

# **Suun omahoidon edistäminen**

Voimaannuttavaa pienryhmäohjausta Niuvanniemen sairaalan osasto 10  
potilaille

**Kaisa Karhu  
Sille Korgesaar  
Titta Santala**

Opinnäytetyö

**19. 11. 2012**

---

**Ammattikorkeakoulututkinto**



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Suun terveydenhuollon koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Kaisa Karhu, Sille Korgesaar, Titta Santala	
Työn nimi Suun omahoidon edistäminen – Voimaannuttavaa pienryhmäohjausta Niuvanniemen sairaalan osasto 10 potilaille	
Päiväys	19.11.2012
Sivumäärä/Liitteet	61/1
Ohjaaja(t) lehtori Pirjo Miettinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Niuvanniemen sairaala, osasto 10	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Laitoshoidossa olevien mielenterveyspotilaiden suun terveyttä on Suomessa tutkittu varsin vähän. Vuonna 2002 Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksella aloitetun tutkimushankkeen "Suun terveydenhuolto psykiatrisia potilaita hoitavissa sairaaloissa vuonna 2002" mukaan erityisesti ehkäiseviin toimiin tulisi sairaaloissa panostaa. Tutkimuksen mukaan mielenterveyspotilaiden suun terveydenhoito on useassa tapauksessa heikkoa.</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä yhteistyössä Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää Niuvanniemen sairaalan osasto 10 potilaille pienryhmätilaisuuksia, jossa pääpaino oli potilaiden suun omahoidon ohjaamisessa ja siihen motivoimisessa. Viestintäkeinona käytettiin yhtä terveysviestinnän osa-aluetta, voimaannuttavaa pienryhmäohjausta.</p> <p>Kehittämistyön tavoitteena oli motivoida osasto 10 potilaita suun omahoitoon. Näin tavoite oli potilaiden suun omahoidon edistäminen.</p> <p>Pienryhmätilaisuudet pidettiin lauantaina 12.5.2012 osastolla 10. Pienryhmiä oli yhteensä neljä ja ohjattavia yhteensä 19 osaston 27:stä potilaasta. Tilaisuuksissa käsiteltäviä aiheita olivat muun muassa suun ja hampaiden mekaaninen puhdistaminen, suun ja hampaiden sairaudet, napostelu ja psyykenlääkkeiden vaikutus suun terveyteen.</p> <p>Arviointimenetelminä käytettiin itsearviointia ohjauksen ja terveysviestinnän näkökulmista. Opinnäytetyöhön ei kuulunut ohjattavien suun omahoitotottumusten kontrolloimista pienryhmätilaisuuksien jälkeen, joten ohjaustilanteiden vaikuttavuutta on tulevaisuuden kannalta vaikea arvioida. Koska mielenterveyspotilaiden motivaatio suun omahoitoon on yleisesti heikko, tulisi psykiatristen sairaaloiden hoitohenkilökunnan tietämystä suunhoitoon liittyvissä asioissa suun terveydenhuollon ammattilaisten toimesta pitää yllä.</p>	
Avainsanat Mielenterveyspotilas, suun terveys, suun omahoito, voimaantuminen, pienryhmätilaisuus	

**SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**  
**THESIS**

**Abstract**

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Oral Health Care			
Author(s) Kaisa Karhu, Sille Korgesaar, Titta Santala			
Title of Thesis Emphasizing oral health self-care – Empowering small group guidance for the patients in ward 10 of Niuvanniemi hospital			
Date	19.11.2012	Pages/Appendices	61/1
Supervisor(s) Senior lecturer Pirjo Miettinen			
Client Organisation /Partners Niuvanniemi hospital, ward 10			
Abstract <p>Oral health of institutionalized mental health patients have not been researched much. According to a research project "Oral health care of hospitalized psychiatric patients in Finland in 2002" by University of Helsinki's Institute of Dentistry, hospitals should invest especially in preventive care. According to the research, mental health patients' oral health is in most cases weak.</p> <p>This study was made in collaboration with Niuvanniemi Forensic Psychiatric Clinic as development work. The purpose of the study was to put together small group events emphasizing oral health self-care for the patients in ward 10 of Niuvanniemi Hospital. The aim of the study was to motivate patients in ward 10 to take care of their oral health. Empowering communication was used as the main communication method.</p> <p>The group events were held on Saturday, May 5th 2012 in ward 10. There were four small groups and altogether 19 people. Topics covered in these events were mechanical cleaning of the mouth and the teeth, oral diseases, snacking and the effect of medication on oral health.</p> <p>Assessment methods used were self-assessment from the point of view of guidance and health communication. The study did not include controlling the self-care of the patients' oral health, so assessing the effectiveness of the guidance situations is difficult. Because mental health patients' motivation on oral self-care is generally weak, the staff of psychiatric hospitals should be offered information on oral health care by oral health professionals.</p>			
Keywords Mental health patient, oral health, oral self-care, empowerment, small group event			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT .....	9
2.1	Skitsofrenia.....	9
2.2	Masennus .....	11
3	NIUVANNIEMEN SAIRAALA.....	12
3.1	Osasto 10 .....	12
3.2	Suun omahoidon haasteet.....	13
4	MIELENTERVEYSPOTILAIDEN SUUN TERVEYS.....	15
4.1	Omahoidon vaikutus suun terveyteen.....	15
4.1.1	Gingiviitti.....	17
4.1.2	Parodontiitti.....	17
4.2	Napostelu .....	18
4.2.1	Karies .....	19
4.2.2	Ksyytoli .....	20
4.3	Psykenlääkkeet ja suun terveys.....	21
4.3.1	Psykoosilääkkeet.....	22
4.3.2	Masennuslääkkeet.....	23
4.3.3	Lääkkeiden aiheuttama suun kuivuus.....	24
5	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	26
6	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ .....	28
7	VOIMAANNUTTAVA PIENRYHMÄOHJAUS JA TERVEYSVIESTINTÄ.....	29
7.1	Voimaannuttava pienryhmäohjaus.....	29
7.2	Terveysviestintä .....	31
7.3	Ryhmänohjaajan taidot .....	33
8	PIENRYHMÄTILAISUUKSIEN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI.....	36
8.1	Suunnittelu .....	36
8.2	Toteutus.....	39
8.3	Arviointi.....	44
9	POHDINTA .....	47
9.1	Toiminnan vaikuttavuus .....	47
9.2	Opinnäytetyöprosessi.....	49
	LÄHTEET .....	52

## LIITTEET

Liite 1 Palautekysely

## 1 JOHDANTO

Mielenterveyspotilaiden suun terveydenhoito on usein heikkoa (Haavio 2003, 774-775; Khokhar, Clifton, Jones & Tosh 2011). Psykkisesti sairaiden potilaiden motivaatio suun omahoitoon on yksi suurimmista ongelmista mielenterveyspotilaiden suun terveydenhoidon kannalta. Laitoshoidossa olevien mielenterveyspotilaiden suun terveydenhoitoa on Suomessa tutkittu melko vähän. (Haavio, Lankinen & Murtooma 2005, 4141 – 4145; Meurman 2007.)

Vuonna 2002 aloitettiin Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksella tutkimushanke ”Suun terveydenhuolto psykiatrisia potilaita hoitavissa sairaaloissa vuonna 2002”. Tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden mukaan sairaaloiden tulisi erityisesti painottaa ehkäisevää toimintaa. Lisäksi katsottiin, että suun terveydentila on erittäin tärkeässä osassa mielenterveyspotilaiden yleisterveyden kannalta. (Haavio ym. 2005, 4141-4145.)

Toimeksiantajana toiminnalliselle opinnäytetyöllemme toimi Niuvanniemen sairaala, joka on oikeuspsykiatrisen sairaala Kuopiossa. Sairaalan toiminnan tarkoituksena on tuottaa oikeuspsykiatrisia erityistason palveluja. Valtaosa sairaalan potilaista sairastaa skitsofreniaa. (Niuvanniemen sairaala 2012e.)

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa Niuvanniemen sairaalan osaston 10 potilaille pienryhmätilaisuuksia, joissa pääpaino oli potilaiden suun omahoidon ohjaamisessa ja siihen motivoimisessa. Viestintäkeinoksi valitsimme terveysviestinnän osa-alueen, voimaannuttavan pienryhmäohjauksen, jonka yksi tärkein tavoite on ohjattavien elämänhallinnan lisääntyminen (Laine, Rushalme, Salervo, Sivén & Välimäki, 2009, 244).

Kehittämistyön tavoitteena oli potilaiden motivoiminen suun omahoitoon eli potilaiden suun omahoidon edistäminen. Tavoitteena oli myös lisätä potilaiden tietämystä suun terveydenhoitoon liittyvistä asioista. Käsiteltäviksi aiheiksi valittiin muun muassa konsultaatiohaastattelun perusteella suun omahoidon, napostelun ja psyykenlääkkeiden vaikutus suun terveyteen.

Aloittaessamme opinnäytetyöprosessia olimme kaikki Niuvanniemen sairaalassa suorittamassa koulutusohjelmaamme kuuluvaa Suuhygienisti suun terveydenhoidon asiantuntijana eri yhteisössä –harjoittelua. Harjoittelun aikana pyysimme Niuvanniemen sairaalan henkilökunnalta toiveita ja ideoita pienryhmätilaisuuksia varten.





## 2 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Mielenterveyden häiriöt ovat epäyhtenäinen sairausryhmä. Diagnostiikka perustuu oireiden määriin ja ominaispiirteisiin sekä yhteisesti sovittuihin luokituksiin. Mielenterveyden ongelmat voivat ilmetä monella eri tavalla, eikä kaikille yhteistä oiretta ole. Vaikka raja mielen terveyden ja sairauden välillä on liukuva, pyritään erityyppiset mielenterveyden häiriöt määrittelemään mahdollisimman selkeästi. Psykiatristen häiriöiden ja sairauksien biologinen perusta on suurelta osin tuntematonta, sillä monet sairaudet ovat päällekkäisiä ja vaikeasti erotettavissa toisistaan. Vuosittain 1,5 prosenttia suomalaisista sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön. (Huttunen 2008, 8, 10, 13; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, Schubert 2010, 176.)

Psykoottinen tila eli mielisairaus on yksi osa vaikeimpia mielenterveyden häiriöitä (Kuhanen ym. 2010, 176). Psykoottisissa tiloissa ihmisen todellisuudentaju on ainakin osittain tai laajasti heikentynyt. Usein aistiharhat ja oudot kokemukset sekoittuvat menneisyyden muistoihin ja tuloksena voivat olla monenlaiset todellisuutta kaoottisesti vääristävät harha-aistimukset ja harhaluulot, joskus aggressiivisuutta tai impulsiivista käytöstä. Psykoottisiin oireisiin kuuluvat myös ajatuksen ja puheen häiriöt, hajanaisuus ja sekavuus. Psykoottisista tiloista kärsivillä on usein unettomuutta, pelkotiloja, ahdistusta ja masennusta. Todellisuutta vääristävien tulkintojen voimakkuus ja luonne vaihtelevat sairauden eri vaiheissa, eri tilanteissa ja eri henkilöillä. (Huttunen 2008, 48; Kuhanen ym. 2010, 187; Toivio & Nordling 2009, 119.)

Valtaosa Niuvanniemen sairaalan potilaista sairastaa skitsofreniaa (Niuvanniemen sairaala 2012e), joka on psykoosisairauksista vaikea-asteisin (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 85). Täten rajasimme käsiteltäviksi mielenterveyden häiriöiksi skitsofrenian ja psykoottisiin häiriöihin usein liittyvän masennuksen (Huttunen 2008, 94-96; Toivio & Nordling 2009, 122, 124). Ne käsitellään luvuissa 2.1 ja 2.2.

### 2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on psykoottisista häiriöistä yleisin ja sitä sairastaa noin prosentti aikuisväestöstä. Se on pitkäaikainen, usein monivuotinen tai elinikäinen sairaus, jossa esiintyy joko jatkuvasti tai jaksoittain psykoottisia oireita. Skitsofrenian syytä ei tarkoin tunneta, mutta suurella osalla skitsofreniaa sairastavista henkilöistä keskushermoston tiettyjen osien hienorakenne ja reaktio- ja toimintatapa eroavat normaaleista. Nykykäsityksen mukaan skitsofreniaa pidetään siis aivosairautena. Myös traumaattisten ja stressaavi-

en vuorovaikutussuhteiden on todettu vaikuttavan sairauden kehittymiseen ja kulkuun. Skitsofrenian yhteydessä esiintyy usein depressiota eli masennusta sekä itsetuhoisuutta. Näin ollen skitsofreniapotilaiden itsemurhariski on suurentunut. (Huttunen 2008, 48-53; Käypä hoito –suositus 2008; Nurminen 2011, 330; Pirkola & Sohlman 2005, 5.)

Skitsofreniaan sairastuminen tarkoittaa vaikeata persoonallisuuden hajoamista. Skitsofrenian kulku ja oireet vaihtelevat, ja sen muodot voivat taustaltaan ja olemukseltaan olla hyvinkin erilaisia. Psykoottiset oireet voivat kestää vuosia, ja niiden olemus voi vuosien kuluessa vaihdella. Oireet voivat olla hajanaisia, negatiivisia tai psykoottisia. Hajanaisiin oireisiin kuuluvat hajanainen puhe ja käytös sekä outo tapa ilmaista tunteita. Negatiivisia oireita ovat haluttomuus, tahdottomuus, kyvyttömyys tunkea mielihyvää ja tunneilmaston latistuminen. Psykoottisiin oireisiin luetaan kuulo- ja näköharhat, harhaluulot sekä erilaiset merkityselämykset. Psykoottisten merkityselämysten yhteydessä ihminen voi perusteetta kokea, että ihmisten eleet tai puheet viittaavat juuri häneen. (Huttunen 2008, 48-50,54; Isohanni, Joukamaa 2007; Käypä hoito –suositus 2008.)

Skitsofreniapotilailla kognitiiviset häiriöt ovat yleisiä kolmella alueella: tarkkaavaisuus ja keskittyminen, muisti sekä toiminnanohjaus. Monet skitsofreniaa sairastavat henkilöt eivät siedä monia samanaikaisia ärsyksiä ja ahdistuvat liiallisista tai voimakkaista ärsyksistä. Lisäksi skitsofreniaa sairastavilla ilmenee usein muistin lyhytkestoisuutta ja keskittymiskyvyn vaikeuksia sekä vaikeuksia pitää mielessään samanaikaisesti monia asioita. Muutokset uuden oppimisen ja kielellisen muistin alueella ovat tavallisia. Kyky tehdä nopeita päätöksiä on usein heikentynyt. Siksi skitsofreniaa sairastava henkilö usein ahdistuu tai lukkiutuu stressitilanteissa. Kaikilla potilailla ei kuitenkaan ilmene selkeitä kognitiivisia häiriöitä. (Huttunen 2008, 50; Käypä hoito –suositus 2008; Toivio & Nordling 2009,122-124.)

Skitsofrenian diagnoosin kriteerit ovat vaihdelleet vuosien kuluessa. Nykyisin skitsofrenian diagnosointi edellyttää kuusi kuukautta kestävästä sairausjakson, jonka aikana ilmenee vähintään kahta skitsofrenian määritelmän mukaista akuutin psykoosin oiretta. Skitsofrenian hoito on yksilöllistä ja vaihtelee sairauden eri vaiheiden mukaan. Sairauteen ei ole olemassa varmasti parantavaa hoitoa, mutta lääkehoito on tärkeä osa skitsofrenian hoitoa. Lääkehoito ei kuitenkaan ole yksin riittävä, vaan rinnalle tarvitaan psykoterapiaa tai kuntouttavia toimenpiteitä. (Huttunen 2008, 48-50,54; Toivio & Nordling 2009, 125-126.)

## 2.2 Masennus

Psykoottisista tiloista kärsivillä on usein masennusta eli depressiota. Masennus liittyy usein myös muihin mielenterveyden häiriöihin. Masennustilan oireisiin luetellaan voimattomuus, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, väsymys, ärtyneisyys, keskittymis- ja tarkkaavaisuuskyvyn heikkeneminen, reagoimattomuus ärsykeille, unettomuus sekä ahdistuneisuus. Masennus voi olla myös fyysisesti kivulias tila, johon voi liittyä päänsärkyä, lihaskipuja tai vatsavaivoja. Masennustilat ovat psyykkisesti tuskallisia ja kuluttavia kokemuksia ja niillä on taipumus toistua tehokkaasta lääkehoidosta huolimatta. (Huttunen 2008, 94-97; Kopakkala 2009, 11; Toivio & Nordling 2009, 104-105.)

Masennustilat ovat monitekijäisiä sairauksia. Niiden syntyyn liittyy biologisia, psykologisia ja sosiaalisia vaaratekijöitä. Etiologian kannalta keskeisiä ovat perinnöllinen taipumus, altistavat persoonallisuuden piirteet ja laukaisevat kielteiset elämäntapahtumat. Ihmisillä on erilainen alttius masentua. Masennuksen yleisyydestä Suomessa ei ole aivan yksiselitteistä käsitystä, koska arviot vaihtelevat laskutavasta riippuen. Kansainvälisten aineistojen mukaan masennuksen määrä on kasvanut koko 1900-luvun ajan ja lisääntyy edelleen. (Kopakkala 2009, 11-14; Käypä hoito –suositus 2010a.)

