollisimman avoimesti, jolloin tutkija vakuuttaa tiedeyhteisön tutkimuksensa pätevyydestä. Kehittämistoiminnan näkökulmasta edellisiin luotettavuuden osatekijöihin voidaan vielä liittää kysymys toimijoiden sitoutumisesta. Kehittämistoiminta on usein luonteeltaan sosiaalinen prosessi, jossa kehittäjät osallistuvat toimintaan ja toimijat kehittämiseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233; Kankkunen ym. 2009, 160; Toikko ym. 2009, 123–124.) Tämän työn vakuuttavuutta lisää kehittämistyön asianmukainen raportointi, joka tekee siitä myös läpinäkyvää. Muille ei jää epäselväksi mitä tutkija on tehnyt ja mitä saanut aikaan. Vakuuttavuutta lisää myös yhteistyökumppanin mukaan ottaminen prosessin alusta alkaen ja tälle asioista tiedottaminen aina kun siihen on ollut aihetta. Myös asukkaille on kerrottu reaaliajassa mitä tullaan tekemään ja milloin. Kaikki tarpeellinen tieto on myös kirjattu ja ne raportoidaan. Tutkija on neuvonut kohderyhmäänsä miten panostaa terveelliseen ruokavalioon ja liikuntaan, mutta toteutus jää kohderyhmälle. Tutkija ei voi pakottaa ketään muutokseen, vaan muutoksen on lähdettävä yksilöistä itsestään. Tutkija toimii eräänlaisena motivoijana ja toivoo, että asukkaat muuttavat käytöstään oppimansa mukaan.

### 7.4 Havainnointi

Useissa metodikirjoissa käytetään sanaa observointi, kun viitataan siihen, että tutkija tekee aktiivisesti havaintoja tutkimuskohteessaan. Tutkimushavainnointi on katsomista sekä kuuntelemista. Havainnointiaineistoon perustuvaan tutkimushavainnointiin kuuluu näköhavaintojen lisäksi tunteminen, haistaminen ja maistaminen. Tutkimus- tai havainnointikohde ja tutkimusongelma määrittävät, mitä aisteja käyttäen se tulee parhaiten havaituksi. Tutkimushavainnointi on ihmisen kokonaisvaltaista ja tietoista ilmiöiden, asioiden ja tapahtumien aistimista suhteessa siihen, missä ne ilmenevät. Tietoinen havainnointi on tutkijan huomion suuntautumista koko tutkimuskohteeseen. (Vilka 2006, 8–9.)

Vilkan (2006, 42–54) mukaan eri havainnointitapoja ovat tarkkaileva havainnointi, osallistuva havainnointi, aktivoiva osallistuva havainnointi, kokemalla oppiminen ja piilohavainnointi. Tarkkaileva havainnointi on kohteen ulkopuolista havainnointia. Tämä tarkoittaa, että tutkija ei osallistu tutkimuskohteensa toimintaan. Hän on ulkopuolinen tarkkailija. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija osallistuu tutkimuskohteensa toimintaan tutkimuskohteen ehdoilla ja yhdessä sen jäsenten kanssa ennalta sovitun ajanjakson. Osallistuva havainnointi tapahtuu usein ennalta valitusta teoreettisesta näkökulmasta, ja se on jollakin tavalla ennalta suunniteltu. Osallistuva havainnointi eroaa aktivoivasta osallistuvasta havainnoinnista eli toimintatutkimuksesta. Edellinen pyrkii ymmärtämään ja jälkimmäinen ymmärtämisen lisäksi myös muuttamaan tutkimuskohdettaan. Tässä kehittämistyössä tutkija oli aktivoivan osallistuvan havainnoitsijan roolissa. Tutkija havainnoi pitämillään interventioilla kohderyhmänsä käyttäytymistä sekä kiinnostuksen astetta. Tutkija myös pyrki muuttamaan kohderyhmänsä käyttäytymistä. Kokemalla oppimisessa tutkija havainnoi ihmisten toimintaa ja keskinäistä vuorovaikutusta luonnollisissa tilanteissa, koska tutkijan tavoitteena on oppia yhteisön kulttuuri, sen ajattelu- ja toimintatavat sisältäpäin. Tästä johtuen tutkijan tutkimusyhteisössä viettämä aika on yleensä hyvin pitkä. Piilohavainnointia on kahden tyyppistä. Ensimmäisessä tyyppissä tutkija osallistuu kohteen elämään, mutta tutkittavat eivät tiedä, että osallistumien tapahtuu tutkimustarkoituksessa. Tutkija ei osallistu millään tavalla tutkimuskohteen tapahtumien kulkuun tai havaittavan ilmiön sisältöön. Tutkija on ulkopuolinen. Toinen piilohavainnoinnin tyyppi on, kun tutkija osallistuu tutkimuskohteen toimintaan ensisijaisesti muista syistä ja toissijaisesti tutkimussyistä. Tutkija ei niin sanotusti soluttaudu ryhmään sisälle, koska kuuluu siihen itsekkin. Tämäntapaiset tutkimusasetelmat katsotaan moraalisesti oikeutetuimmiksi kuin sellaiset, joissa tutkija soluttautuu peitetarinan turvin tutkimuskohteeseen.

Haittana havainnoinnilla saattaa olla, että havainnoija saattaa häiritä tilannetta, jopa suorastaan muuttaa tilanteen kulkua. Jos tutkija sitoutuu emotionaalisesti tutkittavaan ryhmään, objektiivisuus kärsii. Havaintojen tallentaminen havainnointitilanteessa voi olla vaikeaa, ja tutkija joutuu toimimaan muistinsa varassa. Luentojen aikana havainnointi tapahtui lähinnä katsekontaktin sekä asukkaiden esittämien kysymysten kautta. Tutkija havainnoi asukkaiden eleitä ja ilmeitä ja niiden kautta heidän kiinnostustaan aiheisiin. Kiinnostuksesta kertoivat asukkaiden esittämät kysymykset ja kommentit luentoihin liittyen. Havainnointi, varsinkin ainoana tiedonkeruumenetelmänä, vaatii runsaasti aikaa, jolloin tutkija voi väsyä ja tarkkaavaisuus huononee. Usein tarvitaan