Masennustilat jaotellaan lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin sekä psykoottisiin tiloihin. Psykoottisessa masennustilassa esiintyy selviä psykoottisia oireita, esimerkiksi syyttäviä kuuloharhoja tai masennuksen sävyttämiä harhaluuloja. Tyypillisiä ovat voimakkaat riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteet, sekä kuoleman pelko. Psykoottinen masennus on tahdosta riippumaton tila ja siihen liittyy usein myös itsemurha-ajatuksia. Masennukselle altis henkilö on usein pessimistinen ja epäonnistumiset voivat tuntua itse aiheutetuilta. Myös kognitiivisia häiriöitä voi ilmetä. (Huttunen 2008, 94-97; Toivio & Nordling 2009, 105, 129-130)

Masennuksen hoidossa voidaan käyttää erilaisia psykoterapeuttisia lähestymistapoja yhdistettynä asianmukaiseen lääkehoitoon. Läheskään kaikki masennustilat eivät kuitenkaan lieivity masennuslääkkeillä. Vaikeissa psykoottistasoisissa masennustiloissa turvaudutaan narkoosissa tapahtuvaan sähköhoitoon, joka on potilaalle täysin turvallinen. Käytettävissä on kuitenkin useita erilaisia masennuslääkkeitä, joita käytetään myös muiden psykiatristen sairauksien ja tilojen hoidossa. Siksi masennuslääkkeiden käytön lisääminen viime vuosina ei johdu yksinomaan masennustilojen yleistymisestä. (Huttunen 2008, 102; Käypä hoito –suositus 2010a; Noppari ym. 2007, 57-58; Toivio & Nordling 2009, 111.)

### 3 NIUVANNIEMEN SAIRAALA

Valtaosa Niuvanniemen sairaalan potilaista sairastaa skitsofreniaa (Niuvanniemen sairaala 2012e). Sairaalaan otetaan potilaita joko oikeuden määräämää mielentilatutkimusta tai hoitoa varten. Potilaat, jotka ovat hoitoon määrättyjä, tulevat sairaalaan joko Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen eli THL:n päätöksellä tai sairaanhoitopiiriin hakemuksesta sairaalan ylilääkärin päätöksellä. Hoito pyritään toteuttamaan mahdollisimman pitkälle potilaan kanssa yhteisymmärryksessä, vaikka hoito ja tutkimus Niuvanniemen sairaalassa tavallisesti nojautuvat mielenterveyslain ”tahdosta riippumatta” –säädöksiin. (Niuvanniemen sairaala 2012c.)

Sairaalassa on 13 aikuisosastoa ja yksi nuoriso-osasto. Yhteensä sairaansijoja on 296. Osastoista viisi on sekaosastoja, seitsemän miestenosastoa, yksi naisosasto ja yksi alaikäisten osasto. Hoitohenkilökuntaa aikuisosastoilla on 0,67-1,53 hoitajaa/sairaansija ja nuoriso-osastolla 3,17 hoitajaa/sairaansija. (Niuvanniemen sairaala 2012a.)

Osastojen moniammatillinen henkilökunta koostuu muun muassa osastonhoitajasta, apulaisosastonhoitajasta, sairaanhoitajista, mielisairaanhoitajista, lääkäreistä, psykologista, sosiaalityöntekijästä, ylihoitajasta, toimintaterapeutista ja laitoshuoltajista. Yhteistyötä tehdään myös työ- ja toiminnallisen terapian, fysioterapian ja esimerkiksi liikunnanohjaajan kanssa. (Niuvanniemen sairaala 2012d.)

#### 3.1 Osasto 10

Niuvanniemen sairaalan osasto 10 on 27-paikkainen miesten pitkäaikaiskuntoutusosasto. Hoidettavat potilaat ovat sairauden akuutin vaiheen ohittaneita ja pitkälle kuntoutuneita. Kriminaalipotilaita osastolla on 20 ja vaarallisia ja/tai vaikeahoitaisia potilaita 7. Potilaiden keski-ikä on 44 vuotta. Vuosittain tilastoituja potilaiden väkivaltatilanteita osastolla ei ole ollut viime vuosina yhtäkään. Yksilöllisessä, kuntouttavassa hoidossa, sekä erilaisissa ryhmissä huomioidaan potilaan tarpeet ja valmiudet hyödyntäen moniammatillisen henkilökunnan osaamista. Potilaille tarjotaan mahdollisuus sairaalan ulkopuolisiin palveluihin kuten kuntoutusjaksoihin, työkokeiluihin ja kotilomiin. Tavoitteena on kuntouttaa potilaita avo-osastoille, oman kunnan sairaaloihin tai kuntoutuskohteihin onnistuneiden harjoittelujaksojen jälkeen. Osasto 10 on mukana laadunkehittämistyössä ja osallistuu sairaalan sisäisiin sekä ulkoisiin koulutuksiin. (Niuvanniemen sairaala 2012b.)

Osastolla 10 toimii useita ryhmiä, kuten keskusteluryhmä, päivittäisten toimintojen sekä sosiaalisten taitojen ryhmiä. Osastolla järjestetään virkistystoimintaa ja erilaisia tapahtumia, kuten retkiä, urheilutapahtumia, sekä uimahallikäyntejä. Työterapia on yksi oleellinen hoitomuoto, ja erilaisia työterapiapisteitä on sairaalassa useita. Osastolla toimitaan yhteisöhoitoperiaatteen mukaisesti, jolloin potilaat ovat mahdollisimman oma-toimisia, itsenäisiä ja vastuullisia. (Niuvanniemen sairaala 2012b.)

### 3.2 Suun omahoidon haasteet

Omasta hygieniasta huolehtiminen voi olla psyykkisesti sairaille henkilöille vaikeaa. Psyykkisiin häiriöihin liittyvä minäkuvan häiriintyneisyys voi ilmetä niin, että käsitys puhtaudesta voi olla omintakeinen tai siitä ei jakseta välittää. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen, Annala 2007, 58.) Niuvanniemen sairaalassa suorittamamme harjoittelujakson aikana huomasimme, että monille osaston 10 potilaille suuhygienian ylläpito oli haasteellista tai motivaatio siihen oli vähäistä.

Psykoosia ja erityisesti skitsofreniaa sairastavilla on yleisesti kognitiivisia vaikeuksia (Huttunen 2008, 48-54; Toivio & Nordling 2009, 123). Ne vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä esimerkiksi pukeutumista, syömistä ja peseytymistä. (Huttunen 2008, 48-54.) Kokemuksemme mukaan, kun aloitekyky päivittäisten askareiden suorittamiseen on heikko, voidaan motivointia suun omahoitoon pitää todella haasteellisena.

Psykoottisiin tiloihin liittyy usein masennusta (Huttunen 2008, 94-97; Toivio & Nordling 2009, 122, 124). Masentuneisuuteen liittyvä väsyneisyys ja reagoimattomuus ärsykeille voivat kokemuksemme mukaan olla este suun omahoitoon ohjaamisessa, kun tarvittavaa kontaktia potilaaseen on vaikea saavuttaa.

Skitsofreniaa sairastavat kärsivät usein keskittymisongelmista. Keskittymiskyvyn heikkous on usein myös masennuksen oire. (Huttunen 2008, 50, 94; Toivio & Nordling 2009, 105, 124.) Keskittymiskyvyn ongelmat voivat olla esteenä huolelliselle suun ja hampaiden puhdistamiselle. Masennukseen liittyvät muistivaikeudet (Huttunen 2008, 94) vaativat, että psyykkisesti sairaan potilaan suun omahoitoon ohjaaminen olisi jatkuvaa, jotta potilaan suun ja hampaiden puhdistus on säännöllistä.

Raskas lääkitys voi aiheuttaa esimerkiksi käsien vapinaa, pakkoliikkeitä kasvojen ja suun alueella sekä kehon hallinnan vaikeutta (Kuhanen ym. 2010, 257; Noppari ym. 2007, 106; Nordström & Sjögren 2000, 633-638). Kokemuksemme mukaan tämä voi osaltaan vähentää potilaiden motivaatiota suun omahoitoon, kun hampaiden ja suun

puhdistus voi olla fyysisten oireiden takia vaativaa. Siksi hoitajien antama motivointi, tuki ja avustaminen on tärkeää (Nordsröm & Sjögren 2000, 633-638).

Sairaalassa suoritetun harjoittelun tuomien kokemusten valossa huomasimme napostelun olevan potilaiden suun terveyteen haitallisesti vaikuttava asia. Makeita, sokeripitoisia herkkuja ja virvoitusjuomia käytetään runsaasti ja niiden nauttiminen voi tapahtua jopa yöaikaan. Napostelun vaikutuksia suun terveyteen käsitellään luvussa 4.2.

#### 4 MIELENTERVEYSPOTILAIEN SUUN TERVEYS

Vakavista psyykkisistä sairauksista kärsivillä henkilöillä on suuri riski sairastua erilaisiin suun sairauksiin (Khokhar ym. 2011; Haavio 2003, 774-775). Vakavien psyykkisten sairauksien hoidossa suun terveydenhoitoa ei pidetä prioriteettina (Khokhar ym. 2011). Heikolla suun terveydellä on kuitenkin vaikutuksia muun muassa elämänlaatuun, hyvinvointiin ja itsetuntoon. (Haavio ym. 2005, 4141-4145; Khokhar ym. 2011.)

Laitoshoidossa olevien mielenterveyspotilaiden suunterveyden tilaa on Suomessa tutkittu varsin vähän. Vuonna 2002 aloitettiin Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksella tutkimushanke ”Suun terveydenhuolto psykiatrisia potilaita hoitavissa sairaaloissa vuonna 2002”. Keväällä 2003 lähetettiin kysely psykiatrisia potilaita hoitavien sairaaloiden johtaville lääkäreille. Kyselyyn vastasi 66 sairaalaa. Tutkimuksen mukaan noin kaksi kolmasosaa lääkäreistä katsoi, että suun terveydentila on erittäin tärkeässä osassa psyykepotilaan yleisterveiden sekä hyvinvoinnin kannalta. (Haavio ym. 2005, 4141–4145.)

Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden mukaan erityisesti ehkäisevään toimintaan tulisi sairaaloissa panostaa. Kuitenkin 80 % vastaajista kertoi tärkeimmäksi hoitoon lähettämisen syyksi hammassärlyn tai muun havaitun vaivan. Vain kahden sairaalan lääkärit ilmoittivat tärkeimmäksi syyksi suun ja hampaiston tutkimuksen. Aloitteen potilaan lähettämiseksi suun terveydenhoitoon tekivät vastausten mukaan keskimäärin yhtä aktiivisesti kaikissa sairaaloissa lääkäri, hoitaja tai potilas itse. Yli puolessa kyselyyn vastanneista sairaaloista oli käytössä suun ja hampaiden päivittäistä puhdistusta koskevat ohjeet ja lähes kaikissa sairaaloissa henkilökunta auttoi potilaita suun päivittäisessä hoidossa. (Haavio ym. 2005, 4141-4145.)

Psyykkisesti sairaiden potilaiden suun terveydentilan parantamiseksi tulisi johtavien lääkäreiden mielestä keskittyä erityisesti ehkäiseviin toimiin. Potilaiden ohjausta ja neuvontaa omahoitoon, suuhygienistin käyntejä osastolla sekä henkilökunnan kouluttamista pidettiin tärkeänä. Lisäksi toivottiin psyykepotilaille suunnattua terveystasainneistoa sekä ohjeistusta maksujärjestelyihin. (Haavio ym. 2005, 4141-4145.)

##### 4.1 Omahoidon vaikutus suun terveyteen

Tutkimushankkeen ”Suun terveydenhuolto psykiatrisia potilaita hoitavissa sairaaloissa vuonna 2002” mukaan mielenterveyspotilaiden suun terveydenhoito on useassa tapauksessa heikkoa. Motivaation puute omahoidossa ja yleinen terveystietämättömyys

voivat lisätä suun alueen ongelmia entisestään. (Haavio 2003, 774-775.) Yksi suurimmista ongelmista onkin psyykkisesti sairaiden potilaiden motivaation puute hoitaa suutaan ja hampaitaan (Meurman 2007).

Suun puhdistamisen kulmakivi on mekaaninen puhdistaminen, johon kuuluu muun muassa hampaiden harjaus aamuin illoin fluoria sisältävällä hammastahnalla ja pehmeäharjaksisella hammasharjalla. (Heikka 2009a; Käypä hoito –suositus 2009). Sähköhammasharja on hyvä vaihtoehto esimerkiksi parodontiittipotilaille sekä niille, joiden käsien motoriikka on heikentynyt. (Käypä hoito –suositus 2009.)

Hyvään suuhygieniaan kuuluu tärkeänä osana myös hammasvälien puhdistaminen hammaslangalla, -lankaimella, -tikuilla tai väliharjoilla. Hammasvälien puhdistamisvälineen valintaan vaikuttaa henkilön hammasvälien ahtaus ja käden motoriikka. Hammasvälien oikeaoppinen puhdistus auttaa poistamaan bakteeripeitettä eli plakkia sekä ruoantähteitä paikoista, joihin hammasharja ei ylety, eli hammasväleistä ja ientaskuista. Hammasvälien puhdistus tulisi suorittaa iltaisin ennen hampaiden harjausta mutta vähintään kaksi kertaa viikossa. (Heikka 2009b; Käypä hoito –suositus 2009.)

Hyvään suuhygieniaan kuuluu myös tarvittaessa suun limakalvojen ja kielen puhdistaminen. Halitoosi eli pahanhajuinen hengitys johtuu useimmiten kielen pinnalle kertyvästä bakteeripeitteestä. Limakalvojen puhdistus voidaan tehdä kostutetulla sideharsolla pyyhkien. Kielen puhdistukseen sopii pehmeä hammasharja, jolla kieli hellästi harjataan, tai kielen puhdistukseen tarkoitettu kielenkaavin. (Ainamo, Paavola, Lahtinen & Eerikäinen 2003, 270-272.)

Hampaattomuus ei paranna suuhygieniaa eikä vähennä tulehdusten riskejä suussa. Proteesin pinta on sitä vastoin mainio kasvualusta monenlaisille mikrobeille. Tästä syystä proteesit ja limakalvot tuleekin puhdistaa päivittäin. Proteesien puhdistukseen käytetään proteesiharjaa. Tavallinen hammasharja ei ole oikea vaihtoehto, sillä se on kooltaan liian pieni ja useimmiten liian pehmeä. Puhdistukseen voi käyttää esimerkiksi astianpesuainetta, proteesinpuhdistusaineita tai nestemäistä saippuaa, jossa ei ole hankaavia ainesosia. Tavallista hammastahnaa ei suositella proteesien puhdistukseen, sillä sen hankaavat ainesosat naarmuttavat proteesien akryylipintoja. Proteesien puhdistukseen ja desinfiointiin on myös tarjolla kaupallisia puhdistustabletteja. Jokaisen ruokailun jälkeen proteesit tulisi ottaa pois suusta ja huuhtoa hyvin vedellä. Proteesit säilytetään puhtaina ja kuivina ilmvassa astiassa silloin, kun ne eivät ole suussa. Lisäksi suositellaan proteesien suusta pois ottamista aina yöksi, jotta suun limakalvot saisivat levätä. Mikäli proteeseja pidetään jatkuvasti suussa, altistaa se suun



limakalvojen sieni-infektioille sekä proteesistomatiitille eli tulehdukselle, joka syntyy proteesin alle. (Ainamo ym. 2003, 270-272.)

#### 4.1.1 Gingiviitti

Gingiviitti eli ientulehdus syntyy, mikäli hampaan pinnalle kertyvää bakteeripeitettä eli plakkia ei poisteta. Tulehduksen aikaansaama ienverenvuoto on elimistön puolustusreaktio bakteerien aiheuttamaan ärsytykseen. Lenkudoksessa vapautuu tulehduksenvälittäjäaineita ja verisuonten laajentuessa paikalle saapuu valkosoluja tuhoamaan bakteereita. (Könönen 2012a.)

Veren pakkautuessa ienkudokseen se turpoaa, on väriltään punainen ja vuotaa herkästi. Mikäli ien vuotaa verta hampaita puhdistettaessa, on kyseessä ientulehdus. Jos hampaiden mekaanista puhdistamista eli hampaiden harjausta ei ole suoritettu useaan päivään, tulehdus alkaa näkyä kaikkialla ienrajoissa. (Hiiri 2009; Könönen 2012a.) Jos tulehdus jatkuu, hampaan kiinnitys alkaa tuhoutua. Ien irtoaa hampaasta ja syntyy syventyneitä ientaskuja. Syventyneet ientaskut ovat oivallisia paikkoja bakteerien lisääntymiselle. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005a.)

Ientulehdus paranee, kun hampaan pinnoilla oleva plakki poistetaan. Näin bakteerien aiheuttama ärsytys ienkudokseen lakkaa. Huolellinen kotihoito on ientulehduksen ensisijainen hoito- ja ehkäisykeino. (Hiiri 2009; Könönen 2012a.) Mikäli plakkia ei harjata pois, se kovettuu syljen vaikutuksesta hammaskiveksi. Tällöin hampaita ei enää saada kotikonstein puhtaaksi. Ientulehdusta ja hammaskiven muodostumista voidaan ennaltaehkäistä pitämällä kaikki hampaiden pinnat liukkaina ja puhtaina. (Suomen hammaslääkäriliitto 2005a.)

#### 4.1.2 Parodontiitti

Psyykkisesti sairas henkilö ei välttämättä jaksaa keskittyä suun terveydenhoitoon. Parodontiitti eli hampaiden kiinnityskudossairaus, joka voi kehittyä hoitamattomasta ientulehduksesta, onkin tavallinen psyykkisesti sairailta henkilöillä. (Honkala 2009.)

Parodontiitti on merkittävä kansantauti. Usein kyseessä on krooninen parodontiitti, joka jää alidiagnosoitinsa vuoksi osin hoitamatta. Krooniselle parodontiitille altistavia tekijöitä ovat huono suuhygienia, tupakointi, iän mukanaan tuomat muutokset, eräät yleissairaudet ja niiden lääkitykset, miessukupuoli, perinnöllinen alttius ja huono sosioekonominen asema. (Käypä hoito –suositus 2010b.)

Parodontiitti tuhoaa hampaan ikeneen ja leukaluuhun kiinnittäviä säikeitä. Tällöin ien irtoaa hampaasta ja syntyy syventyneitä ientaskuja. Kudostuhon edetessä parodontiittipotilaan hampaiden liikkuvuus lisääntyy ja niiden asennoissa voi tulla muutoksia. Toisin kuin gingiviitti eli ientulehdus, joka paranee jälkiä jättämättä, aiheuttaa parodontiitti pysyviä kudostuhoaurioita. On muistettava, että tauti voi olla pitkään oireeton ja tulehduksen merkit voivat puuttua vaikeassakin parodontiitissa. (Käypä hoito –suositus 2010b; Könönen 2012b.)

Parodontiitin oireita ovat ienverenvuoto, märkävuoto, paha maku ja haju suussa. Parodontiitin hoitona on suunterveydenhuollon ammattilaisen suorittama suun ja hampaiden puhdistus, mutta tärkeintä on parodontiittipotilaan kotona tapahtuva säännöllinen hampaiden harjaus sekä hammasvälien puhdistus eli aktiivinen suun omahoito. Mekaanisen puhdistamisen tukena voidaan käyttää antiseptisiä suuvesiä ehkäisemään bakteeripeitteiden muodostumista. Suuvesi ei kuitenkaan korvaa mekaanista puhdistamista missään tapauksessa. Suun terveydenhuollon ammattilaisen tulisi neuvoa ja ohjata parodontiittipotilasta suun omahoitoon kädestä pitäen. (Käypä hoito –suositus 2010b; Könönen 2012b.)

Hampaiden kiinnityskudosten terveys on yleisterveyden tärkeä osa. Hoitamaton parodontiitti lisää ja pitää yllä elimistön systeemistä tulehdustilaa. Parodontiitin patogeenialistutus ja veren suurentuneet tulehdusarvot lisäävät sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. (Käypä hoito –suositus 2010b.)

## 4.2 Napostelu

Virvoitusjuomien, mehujen ja makeisten myynti on kasvanut Suomessa runsaasti viimeisen 20 vuoden aikana. Kariesta eli reikiintymistä aiheuttavat bakteerit käyttävät ravinnokseen fermentoituvia hiilihydraatteja, ennen kaikkea sokereita. Ruokailukertojen välillä nautittu sokeri kasvattaa hampaiden reikiintymisriskiä merkittävästi. Reikiintymisriski pienenee, mikäli sokeria nautitaan ruokailujen yhteydessä. (Heinonen, Haavisto, Seppä, Hausen 2008.)

Terveellisiä välipaloja ovat esimerkiksi hedelmät ja vihannekset sekä kokojyvävilja- ja maitotuotteet. Sen sijaan sokeripitoiset välipalat aiheuttavat verensokerin vaihtelua. Napostelu vie ruokahalun ja näin myös estää tarvittavien ravintoaineiden saannin. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Vesi on hampaiden kannalta paras janojuoma. Mehut, light-, urheilu- ja energiajuomat sisältävät runsaasti sokeria sekä ovat happamia. Mehutuotteita pidetään hyvinä vitamiinien lähteinä, mutta usein unohdetaan niiden korkea energiatiheys. Tämä energia on lähes kokonaan peräisin juomien sisältämistä sokereista. Usein käytettynä mehut tuotteet aiheuttavatkin kariesta ja hampaan kiilteen kemiallista liukenemistä eli eroosiota. Alkava eroosio on usein oireeton, pitkälle edennyt aiheuttaa hampaiden viiltelyä ja kipua. (Heinonen ym. 2008; Käypä hoito –suositus 2009)

Virvoitusjuomat, mehut ja makeiset olisi hyvä joko keskittää aterioiden yhteyteen tai nauttia niistä harvemmin, kuten esimerkiksi kerran viikossa. Sylki on yksi tärkeimmistä hampaita eroosiolta suojaavista tekijöistä. Näin ollen kuivasuisilla on suurempi riski saada eroosioaurioita. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Kokemuksemme mukaan Niuvanniemen sairaalassa osastohoidossa olevien potilaiden ruokavalio on terveellinen ja ateriarytmi säännöllinen. Jokaisen potilaan yksilölliset ravitsemustarpeet pyritään ottamaan huomioon hoitotyössä. Ongelmaksi nouseekin makeiden herkkujen ja virvoitusjuomien runsas ja mahdollisesti jatkuva käyttö. Happamia virvoitusjuomia, mehuja ja makeisia saatetaan nauttia myös yöaikaan. Potilaille voi olla mahdollisuus tehdä ostoksia sairaalan kanttiinissa tai tilata kanttiniesta tuotteita, jotka toimitetaan suoraan osastolle. Osaston henkilökunta voi opastaa ja antaa tietoa napostelun haitoista suun terveydelle, mutta potilaiden ostopäätöksiin ei kuitenkaan voida puuttua.

#### 4.2.1 Karies

Terveellinen ja monipuolinen sekä pureskelua vaativa ravinto on suun ja hampaiden terveyden kannalta parasta. Hampaiden pinnalla hammasplakissa elää kariesbakteereita eli Streptokokki mutans -bakteereita, jotka käyttävät hiilihydraattipitoisia aineita hyväkseen aineenvaihdunnassaan. Näin ollen syntyy happoja, jotka laskevat suun pH:ta ja sen seurauksena liuottavat hammaskiillettä. Tätä kutsutaan happohyökkäykseksi, joka voi johtaa hampaiden karioitumiseen. Ravinto sekä syljen määrä ja laatu vaikuttavat suuresti kariesin syntyyn. Sokerimäärää tärkeämpää onkin nauttimistiheys. Mitä useammin sokeria on suussa, sitä haitallisempi vaikutus on hampaille. Hampaat kestävät noin 5–6 ateriakertaa päivässä eli aamupalan, lounaan, välipalan, päivällisen ja iltapalan. Happohyökkäysten välillä sylki neutraloi happamuutta suussa eli pyrkii palauttamaan suun normaalin pH:n. Mikäli potilaalla on esimerkiksi lääkkeitä johtuvaa suun kuivuutta, voi syljen neutraloiva vaikutus jäädä hyvin vähäiseksi. Syljeneritys-

tä voidaan kuitenkin lisätä esimerkiksi ksylitolipurukumin tai -pastillien avulla. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Kun suuhun viedään fluoria, kariesbakteerien aineenvaihdunta ja hapontuotanto heikenevät. Säännöllisesti fluoria käyttämällä voidaan mahdollisesti parantaa alkava kiille- vaurio eli niin sanottu alkava reikä. Tällöin kiillevaurio voi kovettua eli remineralisoitua ja pysähtyä, jolloin paikkaushoitoa ei tarvita. Fluori on tärkein kariesta ennalta ehkäisevä aine. Hammastahna on suomalaisten yleisin ja usein riittävä fluorilähde. Nykykäsit- tyksen mukaan melko pienetkin fluoripitoisuudet ovat tehokkaita silloin, kun fluorin käyt- tötiheys ja viipymä suussa ovat riittävän suuret. (Heinonen 2007a, 50-51.)

#### 4.2.2 Ksylitoli

Ksylitoli on luonnon oma makeutusaine. Kariesbakteerit eivät pysty tuottamaan ksylito- lista happoja eivätkä käyttämään sitä ravinnokseen. Näin ollen ksylitoli pysäyttää hap- pohyökkäyksen ja vähentää kariesbakteereiden määrää. Lisäksi ksylitolin on todettu vähentävän plakin määrää sekä sen tarttuvuutta hampaiden pinnalle. (Käypä hoito – suositus 2009.)

Ksylitolin riittävä päiväannos on vähintään viisi grammaa päivässä jaettuna useaan käyttökertaan. Tämä määrä täyttyy syömällä esimerkiksi kuusi palaa täysksylitolipuru- kumia tai kahdeksan ksylitolipastillia. Suositusten mukaan ksylitolia tulisi käyttää aina aterian tai välipalan nauttimisen jälkeen 5-10 minuuttia kerrallaan. Ksylitoli ei kuiten- kaan korvaa hampaiden harjaamista. (Käypä hoito –suositus 2009.)

### 4.3 Psykyklääkkeet ja suun terveys

Psykyklääkkeitä käytetään erilaisissa mielenterveydellisissä häiriöissä ja sairauksissa osana potilaan kokonaishoitoa (Nurminen 2011, 324). Psykyklääkkeet voivat lyhentää sairausjaksoja, estää niiden toistumista sekä lievittää psykiatriin häiriöihin liittyviä oireita. Psykyklääkkeiden käytön tavoitteena on aina sairastuneen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn parantaminen, sekä oireiden aiheuttaman kärsimyksen lievittäminen. Psykyklääkkeiden käyttö ja valinta perustuu huolellisiin lääkehoitotutkimuksiin, mutta käytännössä psykyklääkehoito on usein luonteeltaan kokeilevaa. Eri henkilöt hyötyvät lääkkeistä eri tavoin ja saavat erilaisia haittavaikutuksia. (Huttunen 2008, 39; Kuhanen ym. 2010, 252-254.)

Lääkkeiden vaikutusmekanismi on monisäikeinen biokemiallinen prosessi, josta uutta tutkimustietoa saadaan jatkuvasti. Kehitys on ollut huomattava nimenomaan psykyklääkkeiden osalta. Lääkkeitä on kehitetty yhä tarkemmin tiettyjen sairauksien ja oireiden hoitoon, erityisesti haittavaikutusten vähentämiseen on tähdätty. (Kuhanen ym. 2010.)

Useimmilla psykyklääkkeillä on selviä suuvaikutuksia. Ne ovat usein samansuuntaisia kuin itse sairauden aiheuttamat suumuutokset (Heinonen 2006, 68). Psykykläisesti sairaiden henkilöiden, erityisesti niiden, jotka joutuvat syömään raskaita psykyklääkkeitä, täytyy kiinnittää tavanomaista enemmän huomiota päivittäiseen suuhygieniaan ja edes kohtuullisen suuhygienian ylläpitämiseen. Näin ollen heidän täytyy käydä suun terveydenhuollossa useita kertoja vuodessa. (Meurman 2007.)

Psykyklääkkeet voidaan jakaa vaikutusmekanismin ja käyttötarkoituksen mukaan neljään ryhmään: depressiolääkkeet, joita käytetään muun muassa depression eli masennuksen hoidossa, anksiolyytit eli rauhoittavat lääkkeet, joita käytetään ahdistuneisuuden hoitoon, neuroleptit eli psykoosilääkkeet, joita käytetään muun muassa skitsofrenian hoitoon sekä litium ja antiepileptiset aineet, joita käytetään muun muassa kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. (Nurminen 2011, 324; Heinonen 2006, 69.)

Psykoottisiin tiloihin liittuu usein masennusta (Huttunen 2008, 94-97; Toivio & Nordling 2009, 122, 124). Luvuissa 4.3.1 ja 4.3.2 käsitellään tarkemmin psykoosi- ja depressiolääkkeitä ja niiden vaikutuksia suun terveyteen. Koska psykyklääkkeet ja masennuslääkkeet voivat myös aiheuttaa suun kuivuutta (Haavio 2003, 774-775; Kuhanen ym.

2010, 257; Toivio & Nordling 2009, 125), suun kuivuus käsitellään erikseen kappaleessa 4.3.3.

#### 4.3.1 Psykoosilääkkeet

Psykoosilääkkeitä eli antipsykootteja käytetään lähinnä skitsofrenian hoidossa sekä muissa psykooseissa, joissa todellisuudentaju on selvästi häiriintynyt. Psykoosilääkkeet rauhoittavat, vähentävät ahdistuneisuutta ja levottomuutta sekä aggressioita. Lisäksi ne estävät psykooseihin liittyviä aistiharhoja ja ajatushäiröitä sekä parantavat yöunta. Lääkkeillä pystytään ennaltaehkäisemään uusia psykoosijaksoja. Suurin osa skitsofreniaa sairastavista henkilöistä hyötyy lääkehoidosta merkittävästi. (Nurminen 2011, 330; Toivio & Nordling 2009, 246.)

Kaikki markkinoilla olevat psykoosilääkkeet ovat tehokkaita skitsofrenian akuuttivaiheessa ja pitkäaikaishoidossa. Psykoosilääkkeet jaetaan kahteen ryhmään: tavanomaisiin psykoosilääkkeisiin, ja toisen polven psykoosilääkkeisiin. (Nurminen 2011, 331-332; Huttunen 2008, 56.) Tavanomaiset eli perinteiset psykoosilääkkeet ovat hinnaltaan toisen polven psykoosilääkkeitä huomattavasti halvempia, mutta niiden käytön aikana ilmenee useammin erilaisia ekstrapyramidaalioireita eli lihasten pakkoliikkeitä. Tavanomaiset psykoosilääkkeet lievittävät skitsofrenian positiivisia oireita kuitenkin keskimäärin yhtä tehokkaasti kuin toisen polven psykoosilääkkeet. (Huttunen 2008, 57; Toivio & Nordling 2009, 246.)

Etenkin tavanomaiset mutta osin myös toisen polven psykoosilääkkeet aiheuttavat varsin usein erilaisia haittavaikutuksia. Lihaspöyryisyys tai erilaiset pakkoliikkeet eli ekstrapyramidaalioireet voidaan jakaa kolmeen ryhmään: parkinsonismioireet, akuutit dystoniat sekä akatisia. Akuutit dystoniat ovat kaulan, niskan ja vartalon kouristustiloja, jotka voivat olla kivuliaita. Akatisiaa eli pakonomaista motorista levottomuutta esiintyy silloin, kun tietyn lääkeaineen lääkemannos on liian suuri. (Huttunen 2008, 80; Kuhanen ym. 2010, 257.)

Vuosikautinen psykoosilääkkeiden käyttö voi johtaa kasvojen ja suun sekä joskus myös muun vartalon itsepäisiin pakkoliikkeisiin. Useimmiten tahattomat ja toistuvat matomaiset liikkeet ilmenevät suun ja kielen alueella ja voivat olla hyvin kiusallisia. Pakkoliikkeet voivat joskus jäädä pysyviksi lääkityksen lopettamisen jälkeen. (Huttunen 2008, 81-82; Kuhanen ym. 2010, 257; Noppari ym. 2007, 106.) Käsien vapina ja kehon hallinnan vaikeus voivat tehdä hampaiden ja suun puhdistuksesta vaikeaa. Hoitajien an-

tama motivointi, tuki ja joissakin tapauksissa avustaminen kädestä pitäen, on tärkeää. (Nordsröm & Sjögren 2000, 633-638.)

Lisääntynyttä syljen eritystä tavataan joidenkin psykoosilääkkeiden käytön yhteydessä (Heinonen 2006, 73; Huttunen 2008, 88). Klotsapiini, joka kuuluu toisen polven psykoosilääkkeisiin, aiheuttaa varsinkin öisin ilmenevää voimakasta syljen eritystä, joka saattaa olla kiusallista. Oiretta voi lieventää muun muassa lisäämällä lääkitykseen syljen eritystä vähentävä lisälääke. (Huttunen 2008, 88).

Antikolinergisiin haittavaikutuksiin kuuluu muun muassa suun kuivuminen. Osalla psykoosilääkkeistä on antikolinergisiä vaikutuksia, ja nämä haittavaikutukset voivat korostua merkittävästi, jos henkilöllä on käytössään samanaikaisesti useita antikolinergisiä lääkkeitä. (Huttunen 2008, 83; Toivio & Nordling 2009, 246.)

#### 4.3.2 Masennuslääkkeet

Vakavassa masennustilassa eli depressiossa tarvitaan lääkehoitoa. Masennuslääkkeillä eli antidepressiiveilla voidaan lyhentää sairausjaksoja, kun niillä pyritään vaikuttamaan aivojen välittäjäaineiden pitoisuuksiin. Psykoottisessa masennuksessa psykoosilääkkeiden käyttö on suositeltavaa masennuslääkkeiden lisäksi. Markkinoilla on useita erilaisia masennuslääkkeitä, mutta niiden välillä ei ole osoitettu merkittäviä tehokkuuseroja. (Kuhanen ym. 2010, 266; Nurminen 2011, 333; Toivio & Nordling 2009, 244.)

Eniten käytetyt masennuslääkkeet ovat vaikutusmekanismiltaan selektiivisiä serotoninin takaisinoton estäjiä (selective serotonin reuptake inhibitors) eli SSRI-lääkkeitä. Lisäksi SSRI-lääkkeillä on osoitettu olevan selviä suotuisia hoitovaikutuksia myös muissa masennustilojen kanssa usein yhdessä ilmenevissä psykiatrisissa häiriöissä. (Huttunen 2008, 106.) Lääkkeen mielialaa parantava vaikutus liittyy aivojen serotoniinin lisääntymiseen keskushermostossa (Kuhanen ym. 2010, 269; Nurminen 2011, 335).

Ainakin 10-15 %:lle SSRI-lääkkeiden käyttäjistä ne aiheuttavat motorista levottomuutta (Huttunen 2008, 108). Muita haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu, vähentynyt ruokahalu ja suun kuivuminen (Heinonen 2006, 71; Kuhanen ym. 2010, 270), ja nämä ovat suun terveydenhoidossa huomioitavia haittavaikutuksia.

Burning mouth –syndroomaa eli niin sanottua suun poltetta on havaittu joidenkin antidepressiivien käytön yhteydessä (Honkala 2009). Tilalle on ominaista polttava, sym-

metrisesti esiintyvä kipu tai kuuman tunne huulissa, kielessä tai suulaessa. Polte voi olla jatkuvaa tai vaihtelevaa, ja siihen voi liittyä myös kuivuutta tai epämiellyttävää makua. Oireet voivat olla hyvin epämiellyttäviä ja saattavat kestää vuosia. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005d.)