rinnakkaistarkkailijaa, jonka tulisi havainnoida asioita samalla tavalla kuin varsinainen tutkija. (Hirsjärvi ym. 2009, 213–214; Kankkunen ym. 2009, 95.) Luennot olivat lyhytkestoisia ja osallistujien määrä oli pienehkö, joten havaintoja oli helppo tehdä. Luentotila oli myös pieni, joten asukkaat olivat lähellä, joka lisäsi havainnoinnin helppoutta. Haittaavana tekijänä oli eräiden asukkaiden oleminen selkä tutkijaan päin. Liikuntatuokion havainnointi oli hieman hankalampaa, koska luennoitsija aktiivisesti osallistui liikuntaan. Jos luennoitsija lopetti jumppaliikkeiden tekemisen tehdäkseen havainnointeja, myös asukkaat lopettivat hetken päästä liikkeiden tekemisen. Tutkijan tuli siis liikkeiden lomassa tehdä havainnointeja. Askartelu toteutettiin kahden vastakkain asetellun pirttipöydän ääressä, joten siinä havainnointi toteutui hyvin. Kaikkiin asukkaisiin oli katsekontakti ja heidän osallistuessaan kuvien leikkelyyn, tutkija pystyi keskittymään havainnointiin. Havainnoinnissa ylipäätään edistävinä tekijöinä oli interventioiden lyhytkestoisuus (tutkijan ote ei herpaantunut) ja pieni osallistujaryhmä. Tilojen edistävinä tekijänä oli niiden sopiva koko (kaikki lähellä), mutta haittaavana tekijänä että kaikkiin ei saanut katsekontaktia.

## 8 POHDINTA

Skitsofreniapotilaan hoidossa korostuu tukea antava eli supportiivinen työskentelyote ja hoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta selviytymään. Tutkija huomasi saman kuin Antikainen (2002, 13, 15) ja Ojanen (2002, 125) tutkimuksissaan, eli tuen tulee olla jatkuvaa ja mielenterveyskuntoutujia tulee kannustaa toimissaan. Monet mielenterveyskuntoutujat tietävät, että pitäisi liikkua päivittäin, jotta kunto pysyy ennallaan tai kohenee. Usein he kuitenkin yliarvioivat liikunnan merkityksen. Jos he kävelevät esimerkiksi viidentoista minuutin ajan, ovat he mielestään liikkuneet todella paljon. Tämä on tietysti parempi kuin olla kokonaan liikkumatta. Joidenkin kohdalla taas liikkuminen on lähes pakonomaista, jolloin sitä tulee rajoittaa hoitohenkilökunnan toimesta. Miten mielenterveyskuntoutujille saataisiin iskostettua terveellisen ja monipuolisen liikkumisen määritelmä.

Tässä kehittämistyössä annettiin tietoa ja uusia kokemuksia mielenterveyskuntoutujille. He itse päättävät, miten he käyttävät saatua tietoa hyväkseen. Hoitohenkilökunnan tulee tukea mielenterveyskuntoutujia näissä toiminnoissa. Norén (2005, 29) on todennut, että terveysliikunta psykiatrisessa hoitotyössä tuottaa potilaalle hyötyä ja mielihy-

vää. Samanlainen kuva jäi myös tutkijalle itselleen. Liikunta auttaa Ojasen (2006, 26) mukaan ahdistukseen ja masennukseen, ja nämä ovat yleisiä myös skitsofreniaa sairastavilla. Kaikenlainen liikunta on hyväksi kunnolle ja sekä fyysiselle että psyykkiselle terveydelle. Liikunnan koettiin myös virkistävän mielialaa, tuovan hyvää oloa, olevan mukavaa ja liikunnan koettiin pitävän painoa kurissa. Liikunnan harrastaminen ryhmässä koettiin hauskaksi ja ryhmään lähteminen oli helpompaa kuin yksin liikkuminen, mikä tulee ilmi myös Ruuskasen (2006, 77–78) tutkimuksessa. Näihin päätelmiin päästiin liikuntatuokion ja askartelutuokion jälkeen keskustelemalla.

Ravitsemuksen toteutus on toinen suuri ongelma mielenterveyskuntoutujan kohdalla. Usein ravinto on yksipuolista, sitä syödään liian vähän tai liikaa, jos kukaan ei ole huolehtimassa heidän ravitsemuksestaan. Herkkujen osuus on yleensä suuri mielenterveyskuntoutujien kohdalla. Annoskoot saattavat kasvaa myös ylisuuriksi lääkityksen aiheuttaman ruokahalun kasvun takia, tai he eivät tunne kylläisyyttä. Lohtusyömistä saattaa myös esiintyä. Useilla mielenterveyskuntoutujilla on myös alkoholiongelmaa, jos he asuvat itsenäisesti. Mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat paljon ohjausta ja tukea noudattaakseen terveellistä ruokavaliota. Usein he kokevat, että hoitohenkilökunta määrää heidän syömisistään eivätkä näe syytä miksi hoitajat rajoittavat syömiä.

Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan tämän kehittämistyön pienkodin asukkaat olivat joko esiharkinta tai harkintavaiheessa. Heidän kohdallaan on vaikea tehdä suoraa johtopäätöstä, missä vaiheessa he ovat ja itse he eivät kykene sanomaan missä vaiheessa ovat. Hoitohenkilökunta tukee heitä terveellisissä elämäntavoissa, ja heillä on niistä jonkin verran tietoa. Osa ei halua muuttaa mitään, vaan ovat tyytyväisiä nykyiseen tilanteeseen. Osa haluaa muutosta, mutta epäilee kykyjään toteuttaa muutosta. Osa taas on valmis muutokseen ja haluaa toteuttaa sitä. Joka vaiheessa hoitohenkilökunnalla on aktiivinen rooli, ja heidän tulee tarkkaan miettiä, millä tavalla he tietoa jakavat. Mielenterveyskuntoutujien kohdalla helposti joudutaan tilanteeseen, jossa hoitohenkilökunta on tiedon välittäjä ja mielenterveyskuntoutuja kokee olevansa vain pelinappula, jonka tulee noudattaa annettuja ohjeita. Transteoreettinen muutosvaihemalli näytti sopivan hyvin toteutettujen interventioiden pohjaksi. Muutosvaihemallin vaiheet tutkija sai selville keskustelemalla ja havainnoimalla asukkaita ja tekemällä päätelmiä heidän kommentistaan.

Kehittämistyön teossa tuli ilmi, että mielenterveyskuntoutujat ovat halukkaita tietämään asioista, mutta toteutuksen kanssa on usein ongelmia. Ilman hoitohenkilökuntaa terveellisten elintapojen noudattaminen vaikeutuisi. Osa ymmärtää terveellisen ruokavalion ja liikunnan merkityksen terveydelleen, osaa ei kiinnosta ja osa haluaisi syödä mitä haluaa. Näiden kolmen eri ryhmän välillä luoviminen ja terveellisten elintapojen noudattaminen vaatii hoitohenkilökunnalta aitoa kiinnostusta sekä panostusta asiaan. Jos hoitohenkilökunta ei ole motivoitunutta, he eivät jaksakaan panostaa mielenterveyskuntoutujien terveelliseen elämään. Paljon vaikuttaa myös se, miten asioista kerrotaan mielenterveyskuntoutujille. Onko tieto niin sanotusti ylhäältä johdettua vai otetaanko siinä huomioon asukkaiden omat mielipiteet ja tarpeet?