Masentuneet ja ahdistuneet henkilöt kärsivät usein myös hampaiden narskuttelusta, jonka seurauksena kasvojen lihakset voivat kipeytyä. Tästä voi olla seurauksena pääkipu, kasvojen kivut sekä hampaiden arkuus. Myös makuhäiriöitä sekä suun limakalvojen siniharmaita värjäytyksiä saattaa esiintyä joidenkin lääkkeiden käytön yhteydessä. (Honkala 2009.)

Suun sieni-infektioita tavataan usein masennus- eli depressiolääkkeitä ja psykoosilääkkeitä käyttävillä (Honkala 2009). Suun sieni-infektio aiheuttaa limakalvoilla kipua, polttelua, arkuutta ja joskus pahanhajuista hengitystä. Suupielet saattavat olla punoittavat ja arat, ja proteesin käyttäjillä limakalvoalue proteesin alla voi olla hyvin punainen. Sieni-infektio on tärkeää diagnosoida ja hoitaa, sillä pitkäaikainen hoitamaton suun sieni-infektio kasvattaa pahanlaatuisen limakalvomutoksen riskiä. (Hammaslääkäriliitto 2005c.)

#### 4.3.3 Lääkkeiden aiheuttama suun kuivuus

Sylki on suun tärkein puolustusmekanismi. Syljen tehtäviä ovat muun muassa suun limakalvojen voitelu ja kosteutus, suun happamuuden neutraloiminen eli suun pH:n laskeminen normaalitasolle, sokereiden laimentaminen sekä suun pintojen suojaaminen. Lisäksi se sisältää monia bakteereita tuhoavia ainesosia. (Heinonen 2007a, 77; Suomen Hammaslääkäriliitto 2005b.)

Kuivan suun oireita ovat muun muassa epämiellyttävä maku, polttava tunne ja suun limakalvojen haavaumat. Suussa voi olla myös metallinmakua ja kieli voi olla uurteinen. Kuivassa suussa sylki on hyvin sitkeän tuntuista. Tämä aiheuttaa etenkin öisin nesteen tarpeen lisääntymistä. Kuivasuisilla puhuminen, nieleminen ja syöminen voivat hankaloitua, myös proteesien käyttö voi olla epämiellyttävää. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005b.) Syljeneritystä voidaan lisätä esimerkiksi ksylitolipurukumin tai -pastillien avulla (Käypä hoito -suositus 2009).

Syljen erityksen väheneminen vähentää niellyn syljen ja näin myös suusta poistuvien bakteerien määrää. Tästä seuraa suun mikrobimäärän lisääntyminen. Kun kuivasta suusta kärsivillä syljen suuta huuhteleva vaikutus on vähäinen, on karies- eli reikiinty-



misriski huomattavasti lisääntynyt. Lisäksi kuivasta suusta kärsivät ovat alttiimpia suun sieni-infektioille. (Heinonen 2007a, 77.)

Useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö vähentää syljen eritystä enemmän kuin kukaan lääke erikseen. Pitkäaikaisen suun kuivuuden hampaistolle tai koko suulle aiheuttamia haittoja vaikeuttaa usein se, että psyykkisesti sairas henkilö ei jaksaa tai kykene hoitamaan suutaan ja hampaitaan kunnolla. Mielenterveyspotilaat kuuluvatkin suun sairauksien huippuriskipotilaisiin. (Haavio 2003, 774-775.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikka koostuu periaatteista, arvoista ja ihanteista, jotka käsittelevät oikeaa ja väärää sekä hyvää ja pahaa. Näiden avulla voimme kriittisesti arvioida omaa ja toisten toimintaa, sekä toimia terveydenhuollossa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeuksia kunnioittaen, elämää suojellen sekä terveyttä edistäen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 167.)

Pienryhmätilaisuuksien suunnittelu- ja toteutusvaiheessa pyrimme toimimaan eettisesti oikein ja ohjattavien suun omahoitoa sekä terveyttä edistäen. Pienryhmätilaisuuksien sisällön valintaan vaikuttivat konsultaatiohaastattelu (Laitinen 2012), lähdemateriaali ja kokemuksemme kliinisestä harjoittelusta. Ohjaukseen kuuluu olennaisesti ohjattavien taustojen ja voimavarojen huomioonottaminen (Vänskä ym. 2011, 24-25). Pienryhmätilaisuuksissa käsiteltävät aihealueet valittiin ja rajattiin harkitusti niin, että ne vastasivat ohjattavien tarpeita.

Toiminnallisen opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että pyrimme kriittisesti arvioimaan lähdemateriaaleja. Lähteiksi valittiin mahdollisimman tuoretta ja luotettavaa kirjallisuutta ja Internet –lähteitä käytettiin harkitusti. Yli kymmenen vuotta sitten julkaistujen lähteiden rinnalle pyrimme löytämään tuoreempia lähteitä lisäämään tiedon luotettavuutta. Kansainvälisiä lähteitä käytettiin. Toiminnan eettisyys näkyy siten, että otamme vastuun luotettavan tiedon käyttämisestä. Toiminnallisten opinnäytetöiden luotettavuutta ei arvioidakaan lähteiden lukumäärän mukaan vaan tärkeämpää on lähteiden soveltuvuus ja laatu (Vilkkä & Airaksinen 2003, 76).

Jokaisella Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus saada laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa ilman syrjintää niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Jokaisen potilaan ihmisarvon kunnioittaminen toimi lähtökohtana terveystiedon suunniteltaessa. Uskomme, että eettisesti oikeellisen terveystiedon peruselementteihin kuuluu ihmisen arvostaminen. Koemme tämän olevan huomioonotettava seikka etenkin silloin, kun toimintaympäristönä on oikeuspsykiatrinen sairaala.

Eettisyys opinnäytetyössämme näkyy myös siten, että osallistuminen pienryhmätilaisuuksiin oli potilaille vapaaehtoista. Pienryhmätilaisuuksista tekemämme muistiinpanot kirjattiin niin, ettei potilaiden henkilötietoja käytetty. Täten potilaista ei ole materiaalia, josta heidät voisi tunnistaa. Vaitiolovelvollisuutta olemme noudattaneet ehdottomasti. Kanssakäyminen potilaiden kanssa oli kunnioittavaa ja erilaisuutta arvostavaa. Terve-

ysviestinnän tulisikin perustua ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittamiseen (Laine ym. 2009, 128).

Tiedon luvaton lainaamista eli plagiointia voidaan kutsua myös tieteelliseksi varkauksiksi. Silloin jonkun toisen tuottamaa tietoa tai aineistoa esitetään omilla nimillä. Tällainen luvaton lainaus on tuomittavaa ja hyvän tieteellisen käytännön vastaista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2007, 118). Lähteiden merkitsemisessä noudatimme ehdotonta tarkkuutta. Lähteet on työssäni merkitty huolellisesti sekä lähdeluetteloon että tekstiin.

## 6 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Valitsimme työmme muodoksi toiminnallisen opinnäytetyön, joka on vaihtoehto ammatikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista sekä toiminnan järjestämistä. Toteuttamistapana voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opas, vaikkapa perehdyttämisopas. Toteuttamistapana voi toimia myös jonkin tapahtuman, esimerkiksi kokouksen, konferenssin tai näyttelyn järjestäminen. Lopullinen tuotos on siis aina jokin konkreettinen tuote, esimerkiksi kirja, portfolio, tietopaketti tai tapahtuma. Tavoitteena on, että toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen oikeaoppinen raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 51.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tulisi olla tietojen ja taitojen hallintaa osoittava, työelämälähtöinen ja käytännönläheinen tuotos. Ammattikorkeakoulussa annetun koulutuksen lähtökohtana on tavoite siitä, että valmistuttuaan opiskelija toimii oman alansa asiantuntijana, ja näin tietää siihen liittyvät kehittämisen ja tutkimuksen perusteet. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportista selviää, mitä, miksi ja miten on tehty sekä millainen työprosessi on kokonaisuutena ollut. Raportti sisältää myös opinnäytetyön tekijöiden arviointia prosessista, tuotoksesta ja oppimisesta. Opinnäytetyö on tekijöilleen ammatillisen ja persoonallisen kasvun väline sekä kertoo lukijalle ammatillisesta osaamisesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.)

Valitsimme toiminnallisen opinnäytetyön, koska se tuntui meille tutkimuksellista opinnäytetyötä sopivammalta toteutustavalta. Lisäksi halusimme suunnitella ja järjestää jonkin konkreettisen tapahtuman, joka antoi meille mahdollisuuden ottaa kohderyhmän tarpeet huomioon yksilöllisesti. Opinnäytetyössämme yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9).

Opinnäytetyömme toteuttamistapa oli pienryhmätilaisuuksien järjestäminen Niuvanniemen sairaalan osasto 10 potilaille. Tavoite oli edistää potilaiden suunomahoitoa voimaannuttavan pienryhmäohjauksen keinoin. Voimaannuttava pienryhmäohjaus on yksi terveysviestinnän osa-alue (Laine ym. 2009, 244). Näin opinnäytetyössämme yhdistyvät toiminnallisuus sekä terveysviestinnän periaatteet.

## 7 VOIMAANNUTTAVA PIENRYHMÄOHJAUS JA TERVEYSVIESTINTÄ

### 7.1 Voimaannuttava pienryhmäohjaus

Työmme viestintäkeinoksi valitsimme yhden terveystieteen osa-alueista eli voimaannuttavan ohjauksen. Sen yhtenä tärkeimmistä tavoitteista on ohjattavan elämänhallinnan lisääntyminen. Ohjaukseksi kutsutaan usein juuri ryhmille suunnattua neuvontaa. (Laine ym. 2009, 244.) Tärkeintä ei ole vaikuttaminen heti ongelmaan, vaan saada ohjattava edes harkitsemaan muutosta terveystieteen käyttäytymisensä. Siispä ohjattavan omalla motivaatiolla pyritään käyttäytymisen muutokseen. Voimaannuttava ohjaus perustuu tavoitteelliseen toimintatapaan sekä motivoivaan vuorovaikutukseen ja näin ollen sopii elämäntapamuutoksen tueksi ja apuvälineeksi. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen, Mäkelä 2011, 101-102.)

Voimaantumisen tunne eli *empowerment* syntyy, kun ihminen oivaltaa ja ymmärtää jonkin asian omien kokemuksensa pohjalta ja tuntee onnistumisen ja hyväksytyksitulemisen tunteita. Oivallukset ja uusien asioiden oppiminen johtavat ihmisen kokemukseen voimaantumisesta. Lisäksi vuorovaikutus muiden kanssa on merkittävä voimaantumiseen vaikuttava tekijä. (Vilén, Leppämäki, Ekström 2008, 24-25, 339.)

Ohjattavan voimaantuminen on tilanne, jossa hänellä itsellään on valta päättää esimerkiksi omaan terveyteensä vaikuttavista seikoista. Laadukas ja ymmärrettävä tieto on tärkeä osa voimaannuttavaa ohjausta, joka näin edistää ja motivoi ohjattavan omaa osallistumista. Tiedon ja käytännön kohtaaminen on hyvin tärkeä osa voimaannuttavaa ryhmäohjausta. Tiedollisesti voimaantuneen ihmisen täytyy saada soveltaa opittua teoriaansa myös käytäntöön oman mahdollisuutensa mukaan. (Tuorila 2009, 109.)

Ohjaustilanteet, joissa ohjattavat arvioivat omaa toimintaansa, alkavat yleensä tunnus-  
telulla. Tällöin aloitetaan vuorovaikutuksen sekä luottamussuhteen rakentaminen. Täl-  
laisessa ohjaustilanteessa olisi hyvä luoda leppoisa ilmapiiri, josta kertovat sanavalin-  
nat ja epämuodollinen puhe. (Poskiparta 2002, 34.)

Ohjaajien tavoitteena on antaa ohjattaville kokemus voimaantumisesta (Vilén ym. 2008, 270, 280-281). Ohjaajan tulee tukea ohjattavan ja koko ohjaustilanteen myönteis-

siä ominaisuuksia. Hän myös auttaa ohjattavaa löytämään uusia, mahdollisuuksia, suuntia ja suunnitelmia. Jokaista ohjattavaa pyritään kannustamaan oppimaan omien voimavarojensa ja kykyjensä mukaan sekä varmistetaan, että jokainen saisi juuri itseä askarruttaviin kysymyksiin ja asioihin vastaukset. Tällä tavoin pyritään myös nostamaan ohjattavan toiveikkuutta. Toiveikkuus taas vapauttaa ihmisen voimavaroja eikä toiveikas ihminen luovuta niin helposti hankalammista asioista. Lisäksi on todettu, että myönteiset kokemukset sekä niiden pohtiminen aktivoivat luovaa oppimisprosessia. Tällä tavoin autetaan ohjattavaa löytämään omat vahvuutensa sekä tuetaan niiden kehittymistä. (Sukula 2002, 16-17.)

Ohjattavalla voi olla ennakkokäsityksiä, kokemuksia tai esimerkiksi terveysuskomuksia jotka haittaavat ohjausta (Vänskä ym. 2011, 24-25). Uskomuksiin ja ajattelumalleihin käsiksi pääseminen vaatii perusteellista syventymistä omiin tunteisiin, ajatuksiin, asenteisiin ja toimintatapoihin. Ohjaajan on autettava ohjattavaa kyseenalaistamaan omia ennako-oletuksiaan, tutkimaan vaihtoehtoisia oletuksia, muuttamaan käsitystapojaan ja toimimaan uusien käsitysten varassa. (Laine ym. 2009, 17.) Ohjaajan on tärkeää korostaa itsenäisen työskentelyn ja omatoimisuuden merkitystä, koska ohjattavalla voi myös olla negatiivinen käsitys omasta oppimisestaan. Ohjattavan tausta ja voimavarat on otettava huomioon pienryhmäohjausta suunniteltaessa. (Vänskä ym. 2011, 24-25.)

Ohjattavan fyysiseen sekä psyykkiseen toimintakykyyn voivat vaikuttaa hänen terveydelliset ongelmansa. Tämän vuoksi pieniäkin mahdollisia positiivisia onnistumisia on tuettava ja korostettava. Varsinkin suomalaisilla on usein tapana vähätellä saavutuksiaan. Ohjaaja auttaa ohjattavaa huomaamaan, että pienikin saavutus voi olla merkittävä. Luontevimmin voimaantumisen on todettu toteutuvan ilmapiirissä, jossa ohjattava tuntee olonsa turvalliseksi, itsensä hyväksytyksi sekä asemansa tasa-arvoiseksi. Voimaantuminen auttaa saamaan oman elämän haltuunsa. Voidaan puhua moniulotteisesta sosiaalisesta prosessista. (Tuorila 2009, 104.)

Havainnollistaminen on keino, jonka avulla voidaan auttaa opitun teorian liittämistä käytäntöön. Sen avulla pyritään lisäämään sanoman ymmärrettävyyttä, muistettavuutta, vaikuttavuutta sekä kiinnostavuutta. Havainnollistamisessa voidaan hyödyntää erilaisia asiaan liittyviä kuvia ja videoita, jolloin tarjotaan ohjattaville sanallisen tiedon lisäksi myös visuaalisia ja audiovisuaalisia ärsykeitä. Sanotaan, että havainnollistamalla esitetyt asiat jäävät mieleen huomattavasti pidemmäksi aikaa kuin vain kuullut. Koska jokainen ihminen oppii eri tavoin ja saa tietoa monien eri aistien

välityksellä, on tärkeitä tarjota kuulijoille erilaisia ärsykeitä. On myös todettu, että ohjaustilanteessa, jonka tavoitteena on, että tilaisuuden jälkeen ohjattava osaa toimia oikein tietyssä tilanteessa, tarvitaan toiminnallista havainnollistamista. Tällöin opastetaan ja perehdytetään ohjattavaa käyttämään jotakin laitetta tai suoriutumaan jostakin työvaiheesta. Toiminnallisen havainnollistamisen avulla siis tuetaan suullista sanomaa. (Andersson & Kylänpää 2002, 175-179.)

Yhteistyö ryhmässä voi lisätä varmuutta työhön, tuottaa parempia ratkaisuja erilaisiin ongelmiin, luoda moninaisempia ideoita, kasvattaa luottamusta tartuttaessa uuteen tehtävään ja olla muutenkin miellyttävää, sillä ihmiset tuottavat toisilleen niin sanottuja sosiaalisia palkintoja. Tutkimukset ovat osoittaneet, että pienemmät, 3-8 -jäseniset ryhmät ovat tehokkaimpia käyttämään saatua informaatiota päätöksentekoon. Myös yksilöiden käyttäytyminen voi olla erilaista pienemmissä ja suuremmissa ryhmissä. On havaittu, että yksilöt ovat pienryhmissä paljon minätietoisempia. Yksilön voi olla myös vaikeampi tulla huomatuksi sekä kuulluksi suuremmissa ryhmässä. (Pennington 2005, 51,80.)

Pienryhmissä vuorovaikutuksessa olevat ihmiset yrittävät usein myös vaikuttaa muiden ryhmän jäsenten asenteisiin, näkemyksiin sekä arvoihin ja jopa muuttaa niitä yksimielisyyden, ryhmän näkemyksen tai päätöksen aikaansaamiseksi. Usealle ryhmään osallistuvalla toisen vertaisen onnistuminen jossakin asiassa toimii innoittajana sekä motivoi itsekkin yrittämään. Lisäksi ryhmissä jaetaan myös yhteinen kokemus siitä, että muillakin on samankaltaisia vaikeuksia. Saadaan niin sanotusti kokemuksia siitä, että ei olla yksin asian kanssa. (Pennington 2005, 112.)

## 7.2 Terveysviestintä

Käytännön toteutuksen välineenä käytämme terveysviestintää, joka on terveyteen tavalla tai toisella liittyvää viestintää. Laajasti määriteltynä voitaisiin sanoa sen pitävän sisällään kaiken sellaisen viestinnän, joka jollain tavalla liittyy terveyteen, sairauteen, lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon. Terveysviestinnän tavoitteena on sairauksien ehkäiseminen, terveyden edistäminen, sairauden hoitaminen tai kuntoutuminen. (Wii & Puska 1993, 16.) Kaikki terveysviestintä ei kuitenkaan ole tavoitteellista. Sen avulla ei aina pyritä vaikuttamaan ihmisten terveyskäyttäytymiseen (Torkkola 2002, 8-9).

Terveysviestinnän tulisi perustua ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittamiseen, kunkin ihmisen omiin tarpeisiin, omien voimavarojen löytämiseen, oikeudenmukaisuuteen,

osallistamiseen, kulttuurisidonnaisuuteen ja kestäväan kehitykseen (Laine ym. 2009, 128). Myös hyvän ohjauksen yksi tärkeimmistä elementeistä on ihmisen arvostaminen (Pekkari 2008, 141).

Eettinen perusta terveystiedon viestinnälle on viestinnän oikeellisuus. Terveystiedon tulee pohjautua tosiseikkoihin kohtuullisen yksinkertaistamisen ja olemassa olevan tutkimustiedon rajoissa. Terveystiedon jakamisessa on tärkeää, että kohderyhmä saa tiedon siitä, mikä terveyttä edistää ja mikä vähentää riskiä sairastua. Kysymys ei ole ainoastaan tiedon saamisesta vaan myös sen ymmärtämisestä. (Wiiio & Puska 1993, 23, 27.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössämme toteutamme terveystiedon viestinnän periaatteita. Pyrimme edistämään ohjattavien terveyttä motivoimalla heitä suun omahoitoon. Näin opinnäytetyössämme yhdistyvät käytännön toiminnan järjestäminen ja toiminnan opastaminen terveystiedon viestinnän keinoin. Pienryhmiin osallistuneiden ohjattavien voimavarat ja yksilölliset tarpeet pyritään ottamaan huomioon mahdollisimman hyvin. Jokaiselle ohjattavalle suositellaan suun omahoidon tuotteita ja menetelmiä jotka palvelevat juuri hänen tarpeitaan. Yksilöidyt neuvot auttavat ohjattavia motivoitumisessa suun omahoitoon.

Terveystiedon viestinnän oleellinen osa on vuorovaikutus, jota on katsominen, kuunteleminen, puhuminen, sekä myös etäisyys toisesta ihmisestä, kehon liikkeet ja asennot, ilmeet ja eleet (Laine ym. 2009, 230). Vuorovaikutteisessa ohjaustilanteessa ohjaus on suunnitelmallista toimintaa, jolla tuetaan ohjattavaa löytämään voimavarojaan. Ohjattavan vastuu omasta terveydestään on asia, johon häntä kannustetaan. (Vänskä ym. 2011, 16-17.)

Pienryhmiä ohjatessamme pyrimme rentoon ilmapiiriin. Kiinnitämme huomiota sanottomaan ja sanalliseen viestintäämmme. Lisäksi pienryhmätilaisuuksien lähtökohtana pidämme keskustelua sekä avoimuutta. Tällä tavoin luomme ohjattaville tunteen siitä, että olemme paikalla heitä varten.

Tuloksellisuuden kannalta terveystiedon viestinnän sanoman sisältö on hyvin tärkeä. Terveystiedon viestinnässä pyritään niin sanotusti suostuttelemaan ihmisiä toimimaan annetun tiedon perusteella. Ei siis riitä ainoastaan se, että sanoma on yksinkertainen ja oikeaksi koettu, vaan mukaan tulevat myös tunnetekijät. Siksi sanoman tulisi olla myönteinen. Useimmiten terveystieto välitetään kielteisenä esimerkiksi: ”Tupakointi aiheuttaa syöpää”. Suostuttelun tulisikin näin ollen olla myönteistä, kuten: ”Tupakoinnin lopettamis-



la pystyt pienentämään riskiä sairastumiseen ja edistämään terveyttäsi”. (Wiio & Puska 1993, 111-118.)

Tulee muistaa, ettei muutoksen tekeminen ole useinkaan helppoa. Se vaatii muutoksen tekijältä taitoja, joita terveysviestinnässä tulisi opettaa. Kohderyhmälle opetetaan käytännön taitoja, jotta he voisivat toimia terveystiedon edellyttämällä tavalla. (Wiio & Puska 1993, 111-118.)

Terveysviestintä voidaan siis ajatella prosessiksi, jossa samanaikaisesti siirretään tietoa, tuotetaan ja uudistetaan merkityksiä sekä rakennetaan sosiaalista yhteisyyttä. Esimerkiksi potilasohjeissa neuvoja sekä toimintaohjeita ei vain välitetä potilaille, vaan niiden avulla rakennetaan myös ymmärrystä terveydestä ja sairaudesta sekä potilaan asemasta terveydenhuollossa. (Torkkola 2002, 8-9.)

### 7.3 Ryhmänohjaajan taidot

Ryhmänohjaajan taidot voidaan jakaa reaktio-, vuorovaikutus ja toimintataidoiksi. Reaktiotaitoja ovat muun muassa aktiivinen kuuntelu, selventäminen ja tiedon jakaminen. Näitä taitoja tarvitaan ryhmän tarpeiden ja toiminnan ymmärtämisessä. Reaktiotaitojen edellytyksenä on empatiakyky, jolla tarkoitetaan kykyä tuntea ja havaita, mitä ryhmässä tapahtuu. Empatiakykyyn liittyy myös kyky reagoida ryhmän viesteihin tilanteen mukaisella tavalla. (Kuhanen ym. 2010, 117; Vilèn ym. 2008, 280-281.)

Vuorovaikutustaidot ovat ohjaamisen ydin. Vuorovaikutustaitoja ovat ohjattavien tukeminen, yhdistäminen, rajoittaminen, tasapuolisuus ja yksimielisyyden rakentaminen. Näiden taitojen avulla ohjaaja tukee ohjattavia vuorovaikutukseen. Toimintataitoja ovat muun muassa kysyminen, oman kokemuksen mukaan tuominen, mallin antaminen ja välittömyys. Näiden taitojen avulla ohjaaja rohkaisee ohjattavia osallistumaan ja ilmaisemaan itseään. (Kuhanen ym. 2010, 117; Vilèn ym. 2008; 280-281.)

Ohjauksellisten viestintätaitojen taitava käyttö on ohjaajan ydintaito. Ohjaajan tulisi osata sanoa sama asia toisella tavalla, mikäli hän ei ole tullut ymmärretyksi. Asioita selventää täsmällisten kysymysten tekeminen sekä asiayhteyksien osoittaminen. Faktatietoa on hyvä antaa pieninä annoksina, jotta niiden käsittely ja sulattelu onnistuu. (Pekkari 2008, 142.) Ohjausvuorovaikutus toteutuukin käyttämällä erilaisia kielen keinoja. Se tapahtuu kietomalla yhteen sekä sanallista että sanatonta viestintää ja myös mahdollisesti kielen kirjallisia keinoja, kuten kuvia ja videoita. Ammattimainen ohjaus sisältää ohjauksen kielellisten työvälineiden hallinnan ja käytön. (Vänskä ym. 2011, 36-37.)

Kysymysten käyttö on yksi ohjaajan työväline. Taitava kysymysten käyttö auttaa ohjattavia havainnoimaan omaa tilannettaan ja niiden avulla ohjaaja voi suunnata ja johdella keskustelua. Avoimet kysymykset mahdollistavat ohjattavien näkökulman esilletulon ohjauksessa ja puhumisen omin sanoin. (Vänskä ym. 2011, 36-37.) Avoimet kysymykset alkavat kysymyssanoilla: mitä, miten, milloin tai missä (Turku 2007, 51). Tällaiset kysymykset toimivat ohjaustilanteessa rinnakkain tarkentavien kysymysten kanssa. Tarkentavilla kysymyksillä on tarkoitus tarkentaa ja selventää ohjattavien kuvaamia asioita. (Vänskä ym. 2011, 36-37.)

Kuunteleminen ja havainnointi kuuluvat ohjauksen kielellisiin työvälineisiin ja ovat olennainen osa ohjausta. Hyvää kuuntelua kuvataan usein aktiiviseksi kuunteluksi, joka mahdollistaa muun muassa edellä mainittujen tarkentavien kysymysten esittämisen. Kuunteleminen tarkoittaa aktiivista ja intensiivista toimintaa, jonka aikana ohjaaja osoittaa sanattoman viestinnän keinoin kuuntelevansa ja olevansa kiinnostunut ohjattavista. Kuunnellessaan ohjattavia ohjaajalla on mahdollisuus tehdä havaintoja. Havainnointi on tulkintojen tekemistä siitä, mitä ohjaaja aistii ohjattavan toiminnasta. Kuunteleminen ja ohjattavien havainnointi ovat rinnakkaisia toimintoja. (Vänskä ym. 2011, 49-50.)

Ohjattavan rohkaiseminen ja kannustaminen kuuluvat olennaisesti ohjaukseen. Ohjaajan tulee löytää ohjattavien puheesta rohkaisun aineksia, vaikka ohjattavat eivät niitä itse huomaisi. Rohkaiseminen vaatii ohjaajalta intensiivistä läsnäoloa ja kuuntelua. Näin ohjaaja voi löytää ohjattavien puheesta aineksia, jotka voivat toimia rohkaisevina tai kannustavina. (Vänskä ym. 2011, 41.) Ohjattavat odottavat saavansa tukea ohjaajalta ja kaipaavat rohkaisua sekä palautetta. Lisäksi vahvuuksien etsiminen voimaannuttaa ja vahvistaa ohjattavien itsetuntoa. (Pekkari 2008, 142.)

Rikas vuorovaikutus rakentuu yhteenkietoutuneesta sanallisesta ja sanattomasta viestinnästä. Sanaton viestintä on visuaalista ja katsein havaittavaa toimintaa, mutta se liittyy myös puhumiseen ja äänen variaatioihin ja voi näin olla kuullen havaittavaa. Sanattomat viestit ovat usein tiedostamattomia. Esimerkiksi haukotus, huokailu tai harhailleva katse kertoo ohjattavalle, ettei ohjaaja ole keskittynyt. Ohjaaja voi käyttää sanattoman viestinnän elementtejä harkitusti ohjaustilanteessa. Asento, jossa ohjaaja istuu, sekä kuinka kauaksi ohjattavista hän on sijoittunut, vaikuttaa tasavertaisen vuorovaikutuksen rakentumiseen. Ilmeillään ohjaaja voi viestiä myötäelämistään ja kannustustaan ohjattaville. Katsekontaktin käyttö on tärkeää, kun ohjaaja kuuntelee ohjattavaa. Sanattoman viestinnän elementtejä hyödyntämällä ja niitä yhdistelemällä voidaan rikastuttaa tasavertaisen vuorovaikutuksen rakentumista ohjauksessa. (Vänskä ym. 2011, 46-47.)

Voimaantumisen aikaansaamiseksi sanattoman ja sanallisen viestinnän tulee olla yhdenmukaista (Pekkari 2008, 92).

Voimaannuttavan ryhmän ohjaus vaatii erityisosaamista. Parhaimmillaan se voi olla tuloksiltaan tehokas, palkitseva, ammatillisesti kehittävä ja toimintatavaltaan positiivinen ohjauksen muoto. (Vänskä ym. 2011,108.) Jokainen motivoitunut ohjaaja haluaa kehittää omaa ohjausosaamistaan, ja sen tutkiminen ohjauksessa on tärkeää. Ohjaajan on hyvä olla tietoinen omasta toiminnastaan erilaisissa tilanteissa – miten reagoi, keskustele ja kuuntelee erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. (Pekkari 2008, 97.)

## 8 PIENRYHMÄTILAISUUKSIEN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA ARVIOINTI

### 8.1 Suunnittelu

Meurmanin (2007) mukaan psyykkisesti sairaiden henkilöiden motivaatio suun omahoitoon on yleisesti heikkoa, joten aihepiiriin liittyvä toiminnallinen opinnäytetyö kiinnosti meitä kaikkia. Ehdotimme toimeksiantajallemme Niuvanniemen sairaalalle ajatusta pienryhmätilaisuuksista, joissa tavoitteena on potilaiden suun omahoidon edistäminen. Osasto 10 henkilökunta näki työn tarpeellisena ja yhteistyö alkoi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa pienryhmätilaisuuksia Niuvanniemen osaston 10 potilaille. Tavoitteena oli potilaiden motivoiminen suun omahoitoon eli potilaiden suun omahoidon edistäminen. Tavoitteena oli myös lisätä potilaiden tietämystä suun terveydenhoitoon liittyvistä asioista. Käsiteltäviksi aiheiksi valittiin suun omahoidon, napostelun ja psyykenlääkkeiden vaikutus suun terveyteen.

Toiminnallisissa opinnäytetöissä tietoa voidaan kerätä konsultaatioina haastatellen asiantuntijoita. Konsultaatiot ovat tiedonantaja lähdeaineiston tapaan ja ne tuovat teoreettista syvyyttä opinnäytetyöhön. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 54, 58.) Opinnäytetyöprosessin aluksi haastattelimme osasto 10 apulaisosastonhoitajaa Ossi Laitista. Hänen toiveensa pienryhmätilanteiden sisällöstä vaikutti suuresti sisällön valintaan. Erityisen tärkeinä käsiteltävinä asioina hän piti potilaiden napostelua sekä motivointia hampaiden omahoitoon eli hampaiden ja suun päivittäiseen puhdistamiseen. Heinosen (2006, 68) mukaan useimmilla psyykenlääkkeillä on selviä suuvaikutuksia, joten myös psyykenlääkkeiden vaikutus suun terveyteen haluttiin ottaa mukaan opinnäytetyön teoreettiseen viitekehukseen. Näin kolme pääteemaa käsiteltäviksi aiheiksi oli rajattu.

Opinnäytetyömme lähdeaineistoksi valitsimme mahdollisimman tuoretta ja ajankohtaista tietoa. Käytimme tiedonhaussa koulun sekä eri kaupunkien kirjastojen tietokantoja. Käyttämämme tietokantoja ovat muun muassa Cinahl® ja PubMed®. Lisäksi hyödynsimme internetin kansainvälisiä sekä kotimaisia sivustoja. Internet -lähteitä käyttäessämme halusimme varmistua tiedon luotettavuudesta sekä ajantasaisuudesta. Pyrimme olemaan mahdollisimman kriittisiä lähteitä valitessamme ja tämä lisää työmme eettisyyttä ja luotettavuutta.

Niuvanniemen sairaalassa suoritetun kahdeksan viikkoa kestäneen harjoittelun myötä saamamme kokemus mielenterveystyöstä ohjasi osaltaan suunnittelua. Henkilökohtai-

set kokemukset sairaalan mielenterveyspotilaista olivat etuna valmistautuessamme pienryhmätilaisuuksiin. Lisäksi sairaalan fyysisten tilojen tuttuus edesauttoi suunnittelua.

Viestintäkeinoksi valitsimme voimaannuttavan pienryhmäohjauksen, jonka yksi tärkein tavoite on ohjattavien elämänhallinnan lisääntyminen (Laine ym. 2009, 244). Voimaantumisen tunne syntyy ihmisen omien oivallusten kautta. Voimaannuttamisessa olisi tärkeää saada ohjattavat tuntemaan onnistumisen ja hyväksytyksitulemisen tunteita. (Vilén ym. 2008, 23.) Voimaannuttavan pienryhmäohjauksen tavoitteet vastasivat tavoitteita, joihin halusimme pienryhmätilaisuuksilla pyrkiä. Siksi ohjattavien voimaantuminen toimi lähtökohtana pienryhmätilaisuuksia suunniteltaessa.

Penningtonin (2005, 51, 80) mukaan pienempien ryhmien jäsenet kokevat tulevansa kuulluiksi paremmin kuin suuremmassa ryhmässä. Päädyimme 4-5 hengen pienryhmiin myös siksi, että ne mahdollistavat ohjattaville yksilöllisemmän ohjauksen. Lisäksi pienryhmä on parempi vaihtoehto silloin, kun halutaan, että ohjattavat tuovat aktiivisesti mielipiteitään esille (Laine ym. 2009, 228).

Kun pienryhmätilaisuuksien tavoitteena on ohjattavien voimaantuminen, suunnitteluvaiheessa meidän tuli perehtyä ohjaajilta vaadittaviin piirteisiin sekä pohtia omia vahvuuksiamme ja heikkouksiamme ohjaajina. Perehdyimme ohjaajilta vaadittaviin piirteisiin lähdeaineiston avulla, ja tämä auttoi meitä ymmärtämään onnistuvan ohjauksen edellytykset.

Ryhmäohjaajan taidot voidaan jakaa reaktio-, vuorovaikutus ja toimintataidoiksi. Reaktiotaitoihin kuuluva empatiakyky on edellytys, jotta ohjaaja kykenee havaitsemaan, mitä ryhmässä tapahtuu. (Kuhanen ym. 2010, 117; Vilén ym. 2008, 280-281.) Siksi meidän oli tärkeää olla valmiita muokkaamaan pienryhmätilanteiden sisältöä ohjattavien motivaatiotason ja tarpeiden mukaan.