## 8.1 Kehittämisehdotuksia

Kehittämistyön tulosten ja vaikuttavuuden arviointi on haasteellista. Tulokset näkyvät usein vasta myöhemmin, ja tällaisessa opintoihin liittyvässä työssä aikaa tulosten näkyväksi tuloon ei ole riittävästi. Muutosta ei siis voida arvioida. Vaikuttavuutta työllä on varmasti kohderyhmälle, mutta suurempaan yleistykseseen sen avulla ei pystytä. Liikunnan ja terveellisen ruokavalion juurruttamista ei ehdi tapahtua näin lyhytkestoisen kehittämistyön aikana. Tämän kohderyhmän kohdalla olisikin tärkeää pitkäkestoisempi projekti, jolloin juurruttamista voitaisiin paremmin tehdä ja tulokset saataisiin paremmin näkyviksi. Esimerkiksi jo vuoden mittainen projekti antaisi enemmän tietoa, ovatko mielenterveyskuntoutujat pystyneet muuttamaan elintapojaan terveelliseen suuntaan. Tässä yhteydessä voitaisiin myös mitata esimerkiksi painoindeksiä ja tarkastella verikokeiden avulla muutoksen astetta ja hyötyä.

Toinen katsantokanta voisi olla hoitohenkilökuntaan keskittyminen. Mitä he tietävät liikunnasta ja ravitsemuksesta, ja hyödyntävätkö he näitä tietoja tarpeeksi työssään? Mielenterveyskuntoutujien kohdalla saattaa hoitajille helposti tulla väsymisen tunnetta, koska joka asiaan pitää kehottaa ja kannustaa. He voivat tuntea itsensä voimattomiksi, koska tietoa ja taitoa on, mutta he eivät saa niitä hyödynnetyksi tarpeeksi hyvin työssään.

## 8.2 Eettistä pohdintaa

Tervon (1996, 189) mielestä tärkeä terveydenhuollon eettinen kysymys on, vaikuttameko edullisesti väestön terveydentilaan. Joissakin tapauksissa vastaus on selvästi

myönteinen, toisissa tapauksissa taas epävarma. Leino-Kilven (2003, 164) mielestä terveyden edistämisen peruskysymys kuuluu: Millä oikeudella voidaan pyrkiä vaikuttamaan toisen ihmisen terveystietämiseen ja siten myös hänen terveyttä koskevaan primaariprosessiinsa? Mielenterveysongelmat vaikuttavat suuresti koettuun hyvinvointiin. Mielenterveyspotilaiden tiedot tai taidot eivät välttämättä riitä huolehtimaan itsestään, vaan jonkun muun tulee huolehtia niistä heidän puolestaan tai tukea ja kannustaa heitä siinä. Mielenterveysongelmien oireet ovat moninaisia, ja niiden takia terveydestä huolehtiminen voi jäädä vähälle. Tutkittua tietoa mielenterveyden mukanaan tuomista ongelmista on saatavilla, mutta miten on toteutuksen laita. Autetaanko ja tuetaanko mielenterveysongelmaisia tarpeeksi heidän jokapäiväisessä elämässään terveyden kannalta?

Kuten Mikkola (1996, 201) ja Välimäki (2003, 217–219) toteavat, ovat asiakkaan itsemääräämiseen, oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoon liittyvät eettiset kysymykset yhteiskunnan muuttuessa entistä ajankohtaisempia, ja monet eettiset ongelmat mielenterveyskuntoutujien kohdalla johtuvat sairauden luonteesta. Kun ymmärrys omasta tilasta puuttuu tai sairautentunne on vähäinen, myös käsitys avun tarpeesta voi hämärtyä. Sairaus tai heikko sosiaalinen asema voivat aiheuttaa sen, että ihmisellä on vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämäänsä. Mielenterveystyössä on oltava myös herkkyyttä havaita, missä kulkevat hoitajan ja potilaan päätösvallan rajat. Tasapainon löytäminen pakon, rajoittamisen ja vapauden välillä onkin keskeisimpiä eettisiä kysymyksiä mielenterveystyössä. Jokaisella tulisi olla yhtäläiset oikeudet saada hyvää palvelua sekä ohjausta. Mielenterveyskuntoutujien kohdalla itsemääräämisoikeus on kaksitahoinen asia. Heillä on oikeus määrätä omasta hoidostaan, mutta siinä vaiheessa kun he eivät enää ymmärrä omaa parastaan, tulee hoitohenkilökunnan päättää asioista heidän puolestaan. Tässä kehittämistyössä mielenterveyskuntoutujien itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin eikä ketään pakotettu osallistumaan luennoille tai askarteluihin. Tällä haluttiin korostaa mielenterveyskuntoutujien omaa mielenkiintoa asiaan. Pakottamalla ketään ei saada muuttamaan käytöstään, vaan muutoksen tulee lähteä omasta halusta. Tätä tutkija halusi korostaa.

Kalkas (2002, 112) toteaa, että sekä väestön entistä suurempi terveyttä koskevan tiedon hallinta että ”kuluttajatietoisuus” palvelujen käytössä on kasvussa. Ihmiset voivat olla tyytymättömiä palvelujen persoonattomuuteen ja siihen, että heidän esittämiinsä kysymyksiin ei vastata. Hoitotyöntekijät joutuvat yhä useammin vastaamaan potilai-

den esittämiin hoidon perusteita koskeviin kysymyksiin. Vaikka ihmiset taloudellisesti voivat paremmin kuin ennen, ihmisten fyysinen ja henkinen hyvinvointi eivät ole samassa suhteessa parantuneet, Kalkas jatkaa. Hoitotyöntekijän on tärkeää perustella toimintansa ja valintansa, jos hän päättää asioita mielenterveyskuntoutujan puolesta. Mielenterveyskuntoutujalle tulee tulla tunne, että hänet otetaan huomioon päätöksiä tehdessä. Pienkodin hoitohenkilökunta ottikin asukkaat hyvin mukaan ruokien suunnitteluun. Monesti mielenterveyskuntoutujilla ei ole samoja mahdollisuuksia harrastaa kuin terveillä ihmisillä. Joko heidän terveydentilansa ei salli ryhmiin osallistumista tai sitten heillä on heikko taloudellinen tilanne, kuten Vartiainen (2002) tutkimuksessaan toteaa. Tunne-elämän latistuminen, aloitekyvyttömyys ja sosiaalisten kontaktien puute voivat aiheuttaa sen, että mikään ei tunnu kiinnostavan. Mielenterveyskuntoutujasta voi tuntua, että hän on aivan yksin ja kukaan ei välitä hänestä. Tärkeää olisikin saada aikaan onnistumisen kokemuksia ja sosiaalisten kontaktien lisääntymistä. Mielenterveyskuntoutujille tulee tulla myös tunne, että he itse päättävät elämästään, että kaikki ei ole jostakin muualta määrättyä.

Tätä työtä voitaisiin hyödyntää myös muissa alueen pienkodeissa, koska ongelmat ovat samankaltaisia kaikilla mielenterveyskuntoutujilla. Menemällä kertomaan työstä muihin pienkoteihin, tutkija saisi myös alueellista vaikuttavuutta työlleen. Kymenlaakso on laaja alue, täällä on useita pienkoteja ja sitä kautta paljon mielenterveyskuntoutujia. Jos kaikissa pienkodeissa kiinnitettäisiin entistä enemmän huomiota terveisiin elämäntapoihin, voitaisiin elintasosairauksia ehkä ehkäistä jonkin verran. Sillä yksi sairaanhoitajien tehtävistä on ennaltaehkäistä mahdollisia sairauksia ja lievittää jo olemassa olevan sairauden oireita. Tätä kautta vaikuttavuutta tulisi myös valtakunnallisella tasolla.

## LÄHTEET

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. SI: WSOY.

Antikainen, A-M. 2002. Skitsofreniaa sairastavan ihmisen arki: psykososiaalinen selviytyminen avohoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Archie, S. M., Goldberg, J. O., Akhtar-Danesh, N., Landeen, J., McColl, L. & McNiven, J. 2007. Psychotic Disorders, Eating Habits, and Physical Activity: Who Is Ready for Lifestyle Changes? *Psychiatric Services* 58 (2), s. 233–239.

Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Bengtsson-Tops, A. 2004. Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, s. 298–304.

Daumit, G. L., Goldberg, R. W., Anthony, C., Dickerson, F., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J., Wohlheiter, K. & Dixon, L. B. 2005. Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease* 193 (10), 641–646.

Faulkner, G. & Biddle, S. 2002. Mental Health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9 (6), 659–665.

Fogelholm, M. 2001. Ratkaisuja ravitsemukseen. S.I: Palmenia-kustannus.

Fogelholm, M. & Oja, P. 2005. Terveysliikuntasuositukset. Teoksessa Terveysliikunta, toim. M. Fogelholm & I. Vuori. Jyväskylä: Duodecim.

Gretchen-Doorly, D., Subotnik, K. L., Kite R. E., Alarcon, E. & Nuechterlein, K. H. 2009. Development and evaluation of a health promotion group for individuals with severe psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 33 (1), s. 56–59.



Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitsemus. 9. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Heikinaro-Johansson, P. 2003. Liikunnanopetuksen suunnittelu. Teoksessa Näkökulmia liikuntapedagogiikkaan, toim. P. Heikinaro-Johansson, T. Huovinen & L. Kytökorpi. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. S.l: WSOY.

Heikkinen, H., L., T. & Syrjälä Leena. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Toiminnasta tietoon, toim. H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirvensalo, M. & Häyrynen, T. 2003. Aikuisten liikunta. Teoksessa Näkökulmia liikuntapedagogiikkaan, toim. P. Heikinaro-Johansson, T. Huovinen & L. Kytökorpi. Helsinki: WSOY.

Huttunen, M. O. 2002. Psykykenlääkeopas. Hämeenlinna: Duodecim.

Hyytinen, L. & Roiha, M. 2009. Keskisuomalaisten työkäisten ravitsemustottumusten varhaistunnistaminen ja tyyppin 2 diabetesriskin kartoittaminen EVI-hankkeessa. Mini-intervention ja transteoreettisen muutosvaihemallin soveltaminen. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2008. Skitsofrenia. Teoksessa Psykiatria, toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henrikson, M. Marttunen, & T. Partonen. 5.-6. painos. Jyväskylä: Duodecim.

Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M. & Lawrie, S. 2009. Barriers to uptake physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health* 18 (6), s. 523–532.

Joukamaa, M., Heikkinen, M. & Lönnqvist, J. 2008. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidontarve. Teoksessa *Psykiatria*, toim. J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henrikson, M. Marttunen & T. Partonen. 5.-6. painos. Jyväskylä: Duodecim.

Kalkas, H. 2002. Hoitotyön ammattietiikka. Teoksessa *Hoitotyön etiikan perusteet*, H. Kalkas & A. Sarvimäki. 5.–7. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. *Sl. WSOYpro*.

Karvonen, M., Peltola, M., Isohanni, M., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lehtinen, K., Hella, P. & Häkkinen, U. 2008. PERFECT – Skitsofrenia. Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Työpapereita 8/2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Keränen, S. 2008. Skitsofreniapotilaan selviytyminen avohoidossa läheisten näkökulmasta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kitabayashi, Y., Narumoto, J., Kitabayashi, M. & Fukui, K. 2006. Body Mass Index among Japanese inpatients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 36 (1), s. 93–102.

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

Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf> [viitattu 27.1.2010]

Lahti, P. 2006. Liikunta ja mielenterveys – historiallista taustaa. Teoksessa *Liiku mieli hyväksi*, toim. S. Turhala & S. Kettunen. S.I: Suomen mielenterveysseura.

- Lamberti, J. S., Olson, D., Crilly, J. F., Olivares, T., Williams, G. C., Tu, X., Tang, W., Wiener, K., Drovin, S. & Sietz, M. B. 2006. Prevalence of the Metabolic Syndrome Among Patients Receiving Clozapine. *American Journal of Psychiatry* 163 (7), s. 1273–1276.
- Leino-Kilpi, H. 2003. Terveyden edistämisen etiikka. Teoksessa *Etiikka hoitotyössä*, H. Leino-Kilpi & M. Välimäki. 1. painos. S.l: WSOY.
- Lintunen, T. 2003. Liikunta ihmisen elämänsäkulussa. Teoksessa *Näkökulmia liikuntapedagogiikkaan*, toim. P. Heikinaro-Johansson, T. Huovinen & L. Kytökorpi. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Mikkola, T. 1996. Hoitotyön eettisyys ja terveydenhuollon voimavarat. Teoksessa *Etiikan puutarhassa – Eettisyys ja arki terveydenhuollossa*, toim. S. Salo & H. Tähtinen. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metadologia-sarja* 4. Viro.
- Määräyskokoelma 1999:81. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 13.1.2000. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/nolo81/a&lhoito.htm> [viitattu 22.2.2010]
- Niemi, A. 2006. Ravitsemus kuntoon. Jyväskylä: Docendo Sport.
- Norén, S. 2005. Terveysliikunta psykiatrisessa polikliinisessä hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Nummenmaa, A. R. & Nummenmaa, T. 2002. Toisen asteen näkökulma. Teoksessa *Opetus, Oppiminen, vuorovaikutus*, toim. M-L Julkunen. 2., uusittu painos. Vantaa: WSOY.
- Nupponen, R. 2005a. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa *Terveysliikunta*, toim. M. Fogelholm & I. Vuori. Jyväskylä: Duodecim.

- Nupponen, R. 2005b. Masennus ja ahdistuneisuus. Teoksessa *Terveysliikunta*, toim. M. Fogelholm & I. Vuori. Jyväskylä: Duodecim.
- Nylander, U. 2002. Potilaan opettaminen. Lähtökohtana potilaslähtöisyys. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Ojanen, M. 2002. Psykkiset häiriöt ja mielenterveys. Teoksessa *Uusi erityisliikunta*. E. Mälkiä & P. Rintala. Tampere: Liikuntatieteellinen Seura ry.
- Ojanen, M. 2006. Liikunnan teoriaa, käsitteitä ja tutkimuksia. Teoksessa *Liiku mieli hyväksi*, toim. S. Turhala & S. Kettunen. S.l: Suomen mielenterveysseura.
- Paronen, O. & Nupponen, R. 2005. Terveyden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa *Terveysliikunta*, toim. M. Fogelholm & I. Vuori. Jyväskylä: Duodecim.
- Peltonen, H. 2000. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammattiteissa. 3. uudistettu painos. Tampere: Tammi.
- Peltosaari, L., Raukola, H. & Partanen, R. 2002. Ravitsemustieto. Uudistetun laitoksen 1. painos. Keuruu: Otava.
- Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim.). 2005. Mielenterveysatlas – tunnuslukuja Suomesta. Saarijärvi: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. 2003. *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis. Fifth Edition.* United States of America: Thomson Brooks/Cole.
- Pylkkänen, K., Syvälahti, E. & Tamminen, T. 2003. Keskeistä käytännönpsykiatria. Hämeenlinna: Recallmed Oy.
- Rintala, P. & Huovinen, T. 2003. Erityisryhmien liikunta. Teoksessa *Näkökulmia liikuntapedagogiikkaan*, toim. P. Heikinaro-Johansson, T. Huovinen & L. Kytökorpi. Helsinki: WSOY.
- Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Mielenterveyden keskusliitto.

- Ruuskanen, E-I. 2006. Liikuntaryhmien ohjaajien ja ryhmäläisten kokemuksia. Teoksessa *Liiku mieli hyväksi*, toim. S. Turhala & S. Kettunen. S.l: Suomen mielenterveysseura.
- Ruusunen, A. 2009. Psykkiset sairaudet. Teoksessa *Ravitsemus hoitotyössä*, toim. S. Arffman, R. Partanen, H. Peltonen & L. Sinisalo. Helsinki: Edita.
- Seals, J. G. 2007. Integrating the transtheoretical model into the management of overweight and obese adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 19, s. 63–71.
- Singer, E. A. 2007. The transtheoretical model and primary care: "The Times They Are A Changin". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 19, s. 11–14.
- Siponen, U. 2000. Potilaiden tyytyväisyys psykiatriseen avohoitoon. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Saatavissa:  
<http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf> [viitattu 25.9.2009.]
- Suomela, T. & Salokangas, R. K. R. 2004. Psykoosia edeltävä oireilu. Terästäydä havaitsemaan riskitapaukset. *Duodecim* 120, s. 1827–1830.
- Sutton, S. 2001. Recovery and relapse. Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction* 96, s. 17–186.
- Tanskanen, A. & Tiihonen, J. 2004. Omega-3-rasvahapot – uusi lisähoito masennukseen? *Duodecim* 120, s. 2033–2035.

Tervo, T. 1996. Terveydenhuollon eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Etiikan puutarhassa – Eettisyys ja arki terveydenhuollossa, toim. S. Salo & H. Tähtinen. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2007. Eläketurvakeskus. Saatavissa: <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=41214&Item=63446> [viitattu 8.10.2009.]

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 2. painos. Tampere: Tampere University Press.

Tolmunen, T., Ruusunen, A., Voutilainen, S. & Hintikka, J. 2006. Ravinto ja mielialahäiriöt. *Duodecim* 122, s. 791–798.

Tolonen, M. 2007. Kuinka ravitseminen edistää mielenterveyttä. Teoksessa Ravitseminen ja mielenterveys, toim. M. Tolonen. Huhmari: Karprint Oy.

Turunen, K. E. 1999. Opetustyön perusteet. Vaasa: Atena Kustannus Oy.

UKK-instituutti. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/liikuntavinkit/995> [viitattu 25.1.2010]

Vartiainen, H. 2002. Skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan sosiaalinen ja taloudellinen asema avohoidossa. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteen laitos. Opinnäyte-tutkielma.

Vilkkä, H. 2006. Tutki ja havainnoi. 1.–2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen, M. & Kasila, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta ja tiede* 6/2004, s. 81–87.

Välimäki, M. 2003. Eettiset kysymykset mielenterveystyössä. Teoksessa Etiikka hoitotyössä, H. Leino-Kilpi & M. Välimäki. S.I: WSOY.

Wahlbeck, K. 2004. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, toim. M. Heikkilä & M. Roos. Saarijärvi: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus.

Ylén, H. & Ojanen, M. 1999. Liikunta on hyväksi – jos siltä tuntuu. Liikunta mielen- terveyspotilaiden avohoidon tukena -projekti. Helsinki: Liikuntatieteellinen Seura ry.

## TAULUKKO AIKAISEMMISTA TUTKIMUKSISTA

Tutkija(t) Teoksen tiedot	Tarkoitus / tavoitteet	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
Antikainen Anna-Maija, 2002, Skitsofreniaa sairastavan ihmisen arki, Pro-gradu - tutkielma	Kuvata pitkäaikaisesti skitsofreniaa sairastavan avohoitopotilaan arkielämää ja arjesta selviytymistä.	Kohderyhmänä olivat 35 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä sekä 35 omahoitajaa. Tutkimus toteutettiin strukturoituna haastatteluna, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä.	Arkielämän sisältö muodostui kodista ja kotitöistä. Sairaus rajoitti itsestään ja ympäristöstään huolehtimisessa. He tarvitsivat erilaisia palveluja ja tukitoimia. Selviytymisestä avohoidossa kertoivat kiinnostus ulkomaailmaan, erilaiset keinot selviytyä kuormittavista tilanteista ja tunteista sekä vuorovaikutuksen laatu ja määrä. Selviytymisen ongelmat liittyivät turvattomuuteen ja yksinäisyyteen, sairaudesta johtuviin toimintakyvyn rajoituksiin, sosiaaliseen tilanteeseen, tukipalvelujen puutteeseen ja päihteiden käyttöön.
Archie Suzanne M., Goldberg Joel O., Akhtar-Danesh Noori, Landeen Janet, McColl Linda & McNiven Jean, 2007, Psychotic Disorders, Eating Habits, and Physical Activity: Who Is Ready for Lifestyle Changes?	Verrata psyykkisesti sairaiden elämäntapamuutokseen halukkaiden ja niiden, jotka eivät ole valmiita muutokseen, erityispiirteitä Kanadasa.	Osallistajat (101) jaettiin heidän muutosvaiheensa mukaisiin ryhmiin ruokailutottumusten ja fyysisen aktiivisuuden mukaan. Ominaisuuksista mitattiin BMI, kehon ikä, ravitsemuksellinen tilanne ja fyysisen aktiivisuuden taso.	Muutoshalukkuuden yleisyys yllätti: 68 % halusi muuttaa ruokailutottumuksiaan ja 54 % fyysistä aktiivisuutta. Osallistajat, jotka olivat valmiita muuttamaan ruokailutottumuksiaan, olivat myös valmiita muuttamaan fyysistä aktiivisuuttaan. Ruokailutottumusten muutoksen taso oli yhteydessä BMI:n. Fyysisen aktiivisuuden muutoksen taso oli taas yhteydessä energisyyteen ja jaksamiseen sekä kohtuulliseen liikkumiseen, mutta ei vähäiseen liikkumiseen.



Tutkija(t) Teoksen tiedot	Tarkoitus / tavoitteet	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Bengtsson-Tops A., 2003, Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network</p>	<p>Tutkia itsenäisyyteen, klinisiin ja väestötieteellisiin, hoidon tarpeeseen, tukeen ja sosiaaliseen verkostoon liittyviä yhteyksiä. Lisäksi tutkittiin miten itsemääräämisen muutokset vaikuttivat näihin kolmeen seikkaan.</p>	<p>Tutkimus tehtiin 120 skitsofreniaa sairastavalle, jotka asuivat yhteisössä. Strukturoidut haastattelut tehtiin tutkimuksen alussa ja 18 kuukauden kuluttua. Perlin's mastery scale, the Camberwell Assessment of Needs, the Interview Schedule for Social Interaction ja the Brief Psychiatric Rating Scale käytettiin molemmissa tapauksissa.</p>	<p>Stepwise regression- analyysi osoitti negatiivisen yhteyden psykopatologian, etenkin affektiivisten ja negatiivisten oireiden, ja itsenäisyyden välillä. Voimakas itsenäisyyden tunne yhdistettiin nuoreen ikään ja vähäiseen avun tarpeeseen., 50,7 % itsenäisyyden tunteesta selittyi näillä seikoilla. Muutokset itsenäistyessä yhdistettiin positiivisesti sosiaalisiin kontakteihin, mutta negatiivisesti affektiivisten oireiden muutoksiin. Skitsofreniaa sairastavien itsenäisyyden tarkentamiseen tarvitaan yhteisöllisten hoitopalvelujen kehittämistä, välineitä toteuttaa muutoksia ja interventioiden määrittämistä. Toimenpiteitä sosiaalisten taitojen parantamiseksi, hoidon ja tuen tarvetta elämän eri osa-alueilla, ravitsemuksen ja aktiivisuuden saralla tarvitaan lisää.</p>
<p>Daumit G. L., Goldberg R. W., Anthony C., Dickerson F., Brown C. H., Kreyenbuhl J., Wohlheiter K. &amp; Dixon L. B.; 2005, Physical activity patterns in adults with severe mental illness.</p>	<p>Fyysisen aktiivisuuden puute on suurin kuolinsyy ja vaikka Surgeon General suosittaa säännöllistä, kohtuullista liikuntaa, monet amerikkalaiset ovat passiivisia. Kasvavan lihavuuden ja diabeteksen taakan vuoksi, psyykkisistä sairauksista kärsivät voivat eritoten hyötyä aktiivisuuden lisäämisestä. Silti tiedetään vain vähän fyysisen aktiivisuuden yleisyydestä ja tavoista psyykkisistä sairauksista kärsivillä.</p>	<p>Skitsofreniaa sairastavia ja affektiivisistä häiriöistä kärsiviä avohoitopotilaita verrattiin ikä-sukupuolirotu- yhteensopivaan väestö-otokseen. Psyykkisesti sairaat valikoitiin kahdelta psykiatrian keskukselta Marylandista.</p>	<p>Psyykkisesti sairaat ovat passiivisempia kuin normaali väestö. Kuitenkin suhteutettuna aktiivisuus oli samaa tasoa. Psyykkisesti sairaat yksinomaan harrastivat kävelyä. Psyykkisesti sairaista ne, joilla ei ollut sosiaalisia kontakteja sekä naiset, todennäköisimmin olivat passiivisia liikunnan suhteen.</p>

Tutkija(t) Teoksen tiedot	Tarkoitus / tavoitteet	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
Faulkner G. & Biddle S., 2002, Mental health nursing and the promotion of physical activity.	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden käsityksiä terapeuttisena toimintana sairaalapotilailla.	12 psykiatrista hoitajaa haastateltiin puoli-strukturoidun laadullisen haastattelun periaatteella.	Kaikki osallistujat olivat sitä mieltä, että fyysistä aktiivisuutta tulisi lisätä sairaalaloissa. Kolme toisiinsa liittyvää teemaa löytyi, jotka ilmaisivat fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan käsitteellistämistä. Ensimmäiseksi liikunta ja fyysinen aktiivisuus nähtiin häiritsevänä tekijänä enemmän kuin yhdistävänä tekijänä. Toiseksi liikunta koettiin elämäntapamuutoksena ja yksilön velvollisuudeksi. Kolmanneksi fyysisen ja psyykkisen käsitteen toisistaan erottaminen koettiin vaikeaksi ja se oli tärkein esiin noussut seikka.
Gretchen-Doorly D., Subotnik K. L., Kite R. E., Alarcon E. & Nuechterlein K. H., 2009, Development and evaluation of a health promotion group for individuals with severe psychiatric disabilities.	Teoriapainotteinen tutkimus terveyden edistämisestä ja psykiatrisesta kuntoutuksesta esitettiin. Kuusiaskelmainen ohjelma kehittää ja arvioi yhdistäviä toipumiseen liittyviä perusajatuksia, joissa voimaantuminen ja valinta ovat mukana terveydenhuollon päätöksissä.	Hyvinvointiohjelman pilotti, joka opetti perusteet ravitsemuksesta, liikunnasta ja stressin sietotaidoista skitsofreniaa sairastavilla, näytti kuinka joka askel saavutetaan. Esipilotin tiedot analysoitiin paired-sample t testillä. Yhdeksän skitsofreniaa sairastavaa osallistui pilottiinohjelmaan.	Huolimatta pienestä otoksessa ja pienestä tilastollisesta voimasta, pare-sample t test osoitti, että ohjelma lisäsi osallistujien tehokkuutta terveyden toimintataivoissa, eritoten psyykkisen hyvinvoinnin ja terveyden velvollisuuden alueilla, ja samalla vähensi stressiä.
Johnstone R., Nicol K., Donaghy M. & Lawrie S., 2009, Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia.	Tutkia ymmärryksen ja noudattamisen esteitä fyysisen aktiivisuuden osalta yhteisössä asuvilla skitsofreniaa sairastavilla.	Laadullinen tutkimus johon osallistui 27 skitsofreniaa sairastavaa yhteisössä asuvaa potilasta Edinburghissa. Potilaat haastateltiin yksitellen puoli-strukturoidun haastattelurungon mukaan. Ylä- ja alateemat samaistettiin tulkinnallisen fenomenologisen analyysin avulla.	Neljä estettä fyysisen aktiivisuuden ymmärrykselle löydettiin: rajoitettu kokemus fyysisen aktiivisuuteen sitoutumiseen, sairauden ja lääkkeiden vaikutus, ahdistuksen vaikutus ja verkoston tuki.

Tutkija(t) Teoksen tiedot	Tarkoitus / tavoitteet	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
Keränen Sami, 2008, Skitsofreniapotilaan selviytymisen avohoidossa läheisten näkökulmasta, Pro gradu -tutkielma	Kuvata skitsofreniaan sairastuneiden läheisten ihmisten näkemyksiä skitsofreniapotilaiden avohoidossa selviytymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä heidän toiveitaan ja odotuksiaan avohoidolta.	Kohderyhmänä oli 8 skitsofreniaan sairastuneen läheistä ihmistä. Menetelmänä oli haastattelu.	Sairastuneet selviytyvät melko hyvin avohoidossa, mutta tarvitsevat huolenpitoa ja avustusta arkielämässään. Sairastuneet ovat sopeutuneet elämään sairauden kanssa. Sairastuneiden selviytymiseen vaikuttivat heidän yksilölliset, sosiaaliset, terveyteen liittyvät sekä aineelliset voimavarat. Läheiset voivat avohoidolta hoidon monipuolisuutta, hoitosuhteen toimivuutta sekä sairastuneen itsenäisyyden tukemista.
Kitabayashi Y., Narumoto J., Kitabayashi M. & Fukui K., 2006, Body Mass Index among Japanese inpatients with schizophrenia	Tutkimuksen tarkoituksena oli täsmentää lihavuuden ja BMI:n korkeaa yleisyyttä Japanilaisilla skitsofreniaa sairastavilla avohoitopotilailla.	Kohteena oli 273 skitsofreniaa sairastavaa avohoitopotilasta (miehiä 141, naisia 132). Potilaiden BMI jakaumaa verrattiin normaaliin verrokki-ryhmään, jonka tiedot saatiin Japanese National Health and Nutrition Survey:stä 2003.	Potilaiden keskimääräinen BMI oli 23,0 ja se näytti normaalia jakaumaa. Tilastollista näyttöä korkeammasta BMI:sta ei tullut miespotilaiden kohdalla, mutta suurempi yleisyys alipainoon tuli selvästi ilmi potilaiden kohdalla suurimmassa osassa ikäkymmenissä. Naispotilailla esiintyi suurempaa esiintyvyyttä ylipainoon 50–59-vuotiailla. Myös alipainoa ja vähemmän normaalipainoisia esiintyi 40–70-vuotiaissa naispotilaissa.
Lamberti J. Steven, Olson David, Crilly John F., Olivares Telve, Williams Geoffrey C., Tu Xin, Tang Wan, Wiener Karen, Dvorin Steven & Dietz Marci B., 2006, Prevalence of the Metabolic Syndrome Among Patients Receiving Clozapine.	Verrata metabolisen oireyhtymän esiintyvyyttä skitsofreniaa sairastavilla ja affektiivisistä häiriöistä kärsivillä, jotka saavat klotsapiinilääkettä, normaaliin verrokkiryhmään, jonka tiedot saatiin National Health and Nutrition Examination Survey:sta.	93 avohoitopotilasta verrattiin 2701 verrokkiryhmäläiseen National Cholesterol Education Program Criteria:n mukaan. Avohoitopotilaiden tiedot hankittiin psykkisen arvioinnin, laboratoriokokeiden ja lääkitystietojen kautta.	Metabolista oireyhtymää oli merkittävästi yleisemmin klotsapiinia saavilla kuin verrokkiryhmällä. Klotsapiinia saavilla potilailla logistic regression analysis osoitti yhteyden iän, BMI:n ja klotsapiinilääkityksen keston välillä metaboliseen oireyhtymään. Ainoastaan ikä ja BMI oli yhteydessä metaboliseen oireyhtymään molemmissa ryhmissä.

Tutkija(t) Teoksen tiedot	Tarkoitus / tavoitteet	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
Norén Sanna, 2005, Terveysliikunta psykiatrisessa polikliinisessa hoitotyössä, Pro gradu-tutkielma	Kuvata mitä terveystoiminta on psykiatrisessa polikliinisessa hoitotyössä, ja miten hoitajat ovat käyttäneet terveystoimintaa hoitomenetelmänä työssään sekä kuvata terveystoiminnan käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä.	Tutkimukseen osallistettiin 12 henkilöä, jotka teemahaastateltiin ryhmähaastatteluisissa. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysimenetelmällä.	Terveystoiminta on psykiatrisessa polikliinisessa hoitotyössä mielenterveyden edistämistä ja osa hoitotyöntekijöiden perustyötä. Monimuotoista toimintaa, joka mahdollistaa potilaalle erilaisten tunteiden kokemista ja myönteisiä muutoksia terveydentilassa harjoittelun ja oppimisen myötä. Hoitotyöntekijät hyödyntävät liikuntaa työssään, mutta kokevat terveystoiminnan käytön vaativaksi tehtäväkokonaisuudeksi, joka vaatii vielä kehittämistä. Terveystoiminnan käyttöä edistävät ja estävät tekijät ovat moninaisia ja liittyvät sekä potilaan terveydentilaan, hoitotapahtumaan, työntekijän ominaisuuksiin että työorganisaatioon.
Vartiainen Harri, 2002, Skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan sosiaalinen ja taloudellinen asema avohoidossa, Opinnäytetutkielma	Tutkia mielenterveyskuntoutujien sosiaalista ja taloudellista asemaa avohoidossa.	Tutkimus sisälsi teoreettisen osuuden sekä empiirisen osuuden, jossa tutkittavana oli 35 skitsofreniaa sairastavaa. Tutkijalla oli käytettävissään valmis haastatteluaineisto, jossa strukturoituja sekä puolistrukturoituja kysymyksiä.	Skitsofreniaa sairastavien kuntoutujien sosiaalisen ja taloudellisen aseman määrittämiseen vaikuttivat kulttuuriset, historialliset ja kielelliset tekijät. Osallistuminen kodin ulkopuoliseen toimintaan oli hyvin vähäistä. Toimeentulo muodostuu pääosin eläketuloista ja asumistuesta sekä eläkkeensaajien hoitotuesta. Suurin osa ei käyttänyt erilaisia tukipalveluja juuri lainkaan.
Ylén Hanna & Ojanen Markku, 1999, Liikunta on hyväksi – jos siltä tuntuu, Liikunta mielen-terveyspotilaiden avohoidon tukena - projekti	Arvioida ja kehittää sellaisia toimintamalleja, joissa liikunnan avulla voidaan edistää mielen-terveyspotilaiden psykososiaalista tilaa ja selviytymistä avohoidossa.	Tutkimuksen ensimmäinen otos 86 henkilöä, toinen osuus 46 henkilöä. Fyysistä kuntoa mitattiin standardisoiduilla menetelmillä, psyykkistä hyvinvointia itsearviomakkeilla. Mittaukset tehtiin liikunta-ajan alkaessa sekä päättyttyä.	Psykiatriset potilaat liikkuvat selvästi keskimääräistä vähemmän. Kävely on suosituin liikuntamuoto. Liikuntaryhmiin osallistuminen paransi jonkin verran fyysistä suorituskykyä molemmilla sukupuolilla. Psyykkisen hyvinvoinnin osalta hyötyivät selvemmin naiset.

## OPETUSSUUNNITELMAN RUNKO

Aika	Asia	Opetusmenetelmä	Havainnollistaminen
10.00–10.10	- terveellinen ruokavalio	- luento	
10.10–10.25	- lautasmalli  - ruokakolmio	- luento  - demonstraatio	- kuva lautasmallista  - kuva ruokakolmiosta
10.25–10.35	- 1400 kcal ruokavalio  - 1800 kcal ruokavalio  -2300 kcal ruokavalio	- luento  - demonstraatio	- monisteet ruokavalioista
10.35 – 10.50	- kasvikset ruokavaliossa	- luento  - demonstraatio	- kuva ruokavaliosta kasviksilla ja ilman  - monisteet
10.50–11.00	- aikaa kysymyksille  - aikaa keskustelulle	- avoin keskustelu aiheesta	
13.00–13.20	- liikuntasuositukset	- luento  - demonstraatio	- kuva Liikuntapiirakasta
13.20–13.40	- liikunnan merkitys hyvinvointiin	- luento	
13.40–13.50	- liikuntapäivän ohjelma	- kerronta	
13.50–14.00	- aikaa kysymyksille  - aikaa keskustelulle	- avoin keskustelu aiheesta	

## PALAUTELOMAKE

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sinua lähinnä oleva vaihtoehto.

5= samaa mieltä, 4= osittain samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 1= eri mieltä.

Ymmärrän mitä lautasmallilla

tarkoitetaan.	5	4	3	2	1
---------------	---	---	---	---	---

Ymmärrän mitä ruokakolmiolla

tarkoitetaan.	5	4	3	2	1
---------------	---	---	---	---	---

Ymmärrän miksi on tärkeää liikkua

riittävästi.	5	4	3	2	1
--------------	---	---	---	---	---

Ymmärrän monipuolisen liikunnan

merkityksen.	5	4	3	2	1
--------------	---	---	---	---	---

Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä sinua lähinnä oleva vaihtoehto.

Pyrin noudattamaan terveellistä ruokavaliota.	Kyllä	Ehkä	En
---	-------	------	----

Pyrin lisäämään liikuntaa.	Kyllä	Ehkä	En
----------------------------	-------	------	----

Seuraaviin kysymyksiin voit vastata vapaasti kirjoittamalla.

Mitä mieltä olit ravitsemus- ja liikuntaluennoista? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Mitä mieltä olit liikuntapäivästä? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Haluaisitko jatkossakin tällaista toimintaa? Perustele. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Mitä hyötyä koit luennoista ja liikuntapäivästä itsellesi? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Mitä muuta haluat sanoa? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Kiitos palautteestasi!





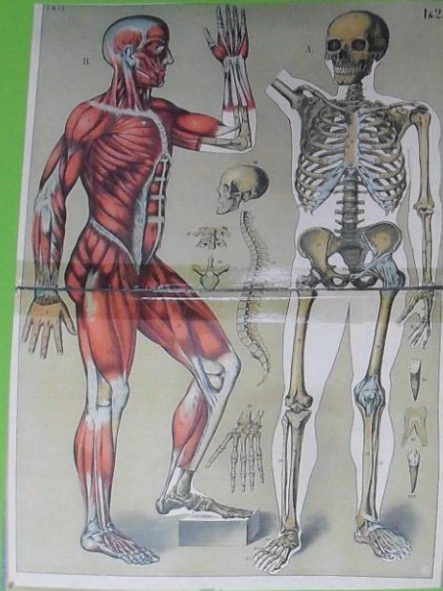


# VÄLTETTÄVIÄ SYÖTÄVIÄ



EI KOSKAAN

## LIIKUNNAN VAIKUTUKSET KEHOON:



- PAINONHALLINTA
- KUNTO TASAPAINOSSA
- MIELI PYSYVIRKEÄNÄ
- UPENLAATU PARANEE
- RYHTI PARANEE
- VAHVA LUUSTO
- JAKSA PAREMMIN
- VERENKIERTO PARANEE
- SYDÄN PYSYVIRKEÄNÄ
- EPPALTA EHKÄISEE SAIRAUKSIA
- HAPENOTTOKYKY PARANEE

## HYVIÄ LIIKUPTALAJEJA:

- HIIHTO
- PYÖRÄILY
- UIMTI
- SAAPPAAHEITTO
- KÄVELY
- YLEISURHEILU
- KUMTOSALI
- JUMPPA
- LUISTELU
- POTKUKELKKAILU
- SAUVAKÄVELY
- TAMSSI

MOTTO:

"TÄRKEINTÄ EI OLE VOITTO, VAAN OSANOTTO"