Vuorovaikutustaidot ovat ohjaamisen ydin, ja niihin kuuluu tukeminen ja tasapuolisuus (Kuhanen ym. 2010, 117; Vilén ym. 2008, 280-281). Ohjaamisen tasapuolisuus on oleellinen osa ilmapiirin muotoutumista. Lähtökohtana on, että sekä ohjaajia että ohjattavia pidetään asiantuntijoina. Näin vuorovaikutus muodostuu vuorovaikutuksen myötä ja näyttäytyy tasapuolisena. Näin ollen meidän oli ohjaajina tärkeää välttää ”paremmin tietävän” roolin ottamista. (Pekkari 2008, 48; Vehviläinen 2001, 95.)

Toimintataitoja ovat välittömyys, kysyminen ja mallin antaminen. Näiden taitojen avulla ohjaaja rohkaisee ohjattavia osallistumaan ja ilmaisemaan itseään. (Kuhanen ym. 2010, 117; Vilén ym. 2008, 280-281.) Ohjaustilaisuuksien välittömyyden halusimme varmistaa siten, ettemme ohjaajina rajanneet omia puheenvuorojamme liian tarkasti. Ohjattaville suunnattuja kysymyksiä sisällytimme jokaiseen aihealueeseen.

Ohjaustilanteiden alussa esitettyjen kysymysten on todettu toimivan ohjattavien ajattelun virittäjinä. Tällä tavoin voidaan herätellä ohjattavien mielenkiintoa ja motivaatiota sekä johdattaa heidät sujuvasti käsiteltävään aiheeseen. Juuri avoimien kysymysten on todettu aktivoivan omaa ajattelua. (Mykrä & Hätönen 2008, 22.) Siksi suunnittelimme pienryhmätalaisuuksien rungon niin, että avoimia kysymyksiä käsiteltäviin aihepiireihin liittyen esitettäisiin ohjattaville jatkuvasti tilaisuuksien aikana. Näin tilaisuudet eivät myöskään muodostuisi luentomaisiksi.

Halusimme käyttää pienryhmätalaisuuksissa sanallisen tiedon tukena audiovisuaalisia ärsykeitä, koska ne edesauttavat opitun tiedon liittämistä käytäntöön (Andersson & Kylänpää 2002, 175–179). Siksi halusimme sisällyttää pienryhmätalaisuuksiin muutamia A4-kokoisia kuvia suun sairauksista: karieksesta, ientulehduksesta sekä parodontiitista. Ohjattaville on tärkeää tarjota erilaisia ärsykeitä suullisen sanoman tueksi (Andersson & Kylänpää 2002, 175-179). Siksi halusimme kuvien lisäksi käyttää yhtenä havainnoilistamiskeinona videota, jossa suun terveydenhuollon ammattilainen neuvoo suun ja hampaiden huolellisen puhdistamisen.

Valtaosa sairaalan potilaista sairastaa skitsofreniaa (Niuvanniemen sairaala 2012e). Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä on usein keskittymiskyvyn vaikeuksia, sekä vaikeuksia pitää mielessään samanaikaisesti monia asioita (Huttunen 2008, 50; Toivio & Nordling 2009, 123). Siksi suunnittelimme pienryhmätalaisuuksien pituudeksi 45 minuuttia. Tilaisuudet oli tarkoitus jakaa kahdelle päivälle, joten ryhmiä olisi ollut kaksi tai kolme yhtä päivää kohden.

Arviointimenetelminä toiminnallisessa opinnäytetyössämme halusimme käyttää itsearviointia ohjauksen ja terveysviestinnän näkökulmista, sekä osasto 10 henkilökunnalle suunnattua palautekyselyä (liite 1). Palautekyselyn kysymykset laadittiin niin, että niiden avulla henkilökunta arvioisi ohjausta terveysviestinnän ja voimaannuttavan ohjauksen näkökulmista, tiedon luotettavuutta sekä ohjaajien asiantuntijuutta.

Kun teoreettinen viitekehys oli koottu, otimme sähköpostitse yhteyttä osasto 10 osastonhoitajaan. Viestissä ehdotimme pienryhmätalaisuuksien ajankohdaksi 12-13.5.2012

ja kerroimme päivien sisällön. Pyysimme osaston henkilökuntaa varaamaan tarvittavat tilat sekä välineet, eli tietokoneen ja videotykin kyseisiä päiviä varten. Ehdotimme ajankohdaksi viikonloppua myös sen vuoksi, että kokemuksemme mukaan osasto 10 potilaat työskentelevät arkipäivisin työterapiapisteissä, joten tiesimme viikonlopun sopivan paremmin potilaiden aikatauluun.

Penningtonin (2005, 51, 80) mukaan 3-8 jäseniset ryhmät ovat tehokkaimpia käyttämään saatua informaatiota, ja pienryhmissä yksilön on helpompi tulla kuulluksi. Siksi pyysimme myös osaston henkilökuntaa jakamaan potilaat etukäteen 4-5 hengen ryhmiiin pienryhmätilaisuuksia varten. Näin ollen ryhmiä tulisi viisi tai kuusi.

Ulkoinen oppimisympäristö on osa huolenpitoa. Ohjaajan vastuulla on tarjota ohjattaville rauhallinen, häiriötön tila, joka antaa mahdollisuuden keskittyä. (Ojanen 2006, 150; Pekkari 2008, 112) Siksi koimme tärkeäksi pienryhmätilaisuuksien järjestämisen tilassa, joka ei ole liian iso tai meluisa. Tämä toive esitettiin osasto 10 henkilökunnalle.

Paluuviestissä osaston henkilökunta ehdotti, jos voisimme pitää kaikki ryhmätilaisuudet yhden päivän aikana, lauantaina 12.5.2012 klo: 9.00 lähtien, koska sunnuntaina 13.5.2012 oli äitienpäivä. Myös tämä vaihtoehto sopi meille.

## 8.2 Toteutus

12.5.2012 lauantaiamuna menimme osastolle kello kahdeksaksi. Osasto oli pyyntömme mukaan jakanut potilaat neljään ryhmään. Myös potilaita oli informoitu ryhmien jaosta sekä päivän aikataulutuksesta heidän omalla ilmoitustaulullaan. Käytettävissämme oli pieni osaston potilaille tarkoitettu television katselu -tila, jonka oven sai suljettua. Siellä oli pieni sohva, muutama nojatuoli ja pöytä, jonka ympärille kokosimme kaikki istumaan. Myös me itse istuimme pöydän ääressä ohjattavien kanssa. Tasavertaisen vuorovaikutuksen rakentumisen kannalta tämä oli tärkeää (Vänskä ym. 2011, 47).

Ohjaustilanteen alun onnistumiseen tulee kiinnittää huomiota, koska se on oleellinen tekijä luottamuksellisen vuorovaikutuksen kannalta (Pekkari 2008, 148). Ohjaustilanteet, joissa ohjattavat arvioivat omaa toimintaansa, alkavat usein tunnustelulla (Poskiparta 2002, 32). Siksi aloitimme ohjaustilaisuudet esittelemällä itsemme sekä kerroimme, miksi olimme heidän luonaan ja mitä tilaisuudet tulisivat sisältämään. Tämän jälkeen pyysimme ohjattavia esittäytymään meille. Poskiparran (2002, 32) mukaan vuorovaikutuksellisen ja luottamuksellisen suhteen luomiseen vaikuttavat muun muassa

epämuodollinen puhe ja leppoisa ilmapiiri. Siksi oli tärkeää, että ensikohtaaminen ohjattavien kanssa oli tasa-arvoista ja luontevaa.

Esittelyjen yhteydessä korostimme tilaisuuksien vuorovaikutuksellisuutta sekä painotimme sitä, ettei kyseessä ole luento. Ohjaustilanteen alussa ohjattavat olisi hyvä saada tietoiseksi siitä, että heidän aktiivisuutensa on tärkeää (Pekkari 2008, 148). Mielestämme ohjattavien oli tärkeää ymmärtää, ettei keskeyttäminen missään välissä olisi väärin, vaan päinvastoin se oli toivottavaa. Halusimme, että jokainen saisi juuri itseä askarruttaviin kysymyksiin vastauksia, ja myös tämä ohjattavien oli ymmärrettävä (Sukula 2002, 16-17). Kun ohjattava tavataan tällaisen tilaisuuden yhteydessä ensimmäistä kertaa, olisikin erittäin tärkeää, että hänelle tulisi myös tunne, että hän on tullut kuuluksi (Mannström-Mäkelä & Saukkola, 2008, 55).

Jokaisen ryhmän johdattelimme aiheeseen noin kaksi minuuttia kestävän videon avulla, joka heijastettiin videotykin avulla seinälle. Videolla esiintyvä suun terveydenhuollon ammattilainen havainnoillisti hampaiden harjaus- ja lankaustekniikkaa. (Nettitelkku 2009 & Oral Hammaslääkärit Oyj.) Näin pyrimme lisäämään sanoman ymmärrettävyyttä ja muistettavuutta (Andersson & Kylänpää 2002, 175-179). Lisäksi hyödynsimme mallioppimista. Näin ohjattavat saivat käyttäytymisesimerkin, jonka toimintaa he tarkkailivat ja arvioivat, sekä mahdollisesti tulevaisuudessa omaksuisivat omaan käyttäytymiseensä. (Laine ym. 2009, 11-12.)

Ohjaustilanteet alkavat aina nykytilan kartoituksella. Tulevat toiminnot ja niiden valinta, rajaaminen tai hylkääminen tehdään nykytilan kartoituksen pohjalta. (Vehviläinen 2001, 53.) Esittelyjen jälkeen kartoitimme ohjattavien suun omahoitotottumuksia avoimien kysymysten avulla. Näin saimme käsityksen ohjattavien suun omahoidon laadusta sekä täsmentyi myös se, mihin meidän kussakin ohjaustilanteessa oli keskityttävä ja mitä painotettava. Olimme sopineet etukäteen jokaisen ohjaajan oman käsiteltävän aihealueen, mutta kuitenkin niin, että liian rajattuja puheenvuoroja ei olisi.

Ohjauksessa sekä ohjattavia että ohjaajia pidetään asiantuntijoina (Pekkari 2008, 48; Vehviläinen 2001, 95). Ohjattavien näkemysten tulee olla etusijalla, koska ohjauksen tulee palvella ohjattavia ja heidän tarpeitaan. (Vehviläinen 2001, 95.) Siksi oli tärkeää kysyä ohjattavilta, mitä he käsittävät termillä *suun omahoito*. Kyseenalaistamatta ohjattavien näkemyksiä kerroimme omahoidon tarkoittavan suun ja hampaiden säännöllistä puhdistamista, eli hampaiden harjaamista, sekä hammasvälien ja kielen puhdistamista. Näin toimimme oman näkemyksemme ohjattavien näkemyksien rinnalle (Vehviläinen 2001, 95).



Suurin osa ohjattavista kertoi suun omahoitonsa olevan aktiivista. Ohjattavasta riippuen aktiivinen suun omahoito tarkoitti hampaiden ja suun päivittäistä tai viikoittaista puhdistamista. Muutamit ohjattavat kertoivat suun omahoitonsa olevan heikkoa tai olematonta. Nämä ohjattavat toivat oma-aloitteisesti ilmi puutteita suun omahoidossaan. Ohjattavien kertoessa suun omahoitotottumuksistaan kiinnitimme huomiota katsekontaktin käyttöön. Aktiivisella katsekontaktin käytöllä osoitimme ohjattaville kuuntelevamme ja olevamme kiinnostuneita heistä (Vänskä ym. 2011, 50).

Voimaannuttavan ohjauksen tulee olla lähtökohdaltaan kannustavaa ja tasa-arvoista (Pekkari 2008, 91). Siksi pyrimme kannustamaan jokaista heikkoa suun omahoitoa toteuttavaa ohjattavaa tuomalla ilmi myönteisiä piirteitä heidän suun omahoidossaan. Vaikka ohjattavien omahoitotottumukset olivat vaihtelevia, ohjausta suun omahoitoon toivottiin jokaisessa pienryhmässä. Proteesipotilaita ei ollut joka ryhmässä, joten näissä ryhmissä ei puhuttu proteesien puhdistamisesta. Mikäli ohjattavat toivat ilmi haluttomuutta tuoda omia suunhoitotottumuksia ilmi, emme painostaneet heitä vastaamaan.

Ohjattavan on hyvä tuoda omia mielipiteitään aktiivisesti ilmi. Oleellista on ohjattavien ajatusten ja pohdintojen käsittely ohjaajien kanssa (Pekkari 2008, 112). Ohjatessamme ohjattavia suun omahoitoon, muistutimme heitä kysymisen ja kommentoimisen olevan toivottavaa. Huomasimme tämän rohkaisevan ohjattavia osallistumaan aktiivisemmin. Näin myös toimimme ohjattaville ilmi sen, että haluamme kuunnella ja kunnioittaa heitä (Vehviläinen 2001, 230).

Ohjattavien oli tärkeää ymmärtää, että emme oleta heidän hakeutuneen ohjaustilaisuuksiin ongelmien ilmaantumisen takia (Vehviläinen 2001, 114). Mikäli ohjattavat toivat ilmi huolia tai ongelmia liittyen heidän suun terveyteensä, vältimme syyllistävää tai syytä etsivää lähestymistapaa. Pyrimme mahdollisimman kattavasti antamaan vastauksia heidän kysymyksiinsä. Lisäksi tarjosimme mahdollisuuden esittää kysymyksiä vielä pienryhmätilaisuuden jälkeen, jos kysymysten esittäminen tuntui muiden ohjattavien kuullen epämiellyttävältä. Näin pyrimme tuomaan pienryhmätilaisuuksiin luotettavuuden ilmipiiriin. Kun ohjattavat tuntevat olonsa turvalliseksi ja hyväksytyksi, tapahtuu myös luontevaa voimaantumista (Tuorila 2009, 104).

Pienryhmätilaisuuksia varten olimme hankkineet erilaisia tavarataloissa ja apteekeissa tarjolla olevia suun terveydenhoidon tuotteita sekä välineitä: hammasharjoja, -lankaimia, -tikkuja, -väliharjoja ja -tahnoja. Keskustelun tukena käytimme kuvia hampaiden harjauksesta ja hammasvälien puhdistamisesta hammaslangalla, -tikulla ja -

väliharjalla. Monet esiteltävistä välineistä olivat ohjattaville entuudestaan täysin tuntemattomia tai jos väline oli näöltään tuttu, niin sen käytössä kaivattiin ohjausta. Ohjaamalla tuotteiden käytössä autoimme ohjattavia muuttamaan käsitystapojaan ja toimimaan uusien käsitysten varassa (Laine ym. 2009, 17). Suuvesien käytöstä käytiin keskustelua. Muutamille useammin kuin kaksi kertaa päivässä harjaaville suositelimme ylimääräisten harjauskertojen korvaamista alkoholittoman suuveden käytöllä. Painotimme kuitenkin sitä, ettei pelkkä suuveden käyttö missään tapauksessa korvaa suun mekaanista puhdistamista.

Avoimien kysymysten on todettu toimivan ohjattavien ajattelun virittäjinä (Mykrä & Hättönen 2008, 22). Niiden avulla virittelimme keskustelua suun sairauksista, niiden syntytaivoista ja hoitamattomuuden seurauksista. Käyttämiämme avoimia kysymyksiä olivat muun muassa: ”Mitä ymmärrätte termillä *karies*?” ja ”Miten *ientulehdusta* hoidetaan?”. Havainnollistamiseen käytimme A4-kokoisia kuvia karieksesta, ientulehduksesta ja parodontiitista. Tällä tavoin pyrimme tukemaan sanallista tietoa visuaalisten ärsykkeiden avulla, jotka edesauttavat opitun tiedon liittämistä käytäntöön (Andersson & Kylänpää 2002, 175–179).

Jo ensimmäisessä pienryhmätilaisuudessa huomasimme, että liian yksityiskohtaisiin asioihin keskittyminen vähensi ohjattavien mielenkiintoa. Ohjattavien keskittyminen väheni, jos käsitelimme asioita liian teoreettisesti. Käytännön asioissa pysyminen motivoi ohjattavia kysymään ja osallistumaan aktiivisemmin. Terveysviestinnässä ei siis ole kysymys ainoastaan tiedon saamisesta vaan myös sen ymmärtämisestä (Wiio & Puska 1993, 23, 27).

Psykyklääkkeiden suuvaikutuksista keskusteltiin. Ohjattavien kokemukset kuivasta suusta ja lisääntyneestä syljenerityksestä olivat vaihtelevia. Osa kertoi kärsivänsä kuivasta suusta, mutta koki pärjäävänsä vaivan kanssa. Muutamat kokivat kuivan suun oireet häiritseviksi ja olivat kiinnostuneita kuulemaan kuivan suun tuotteista. Osalla ei ollut kokemusta kuivan suun oireista. Muutama ohjattava kertoi lisääntyneestä syljenerityksestä, joka koettiin satunnaisesti häiritseväksi. Korostimme psykyklääkkeiden suuvaikutuksien merkitystä suun ja hampaiden terveyden kannalta, vaikkeivat kaikki ohjattavat olleet lääkkeiden suuvaikutuksia henkilökohtaisesti huomanneet.

Meiltä vaadittiin ohjaajina reaktiotaitoja, jotta kykenimme havainnoimaan ryhmää ja sen motivaatiotasoa (Kuhanen ym. 2010, 117; Vilén ym. 2008, 280-281). Ohjaustilaisuuksien aikana arvioimme jatkuvasti osaston 10 potilaiden motivaatiotasoa ja kiinnostusta käsiteltäviin aiheisiin. Käyttämällämme terminologialla huomasimme olevan vaikutusta

ohjattavien motivaatiotasoon. Puhuattessa *parodontiitista* ohjattavien kiinnostus väheni, mutta yleiskielen termi *hampaiden kiinnityskudossairaus* herätti ohjattavien mielenkiinnon. Ryhmän havainnointi oli välttämätöntä, jotta saimme muokatuksi pienryhmätilaisuuksien sisällön ohjattavien tarpeita vastaaviksi.

Viimeisenä aihealueena käsiteltiin terveellinen ravinto, napostelu, happohyökkäys ja ksylitoli. Kysyessämme ohjattavilta heidän ennakkotietojaan esimerkiksi happohyökkäyksestä, monelle ohjattavalle se oli terminä tuntematon. Ksylitolin vaikutus oli monille vierasta, mutta sen yhteys suun ja hampaiden terveyteen tiedettiin, ja siitä oltiin kiinnostuneita kuulemaan lisää. Vuorovaikutuksellisuuden kannalta oli tärkeää, että ohjattaville esitettiin jatkuvasti kysymyksiä ohjaustilanteiden aikana (Hätönen & Mykrä 2008, 22, 86). Käyttämiämme kysymyksiä olivat muun muassa: ”Miten ymmärrätte termin *happohyökkäys?*”, ”Millaisia suun ja hampaiden terveyttä edistäviä vaikutuksia uskotte ksylitolilla olevan?” ja ”Kuinka moni teistä käyttää ksylitolituotteita?”. Kysymyksiä avulla myös ohjailimme keskustelua (Turku 2007, 51).

Ohjattavan rohkaiseminen ja kannustaminen kuuluvat olennaisesti ohjaukseen (Vänskä ym. 2011, 41). Jokaisen pienryhmätilaisuuden aikana pyrimme kannustamaan ohjattavia sekä tukemaan heidän myönteisiä ominaisuuksiaan. Heikkoa suun omahoitoa toteuttavien ohjattavien kannustaminen ja motivointi aktivoi myös muita pienryhmän jäseniä osallistumaan. Tällä tavoin pyrimme nostamaan heidän toiveikkuuttaan ja siten aktivoimaan heidän oppimisprosessiaan (Sukula 2002, 16 – 17). Meidän täytyi ohjaajina olla helposti lähestyttäviä ja innostuneita. Huomasimme, että innostava ja välitön otteemme asioiden käsittelyssä aktivoi ohjattavien mielenkiintoa. Tärkeää oli täysipainoinen läsnäolo ja ohjattavien aito kohtaaminen (Laine ym. 2009, 228).

Kunkin pienryhmätilaisuuden lopussa jaoimme ohjattaville tapauskohtaisesti näytteitä ja esitteitä suun hoidon välineistä ja tuotteista. Proteesipotilaat saivat kirjalliset ohjeet proteesien pesua ja säilytystä varten, näytteitä proteesinpuhdistustableteista sekä proteesiharjat. Ohjattaville, joilla oli omia hampaita, tarjolla oli muun muassa näytteitä erilaisista hammastahnoista, sekä hammasharjoja, lankaimia, plakkivärijäystabletteja ja esitteitä sähköhammasharjoista. Ksylitolipastilleja oli tarjolla jokaiselle osallistujalle.

Ryhmiä tuli yhteensä neljä. Ensimmäisen ryhmän kanssa aloitettiin lauantaina 15.5.2012 klo: 9.00. Siihen osallistui yhteensä neljä henkilöä. Toisen ryhmän kanssa aloitettiin klo: 10.15 ja siihen osallistui yhteensä viisi henkilöä. Kolmas ryhmätilaisuus alkoi klo: 12.00 ja siihenkin osallistui viisi henkilöä. Viimeisen eli neljännen ryhmän kanssa aloitettiin klo: 13.15 ja myös siihen osallistui viisi henkilöä. Kaikkineen ohjatta-

via oli 19 osaston 27:stä potilaasta. Seitsemän potilasta ei osallistunut pienryhmätilaisuuksiin.

Skitsofreniaa sairastavat kärsivät usein keskittymisongelmista (Huttunen 2008, 50; Toivio & Nordling 2009, 124), ja siksi ohjaustilanteiden pituudeksi olimme suunnitelleet noin 45 minuuttia. Pienryhmätilaisuudet kestivät keskimäärin 45–60 minuuttia. Aikataullisesti pysyimme suunnitelmassamme.

### 8.3 Arviointi

Arvionnilla tarkoitetaan kaiken koulutuksen, ohjauksen tai muun vastaavan tuottaman arvon määrittämistä tavalla tai toisella. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota paitsi tiedolliseen, myös taidolliseen osaamiseen sekä asenteisiin ja siitä on tullut entistä tärkeämpi osa kaikkea opiskelua ja koulutusta. (Ojanen 2006, 166.)

Arviointimenetelminä toiminnallisessa opinnäytetyössämme halusimme käyttää itsearviointia ohjauksen ja terveystiedon näkökulmista, sekä osasto 10 henkilökunnalle suunnattua palautekyselyä (liite 1). Työn monipuolinen ja kattava arviointi on ongelmallista, koska pienryhmätilaisuuksia ei oltu henkilökunnan puolesta seuraamassa. Toisten taholta tuleva arviointi on erittäin tärkeää ja sitä tarvitaan itsearvioinnissa ja ohjaajana kehittämisessä (Ojanen 2006, 169; Vänskä ym. 2011, 131). Koska emme saaneet ulkopuolista palautetta, kokonaisvaltainen arviointi jäi suppeaksi.

Ohjaajan oman toiminnan reflektointia voidaan pitää edellytyksenä ohjauksen kehittämiseksi. Ohjaajan on kehittyäkseen ja ohjaustaitoja hioakseen hyvä arvioida ohjausta jatkuvasti. Ohjauksen reflektointia voidaan pitää myös ohjauksen laadun takeena. (Turku 2007, 84.) Reflektointi on kokemuksen uudelleen arvioimista, asioiden toisin silmin katsomista ja oman toiminnan ymmärtämistä. Arviointi kehittää eettistä ajattelua ja kykyä perustella ohjaukseen liittyviä ratkaisuja, ja se nähdään usein jatkuvana ja tulevaisuuteen tähtäävänä toimintana. (Vänskä ym. 2011, 128, 137.)

Hyvän ohjauksen yksi tärkeimmistä elementeistä on ihmisen arvostaminen (Pekkari 2008, 141) ja tähän perustuu myös terveystiedon (Laine ym. 2009, 128). Onnistuimme mielestämme kohtaamaan jokaisen ohjattavan kunnioittavasti ja arvostavasti niin, että jokaisen ohjattavan mielipiteitä ja kommentteja pidettiin arvokkaina. Ohjattavia arvostamalla onnistuimme luomaan pienryhmäohjaukset tilaisuuksiksi, joissa ohjauksen sisältöä suuntasivat ohjattavien yksilölliset tarpeet.

Ohjaajan vuorovaikutustaitoihin kuuluu tukeminen ja tasapuolisuus (Kuhanen ym. 2010, 117; Vilén ym. 2008, 280-281). Vuorovaikutuksella on myös oleellinen osa terveysviestinnässä (Laine ym. 2009, 230). Erityisen tyytyväisiä olemme vuorovaikutustaitoihimme, joita käytimme ohjaajina mielestämme monipuolisesti. Tasapuolisella ja ohjattavia tukevalla ohjauksella onnistuimme luomaan pienryhmätilaisuuksiin kannustavan ilmapiirin. Ymmärsimme ohjattavien rohkaisemisen kuuluvan olennaisesti ohjaukseen (Vänskä ym. 2011, 41) ja aktiivisella rohkaisemisella huomasimme olevan myönteisiä vaikutuksia ohjattavien osallistuvuuteen.

Ohjaajilta vaadittavia reaktiotaitoja (Kuhanen ym. 2010, Vilén ym. 2008, 280-281) käytimme mielestämme kattavasti. Ohjattavien jatkuvalla tarkkailemisella onnistuimme reagoimaan heidän tarpeisiinsa. Ohjauksen ominaispiirteiden ja tyylin arvioinnissa hyvä keino olisi esimerkiksi ohjaustilaisuuksien äänittäminen tai videointi (Vänskä ym. 2011, 130) ja uskomme, että edellämainittujen keinojen avulla olisimme voineet pohtia ja arvioida ohjausta kokonaisuudessaan laajemmin, ja nimenomaan ohjaajien reaktioiden osalta.

Ohjauskirjallisuus korostaa avointen kysymysten esittämistä ohjauksessa (Vänskä ym. 2011, 37). Suunnitteluvaiheessa olimme valmistelleet ohjattaville suunnattuja avoimia kysymyksiä runsaasti ja tämä oli myönteinen asia ohjaustilaisuuksien vuorovaikutellisuuden kannalta. Jälkeenpäin arvioiden joidenkin avoimien kysymysten terminologiaa olisimme voineet täsmentää, esimerkkinä kysymys ”Mitä ymmärrätte termillä *karies*?”. Vaikka kariksen kerrottiin tarkoittavan hampaiden reikiintymistä, kysymys olisi kannattanut muotoilla heti ensimmäisen kerran seuraavasti: ”Mitä ymmärrätte termillä *hampaiden reikiintyminen*?”

Ammattimainen ohjaus toteutuu yhdistelemällä sanallista ja sanatonta viestintää sekä mahdollisesti kielen kirjallisia keinoja, kuten kuvia ja videoita (Vänskä ym. 2011, 36-37). Olemme tyytyväisiä valintaamme käyttää audiovisuaalisia ja visuaalisia ärsykeitä, koska niiden avulla toimme pienryhmätilaisuuksiin monipuolisuutta. Jälkeenpäin arvioiden uskomme, että ohjauksen monipuolisuus olisi lisääntynyt, jos olisimme valinneet käyttöön enemmän kuvia. Kariesta olisimme voineet havainnoillistaa useammalla erilaisilla kuvilla ja esimerkiksi eroosiota havainnoillistavia kuvia ei ollut ollenkaan käytössä.

Ohjauksessa sanatonta viestintää tulisi käyttää harkitusti (Vänskä ym. 2011, 47). Katsekontaktin käyttämisellä, ohjattavien intensiivisellä kuuntelemisella ja ilmeillä sekä eleillä onnistuimme mielestämme luomaan pienryhmätilaisuuksiin välittömän ja rennon ilmapiirin. Ohjaustilaisuuksien fyysinen ympäristö antoi meille mahdollisuuden istua

lähellä ohjattavia ja tämän uskomme vaikuttaneen ilmapiiriin positiivisesti. Vaikka pyrimme olemaan tietoisia käyttämistämme sanattoman viestinnän elementeistä, sanattomat viestit ovat kuitenkin usein tiedostamattomia (Vänskä ym. 2011, 47). Siksi ohjaustilaisuuksien videointi olisi myös sanattoman viestinnän arvioinnin kannalta ollut perusteltua.

Yhteenvedona todettakoon, että olemme kokonaisuudessaan tyytyväisiä ohjausvuorovaikutukseen jokaisessa pienryhmässä. Lähdeaineiston avulla ryhmänohjaajilta vaadittaviin taitoihin huolellinen perehtyminen oli edellytys pienryhmätilaisuuksiin valmistauttaessa. Vuorovaikutus nähdään usein yhtenä ohjauksen tärkeimpänä elementtinä. Kuitenkaan ei ole perusteltua olettaa, että ohjaus on onnistunut silloin, kun vuorovaikutus toimii (Pekkari ym. 2008, 159).

Terveysviestintä pitää sisällään kaiken sellaisen viestinnän, joka jollain tavalla liittyy terveyteen, sairauteen ja terveydenhuoltoon. Yksi terveysviestinnän tavoite on terveyden edistäminen. (Wiio & Puska 1993, 16.) Toteutettuamme toiminnallisen opinnäytetyön, jonka tavoitteena oli Niuvanniemen sairaalan osasto 10 potilaiden suun omahoidon edistäminen, toteutimme terveysviestinnän periaatteita. Terveyteen liittyvän viestinnän avulla pyrimme edistämään potilaiden suun omahoitoa. Näin ollen tavoitteena oli myös heidän terveytensä edistäminen.

Terveysviestinnän tulee pohjautua tosiseikkoihin. Terveysviestinnän eettiseen perustaan kuuluu viestinnän oikeellisuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Lisäksi terveysviestintä perustuu ohjattavien voimavarojen löytämiseen. (Laine ym. 2009, 128; Wiio & Puska 1993, 23, 27) Otamme vastuun pienryhmätilaisuuksissa käytetyn tiedon oikeellisuudesta ja luotettavuudesta. Jokaisen pienryhmätilaisuuden lähtökohtana oli ohjattavien kunnioittaminen sekä heidän voimavarojensa löytäminen. Täten voidaan todeta, että työemme kattaa terveysviestinnän kriteerit.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Toiminnan vaikuttavuus

Psyykkisesti sairaiden potilaiden motivaatio suun omahoitoon on yksi suurimmista ongelmista mielenterveyspotilaiden suun terveydenhoidon kannalta (Haavio ym. 2005, 4141-4145). Vakavista psyykkisistä sairauksista kärsivillä henkilöillä on suuri riski sairastua erilaisiin suun sairauksiin. Heikolla suun terveydellä on vaikutuksia muun muassa elämänlaatuun, hyvinvointiin ja itsetuntoon. (Haavio ym. 2005, 4141-4145; Khokhar ym. 2011.) Vakavien psyykkisten sairauksien hoidossa suun terveydenhoitoa ei kuitenkaan pidetä prioriteettina (Khokhar ym. 2011).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa pienryhmätillaisuuksia Niuvaniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan osaston 10 potilaille. Tavoitteena oli potilaiden motivoiminen suun omahoitoon eli potilaiden suun omahoidon edistäminen. Tavoitteena oli myös lisätä potilaiden tietämystä suun terveydenhoitoon liittyvistä asioista. Käytännön toiminnan välineenä käytimme yhtä terveystieteen osa-aluetta, voimaannuttavaa pienryhmäohjausta.

Koska toiminnalliseen opinnäytetyöhömmme ei kuulunut potilaiden suun omahoitotottumuksien kontrolloimista ohjaustilaisuuksien jälkeen, on toimintamme vaikuttavuutta vaikea arvioida. Todennäköisesti kertaluontoisesti toteutetut pienryhmätillaisuudet eivät riitä aikaansaamaan pitkäkestoista ja pysyvää muutosta potilaiden suun omahoitotottumuksissa.

Sisältö 45 minuutin mittaisissa pienryhmätillaisuuksissa oli jälkepäin arvioiden hieman liian laaja. Hyvässä ohjauksessa faktatietoa tulisikin antaa pieninä annoksina (Pekkari 2008, 142). Rajasimme käsiteltäviä asioita jokaisen pienryhmän kohdalla. Teoreettisten asioiden sijaan keskityimme käytännönläheisiin asioihin. Esimerkiksi kuivan suun oireista ja vaikutuksista suun terveyteen oltiin kiinnostuneita, mutta kuivaa suuta aiheuttavat lääkkeet olivat ohjattaville toissijaisia. Hampaiden harjaamista ja väliin puhdistamista oltaisiin voitu harjoitella käytännössä.

Ohjattaville suunnattu palautekysely heti ohjaustilaisuuksien jälkeen olisi osaltaan antanut arvion toiminnan vaikuttavuudesta. Palautekyselyn avulla olisimme mahdollisesti saaneet suuntaa-antavan arvion siitä, kuinka moni ohjattavista koki ja ei kokenut motivoituneensa omahoitoon pienryhmätillaisuuksien jälkeen. Jos ohjattaville suunnattuun

palautekyselyyn olisi sisällytetty avoimia kysymyksiä ryhmänohjaajan taidoistamme, olisimme saaneet tarkemman käsityksen siitä, miten ohjattavat ohjauksen kokivat. Ohjauksen arviointia olisikin toteutettava useista lähtökohdista, eikä ohjaajien yksin suorittama lopputuloksen arviointi riitä (Ojanen 2006, 170).

Mikäli olisimme toteuttaneet pienryhmätilaisuudet saman osaston potilaille esimerkiksi kaksi kertaa vuodessa puolen vuoden välein, olisimme itse päässeet konkreettisesti arvioimaan ohjauksen vaikuttavuutta. Toisella ohjauskerralla olisimme voineet keskittyä asioihin, jotka edelleen kaipaavat ohjausta. Uskomme ohjauksen jatkuvuuden olevan tärkeä tekijä ohjauksen vaikuttavuuden kannalta. Puolen vuoden välein toteutetut pienryhmätilaisuudet olisivat tehneet opinnäytetyöstämme laajemman, mutta myös ammatillisen kasvun kannalta kattavamman. Aikataulullisista syistä halusimme pitää ohjaustilaisuudet kertaluontoisina.

Kehittämistehtävä olisi ollut laajempi ja suuntaa-antavampi siten, että ohjattavien suunhoitotottumukset sekä suun kliininen tilanne olisi kartoitettu ennen pienryhmätilaisuuksia ja esimerkiksi kaksi kuukautta tilaisuuksien jälkeen. Näin olisi saatu konkreettinen käsitys toiminnan vaikuttavuudesta. Silloin opinnäytetyössä olisivat yhdistyneet tutkimuksellisuus sekä toiminnallisuus.

Nähtäväksi jää, olisiko suuhygienistiopiskelijoiden käytännön harjoittelujaksoihin, jotka kohdistuvat mielenterveyspotilaisiin, mahdollista sisällyttää kehittämistehtävä liittyen psyykkisesti sairaiden henkilöiden suun omahoitoon. Koska mielenterveyspotilaat kuuluvat suun sairauksien huippuriskipotilaisiin (Haavio 2003, 774-775), uskoisimme tämänkaltaisten pienryhmätilaisuuksien olevan valtakunnallisesti toivottavia.

Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi aktiivisesti pyrkiä yhteistyöhön suun terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, jotta vakavista psyykkisistä sairauksista kärsivien hoidossa otettaisiin heidän kaikki tarpeensa huomioon (Khokhar ym. 2011). Niuvanniemen sairaalan sekä muiden psykiatristen sairaaloiden hoitohenkilökunnan tietämystä suuhygieniasta ja sen ylläpitämisestä tulisi suun terveydenhuollon ammattilaisten lisätä ja pitää yllä, jotta suun omahoitoon ohjaaminen toteutuisi niin aktiivisesti kuin mahdollista. Näin varmistuttaisiin siitä, että kohtuullisen suuhygienian ylläpitämiseen on tiedolliset edellytykset. Siksi tämänkaltaiset ohjaustilanteet olisivat tärkeitä myös hoitohenkilökunnan tietojen päivittämisessä, toki ohjaustilanteiden runko tulisi muokata hoitohenkilökunnalle sopivaksi.



## 9.2 Opinnäytetyöprosessi

Mielenterveys erilaisine osa-alueineen on kiinnostanut meitä kaikkia opiskelijain alusta asti. Kun tuli mahdollisuus tehdä opinnäytetyö, jossa kohteena ovat psyykkisesti sairait ihmiset ja heidän suun terveytensä, oli selvää, että haluamme yhdessä ryhmänä tehdä opinnäytetyön, joka antaa meille ja toimeksiantajallemme mahdollisimman paljon. Mielestämme kiinnostava aihe on ehdoton edellytys sille, että opinnäytetyön tekeminen on mielekästä.

Opinnäytetyöprosessia aloittaessamme olimme kaikki suorittamassa Niuvanniemen sairaalassa koulutusohjelmaamme kuuluvaa Suuhygienisti suun terveydenhoidon asiantuntijana eri yhteisössä –harjoittelua. Harjoittelu kesti kahdeksan viikkoa, jonka aikana pystyimme jo kartoittamaan osaston 10 potilaiden suun terveyteen vaikuttavia seikkoja. Harjoittelun aikana pyysimme Niuvanniemen sairaalan henkilökunnalta toiveita ja ehdotuksia opinnäytetyötämme varten.

Olemme tyytyväisiä valintaamme toteuttaa opinnäytetyö toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallinen opinnäytetyö eli jonkin konkreettisen tuotoksen tuottaminen, oli jokaiselle ryhmän jäsenelle alusta asti mielekkäin ja kiinnostavin vaihtoehto. Ryhmytyminen oli helppoa, ja olimme kaikki yhtä innokkaita aloittamaan prosessia, kun aiheemme varmistui. Ryhmädynamiikan kannalta oli tärkeää, että meillä kaikilla oli saman verran innostusta ja mielenkiintoa opinnäytetyön toteuttamiseen.

Täydensimme ennakkotietojamme mielenterveystyöstä kokonaisuutena perehtymällä muun muassa alan kirjallisuuteen ja tutkimustietoon. Harjoittelujaksomme sairaalassa antoi kokemuspohjaa mielenterveystyöstä teoreettisen tiedon tueksi, ja tämä osoittautui erittäin tärkeäksi ohjaustilanteiden onnistumisen kannalta. Näin ymmärsimme myös ohjaustilanteiden sisällön suunnittelun tärkeyden. Oli tärkeää, että meillä oli omakohtaista kokemusta psyykkisesti sairaiden ihmisten kanssa toimimisesta. Harjoittelun myötä opimme paljon psyykkisesti sairaiden potilaiden käyttäytymisestä, heidän ohjaamisestaan ja niistä ominaisuuksista, joita ohjaajalta vaaditaan. Sujuvien ohjaustilanteiden edellytys oli laaja-alainen suunnittelutyö, jonka teimme ryhmänä huolellisesti ja tarkasti.

Ohjaustilanteiden kiihkein suunnitteluvaihe ajoittui samaan aikaan Niuvanniemessä suorittamamme harjoittelun kanssa. Näin ollen olimme kaikki samalla paikkakunnalla, ja tämä helpotti työstämistä. Harjoittelun päätyttyä jokaisen työt omilla paikkakunnillaan jatkuivat, joten yhteydenpito ja opinnäytetyön työstäminen jatkui muun muassa sähkö-

postin välityksellä. Työnjaon olimme suunnitelleet niin, ettei ryhmätyöskentely kärsisi, vaikkemme fyysisesti yhdessä työskentelisikään. Olemme tyytyväisiä, että saimme opinnäytetyömme suunnittelu-, toteutus- ja raportointitöineen näinkin ripeällä aikataululla tehdyksi.

Itse ohjaustilanteiden toteuttamista haasteellisemmaksi koimme suunnittelu- ja raportointivaiheessa huolellisen lähdeaineistoon perehtymisen ja tarkan kirjoitustyön. Välillä kirjoittaminen turhautti jokaista ryhmän jäsentä ja kirjoitustyöhön orientoituminen oli hankalaa, mutta toinen toistamme tukien selvisimme kirjoitusurakasta.

Opinnäytetyön tekeminen oli prosessina laaja-alainen ja vaativa, mutta samalla todella mielenkiintoinen ja opettava kokemus. Olemme oppineet pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä opinnäytetyön työstämisen eri vaiheissa. Tiedonkeruutaitomme sekä kirjallinen työskentelymme on kehittynyt. Työn lukeneilta ulkopuolisilta henkilöiltä saimme hyviä neuvoja tekstin monipuoliseen arviointiin. Kirjoittamisen aikana olisimme voineet hyödyntää vertaisopiskelijoiden apua tehokkaammin.

Yleistietämyksemme mielenterveyden erilaisista häiriöistä ja mielenterveyspotilaiden suun terveyteen vaikuttavista tekijöistä on lisääntynyt. Lisäksi psyykkisesti sairaiden ihmisten kanssa toimiminen opetti meitä kokonaisuudessaan paljon ja saimme siitä arvokasta kokemusta ammattimme varalle. Uskomme, että suuhygienistin ammatissa on tärkeää osata kohdata erilaisia ihmisiä. Nyt terveyttä edistävien ryhmien toteuttaminen on tuttua myös tulevaisuudessa. Voimaannuttavasta pienryhmäohjauksesta oppimiamme taitoja voimme käyttää hyödyksi tulevassa ammatissamme suuhygienistinä.



## LÄHTEET

Ainamo, A., Paavola, P., Lehtinen, A. & Eerikäinen T. 2003. *Ikäihmisten suun hoito: Hammasproteesia käyttävien suun ja proteesien hoito*. Suomen hammaslääkärilehti 6, 270-272.

Andersson, S. & Kylänpää, E. 2002. *Käytännön puheviestintä*. Tampere: Mac Laser oy.

Haavio, M. -L. 2003. Mielenterveyspotilaiden suun terveydenhuolto Suomessa. *Suomen Hammaslääkärilehti* 14, 772 - 775.

Haavio, M. -L., Lankinen, S. & Murtooma, H. 2005. Suun terveydenhuolto psykiatrisia potilaita hoitavissa sairaaloissa vuonna 2002. *Suomen Lääkärilehti* 41, 4141 - 4145.

Heikka, H. 2009a. *Hampaiden puhdistaminen* [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. 15.9.2009. [viitattu 11.10.2012]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=trs00021](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00021).

Heikka, H. 2009b. *Hampaiden välipintojen puhdistus* [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. 15.9.2009. [viitattu 11.10.2012]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=trs00028](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00028).

Heinonen, T. 2006. *Lääkkeet ja suu*. Idies ky.

Heinonen, T. 2007a. *Karieksen hallinta*. Idies ky.

Heinonen, T. 2007b. *Yleissairaudet suun terveydenhoidossa*. Idies ky.

Heinonen, K., Haavisto, K., Seppä L., & Hausen, H. 2008. Mehutuotteet vaarantavat hampaat. *Suomen Hammaslääkärilehti* 15(11), 20-25.

Hiiri, A. 2009. *Ientulehdus (gingiviitti)* [verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. 15.0.2009. [viitattu 11.1.0.2012]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=trs00106](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00106).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Honkala, S. 2009. *Psyykkiset sairaudet ja suun terveys* [verkkójulkaisu]. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. 15.9.2009. [viitattu 30.1.2012]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=trs00151&p\\_haku=suun%20terveys%20ja%20mielenterveys](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00151&p_haku=suun%20terveys%20ja%20mielenterveys).

Huttunen, M. 2008. *Lääkkeet mielen hoidossa. 2., uudistettu painos*. Helsinki: Duodecim.

Huttunen, M. 2011. *Psykenlääkkeet* [verkkójulkaisu]. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. 22.10.2011. [viitattu 12.2.2012]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00412](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412).

Isohanni, M., Joukamaa, M. 2007. *Skitsofrenia ja muut psykoosit*. [verkkójulkaisu]. Terapia Fennica. [viitattu 3.10.2012]. Saatavissa: [http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia\\_ja\\_muut\\_psykoosit](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia_ja_muut_psykoosit).

Khokhar, WA., Clifton, A., Jones, H., Tosh, G. 2011. *Oral health advice for people with serious mental illness*. [verkkójulkaisu]. Bradgate Mental Health Unit, Glenfield General Hospital, Leicestershire Partnership Trust, Leicester. 9.11.2011. [viitattu 10.10.2012]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071856>.

Kopakkala, A. 2009. *Masennus*. Helsinki: Edita.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito –suositus 2008. *Skitsofrenia*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 1.1.2008. [viitattu 3.10.2012]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../hoi350500>.

*Käypä hoito -suositus 2009. Kariuksen hallinta* [verkkójulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 10.2.2009. [viitattu

2.5.2012]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50078>.

Käypä hoito –suositus 2010a. *Depressio* [verkkojulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 21.10.2010. [viitattu 4.10.2012]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50023>.

Käypä hoito –suositus 2010b. *Parodontiitti* [verkkojulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseuran Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 7.6.2010. [viitattu 24.9.2012]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50086>.

Könönen, E. 2012a. *Ientulehdus (gingiviitti)*. [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. 11.5.2012. [viitattu 24.9.2012]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00714](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00714).

Könönen, E. 2012b. *Hampaan kiinnityskudossairaus (parodontiitti)*. [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto: Kustannus Oy Duodecim. 11.5.2012. [viitattu 24.9.2012]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00716&p\\_haku=parodontiitti](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00716&p_haku=parodontiitti).

Laine, A., Rushalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2009. *Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla*. 8., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Laitinen, O. 2012. Apulaisosastonhoitaja. Niuvanniemen sairaala, Kuopio. Haastattelu 24.1.2012.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. 17.8.1992. [viitattu 1.11.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

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

Lönnqvist, J. 2005. *Mielenterveyden ongelmat*. [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto:

Kustannus oy Duodecim. 18.7.2005. [viitattu 7.9.2012]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00028](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028).

Mannström-Mäkelä, L. & Saukkola, K. 2008. *Voimaannuttavan ohjaamisen käsikirja*. Kaaoksesta arjen hallintaan. Helsinki: Palmenia. 55.

Meurman, J.H. 2007. *Sateenvarjoprojekti: Ehkäisevän hoidon mahdollisuudet mielen-terveyspotilaiden suun terveyden edistämässä*. Helsingin yliopisto. Hammaslääketieteen laitos; HYKS [viitattu 30.1.2012]. Saatavissa: [http://www.vantaa.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/32504\\_Jukka\\_Meurman.pdf](http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/32504_Jukka_Meurman.pdf).

Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. Kouluttajälhtöisiä menetelmiä. Teoksessa Mykrä, T. & Hätönen, H. (toim.) *Opas opetusmenetelmistä*. Helsinki: Edita, 19-34.

Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. Menetelmällisiä ideoita haastaviksi koettuihin koulutus-tilanteisiin. Teoksessa Mykrä, T. & Hätönen, H. (toim.) *Opas opetusmenetelmistä*. Helsinki: Edita, 76-88.

Nettitelkku 2009 & Oral Hammaslääkärit Oyj. *Kuinka usein harjaat hampaasi?* 2009. Toimittaja Markus Linti, haastateltava Leila Pakkasjärvi. 18.8.2009. [verkkojulkaisu]. [viitattu 12.5.2012]. Saatavissa: <http://www.nettitelkku.fi/video/netti-tv-kuinka-usein-harjaat-hampaasi#content>.

Niuvanniemen sairaala 2012a. *Osastot* [verkkojulkaisu]. [viitattu 30.1.2012]. Saatavissa: <http://www.niuva.fi/hoitoty/osastot.htm>.

Niuvanniemen sairaala 2012b. *Osasto 10: osastokuvaus*. [viitattu 1.2.2012]. Saatavissa Niuvanniemen sairaalan intranet: <http://venus/Toimintayksikiden%20palveluesitteet/Forms/AllItems.aspx>.

Niuvanniemen sairaala 2012c. *Potilaan tutkimus ja hoito* [verkkójulkaisu]. [viitattu 30.1.2012]. Saatavissa: <http://www.niuva.fi/toiminta/tutkimus.htm>.

Niuvanniemen sairaala 2012d. *Toimintasuunnitelma 2012*. Julkaistu: 30.9.2011. [viitattu 1.2.2012]. Saatavissa Niuvanniemen sairaalan intranet:

[http://venus/Toimintayksikoiden\\_laadunhallinta/Forms/Kaikkidokumentit.aspx](http://venus/Toimintayksikoiden_laadunhallinta/Forms/Kaikkidokumentit.aspx).

Niuvanniemen sairaala 2012e. *Hoitomenetelmät* [verkkójulkaisu]. [viitattu 12.9.2012]. Saatavissa: <http://www.niuva.fi/hoitotyomenetelmat.htm>.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A., Pesonen, A. 2007. *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa*. Vammala: Tammi.

Nordsröm, G. & Sjögren, R. 2000. Oral health status of psychiatric patients. *Journal of Clinical Nursing* 9, 632-638.

Nurminen, M-L. 2011. *Lääkehoito*. 10., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Ojanen, S. 2006. *Ohjauksesta oivallukseen*. Ohjausteorian käsittelyä. 4., uudistettu painos. Helsinki: Palmenia.

Pekkari, M. 2008. *Tavoitteellinen ohjauskeskustelu*. Helsinki: Tammi.

Pennington, D. 2005. *Pienryhmän sosiaalipsykologia*. Suom. Ahokas, M. Helsinki: Gaudeamus.

Pirkola, S. & Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. Teoksessa Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim.) *Tunnuslukuja Suomesta*. Stakes, 5.



Poskiparta, M. 2002. Joustavaa ja yksilöllistä ohjausta. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) *Terveysviestintä*. Vammala: Tammi, 24-35.

Sukula, S. 2002. Asiakkaan tahto. Osallistuva asiakas. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) *Terveysviestintä*. Vammala: Tammi, 13-23.

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2005a. *Hammaskivi ja ientulehdus*. [verkkajulkaisu]. [viitattu 4.10.2012]. Saatavissa: <http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suunhoito/hammaskivi-ja-ientulehdus/>.

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2005b. *Suun kuivuus*. [verkkajulkaisu]. [viitattu 12.9.2012]. Saatavissa: <http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suunhoito/suun-kuivuus/>.

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2005c. *Suun sieni-infektio*. [verkkajulkaisu]. [viitattu 25.9.2012]. Saatavissa: <http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suunhoito/suun-sieni-infektio/>.

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2005d. *Suupolteoireyhtymä*. [verkkajulkaisu]. [viitattu 25.9.2012]. Saatavissa: <http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suunhoito/suupolteoireyhtymae/>.

Toivio, T., Nordling, E. 2009. *Mielenterveyden psykologia*. Helsinki: Edita.

Torkkola, S. 2002. Näkökulmia terveysviestintään. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) *Terveysviestintä*. Vammala: Tammi, 5-12.

Tuorila, H. 2009. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja. *Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen* [viitattu 17.2.2012]. Saatavissa:

[http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04\\_tuorila\\_terveyspalvelut.pdf](http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf).

Turku, R. 2007. *Muutosta tukemassa*. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita.

Vehviläinen, S. 2001. *Ohjaus vuorovaikutuksena*. Helsinki: Gaudeamus.

Viertö, S., Perälä, J., Saarni, S., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Hendriksson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. *Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset*. *Suomen Lääkärilehti* 11, 863-869.

Vilén, M., Leppämäki, P., Ekström, L. 2008. *Vuorovaikutuksellinen tukeminen*. 3., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R., Annala, T. 2007. *Mielenterveys- ja päihdetyö*. Yhteystyötä ja kumppanuutta. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä J. 2011. *Onnistuuko ohjaus?* Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Wiio, O. & Puska, P. 1993. *Terveysviestinnän opas*. Keuruu: Otava.

Liite 1 Palautekysely

Kaisa Karhu  
Sille Korgesaar  
Titta Santala  
Savonia-ammattikorkeakoulu  
Terveysala Kuopio  
12.5 2012

PALAUTEKYSELY PIENRYHMÄOHJAUKSISTA HENKILÖKUNNALLE

1. Näkyikö ammatillisuus ja asiantuntijuus opiskelijoiden pienryhmäohjauksissa?
2. Oliko pienryhmätilaisuuksien sisältö suunniteltu voimaannuttavan pienryhmäohjauksen periaatteiden mukaisesti?
3. Terveysviestinnässä pyritään niin sanotusti suostuttelemaan ihmisiä toimimaan annetun tiedon perusteella ja voimaannuttavan pienryhmäohjauksen ideana on saada ohjattava edes harkitsemaan muutosta omassa terveystyössä. Onnistuivatko ohjaajat mielestänne tässä?
4. Koitteko annetun tiedon laadukkaaksi ja ymmärrettäväksi?
5. Olivatko sanallisen tiedon lisäksi tarjotut visuaaliset sekä audiovisuaaliset ärsykkeet tarpeellisia?
6. Muuta kommentoitavaa:

