

Jaana Immonen

Maija Vanhala

ITSEHOIDON TOTEUTUKSEN MAHDOLLISUUKSIA KOTI-
KUNTOUTUKSESSA

TOIMINTAMALLI KOTIKUNTOUTUKSEN TUEKSI

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja AMK

HO14KA

Huhtikuu 2016



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Jaana Immonen, Maija Vanhala	Sairaanhoitaja	Huhtikuu 2016
Opinnäytetyön nimi		62 sivua
Itsehoidon toteutuksen mahdollisuuksia kotikuntoutuksessa Toimintamalli kotikuntoutuksen tueksi		28 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry		
Ohjaaja		
Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, yliopettaja Miia Kurttila Kehittämisohtaja, KAKSPY ry		
Tiivistelmä		
<p>Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää näyttöön perustuvan tiedon pohjalta toimintamalli Kakspy:n psykiatriseen kotikuntoutukseen. Tavoitteena oli kehittää toimintamalli kotikuntoutukseen sairaanhoitajan työskentelyn tueksi. Sen avulla osataan huomioida ne elämän osa-alueet, joissa mielenterveyskuntoutujalla on tyypillisesti haasteita. Mallin avulla ja haasteet huomioiden sairaanhoitaja osaa paremmin ohjata ja opettaa kuntoutujaa hänen yksilöllisten kykyjensä mukaisesti. Toimintamallista hyötyvät niin kuntoutuja kuin työntekijä.</p>		
<p>Mielenterveyskuntoutajat kuolevat muuta väestöä nuorempina ja itsehoitokykyä parantamalla saadaan eliniän odotetta nostettua. Itsehoitokyvyn tärkeyttä lisää hoitokulttuurin rakenne muutoksen tuoma kotona asumisen lisääntyminen. Opinnäytetyön teoriaosassa käytettiin Rauhalan ihmiskäsitystä ja Oremin itsehoitoteoriaa. Tutkimusten ja muun kirjallisuuden avulla kerättiin tietoa mielenterveyskuntoutujan itsehoitokyvystä. Näistä tiedoista tiivistettiin sisällönanalyysin keinoin tärkeimmät itsehoitotarpeet ja hoitotyön keinot.</p>		
<p>Kognitiivinen itsehoitokyky on pohja elämänhallinnalle ja arjesta selviytymiselle. Sairaanhoitajan on osattava arvioida yksilöllisesti kuntoutujan itsehoitokykyä, jolloin hän osaa tukea kuntoutumista oikealla tavalla. Ratkaisevaa on myös kuntoutujan sairastumisikä ja siihen mennessä kehittyneet itsehoitotaidot. Metabolinen oireyhtymä on mielenterveyskuntoutujilla yleisempää kuin muulla väestöllä. Tämä on riski sydän-, verisuoni- ja rasva-aineenvaihdunnansairauksille, jotka vaikuttavat eliniän odotteeseen. Elintapoja muuttamalla voidaan vaikuttaa somaattisten sairauksien ennaltaehkäisyyn. Ravitsemukseen ja liikuntaan tulisi kiinnittää huomiota ja itsehoidon tukea kohdistaa niihin. Sosiaalinen hyvinvointi, vertaistuki ja mielekkään tekemisen löytyminen tukevat itsehoitokyvyn kehittymistä.</p>		
<p>Asiasanat mielenterveys, mielenterveyskuntoutuja, itsehoito, elämisen toiminnot</p>		

Author (authors)	Degree	Time
Maija Vanhala, Jaana Immonen	Bachelor of Health Care	April 2016
Thesis Title		62 pages
Possibilities for Executing Self Care in Home Rehabilitation – an Operational Model to Support Reablement in Patient’s Home Environment		28 pages of appendices
Commissioned by		
Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry.		
Supervisor		
Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal Lecturer Miia Kurttila, Development Director		
Abstract		
<p>The purpose of this study was to develop an operational model on the basis of knowledge gained through evidence-based approach to be used at psychiatric home rehabilitation of Kakspyy ry. The aim was to develop an operational model to support nurses at home rehabilitation. It allows them to acknowledge the aspects of life where mental health patients typically have challenges. By taking these challenges into consideration, and with the support of the model, rehabilitation practitioner will be able to better guide the patient in his rehabilitation according to the patient's individual abilities. The operational model will benefit both the patient and the rehabilitation practitioner.</p> <p>Mental health patients generally die at a younger age than the general population. By improving the ability to independently take care of oneself will increase the life expectancy. The importance of self care is highlighted due to the changes in health care system and the resulting rise in patients living at home.</p> <p>The theoretical part of this thesis looked at Rauhala’s human perception and Orem’s self care theory. Information regarding the mental health patient’s ability to self care was gathered through research and literature reviews. This data was used to summarize the most important needs for self care and means for rehabilitation/nursing.</p> <p>Cognitive ability to self care creates the base for managing everyday life. The nurse needs to be able to individually assess the patient’s ability to self care, which will then enable the nurse to support the client properly. The key factor is the age when the patient developed the illness and the self care skills the patient has gained so far.</p> <p>Metabolic syndrome is more common amongst the mental health patients than the general population. This is a risk factor for developing cardiovascular and lipid metabolism disorders which affect life expectancy. Somatic diseases can be prevented by changing the way of life. Attention should be paid to targeting self care support in nutrition and physical activity. Social well-being, peer support and finding something meaningful to do generally support the development of self care skills.</p>		
Keywords		
mental health, self-care, mental rehabilitation, element of nursing		

SISÄLLYS

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	YHTEISTYÖTAHO KAKSPY RY	7
3	KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET	9
4	KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI	9
5	MIELENTERVEYSTYÖTÄ JA ASUMISPALVELUITA OHJAAVAT LINJAUKSET	11
6	ITSEHOITOTEORIA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOIDON KEHITTÄJÄNÄ	13
7	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOITOKYKY JA ARJESSA NÄKYVÄT ITSEHOITOVAJEET	17
7.1	Mielenterveyskuntoutujan kognitiivinen itsehoitokyky	18
7.2	Mielenterveyskuntoutuja yhteiskunnan osana ja vuorovaikutustaidot	18
7.3	Mielenterveyskuntoutujan riskikäyttäytyminen	19
7.4	Kodin- ja taloudenhoito sekä arjen sisältö	20
7.5	Mielenterveyskuntoutujan somaattinen sairastavuus ja eliniän odote	21
7.6	Mielenterveyskuntoutujan ravitsemus	22
7.7	Mielenterveyskuntoutujan hygienianhoito	22
7.8	Mielenterveyskuntoutujan liikkuminen	23
7.9	Mielenterveyskuntoutujan sosiaalinen hyvinvointi	23
7.10	Mielenterveyskuntoutujan uni	24
8	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOITOTARPEET POHJAUTUEN ITSEHOITOVAJEISIIN	24
9	ITSEHOITOA TUKEVAT KEINOT	28
9.1	Kognitiivinen itsehoito	29
9.2	Somaattinen sairastavuus ja kuolleisuus	30
9.2.1	Terveysten hoito	30
9.2.2	Syöminen ja juominen	31
9.2.3	Liikkuminen	33
9.2.4	Hygienia ja uni	35
9.2.5	Riskikäyttäytyminen	38

9.3	Elämän mielekkyys	39
9.3.1	Sosiaalinen hyvinvointi	39
9.3.2	Yhteiskuntaan osallistuminen, sekä kodin ja talouden hoito	41
10	ITSEHOITOA TUKEVAT HOITOTYÖN KEINOT JA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOIDON MAHDOLLISUUKSIA	43
11	TOIMINTAMALLIN LAADINTA	49
12	POHDINTA	51
12.1	Tulosten tarkastelua, johtopäätökset	51
12.2	Kehittämistyön luotettavuuden ja eettisyyden arviointia.....	53
12.3	Kehitämisaikajatuksia.....	54
	LÄHTEET.....	56
	LIITTEET	
	Liite 1. Tutkimustaulukko	
	Liite 2. Toimintamalli	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Suomessa on toteutettu suuri mielenterveystyön rakennemuutos 1990-luvulla. Psykiatriset laitospaikat vähenivät, paikkoja on enää alle neljäsosa 1970-lukuun verrattuna. Suurina syinä muutokseen ovat olleet mm. yhteiskunnan säästöt ja asenteiden muutos. Painopiste hoidossa on siirtynyt avohoitoon, sekä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö on kasvanut. Kolmannen sektorin palvelut ovat tärkeä osa avohoitoa. Yksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen suunnantaja on Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveys ja päihdeohjelma 2011–2015. Ohjelman tavoitteina ovat vahvistaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaa, edistää mielenterveyttä ja päihteettömyyttä sekä ehkäistä niiden haittoja. Se painottaa avo- ja peruspalveluita sekä niiden kehittämistä ja palveluiden ohjauskeinoja. (Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishanke 2012–2015.)

Ympäristöministeriön Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishankeen 2012–2015, mukaan mielenterveyskuntoutujien asuntotarpeet ovat yksilöllisiä ja tuen tarve vaihtelee. Tavoitteena on sijoittaa mielenterveyskuntoutujat asumaan omiin asuntoihinsa osaksi yhteiskuntaan. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 227–230; Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishanke 2012–2015; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 35–39.)

Kotikuntoutuksessa korostuu kuntoutujan osallisuus ja itsemääräämisoikeus. Kotikuntoutuksen onnistuminen edellyttää kuntoutujalta omaa motivaatiota, ymmärrystä itsehoidon tärkeydestä, kykyä nähdä omatilanteensa ja tarve muutokseen. Haasteena ovat kuntoutujan, työntekijän ja omaisten oletusarvojen kohtaaminen toivotun muutoksen tapahtumisesta. (Jeglinsky, Karhula & Autti-Rämö 2013.)

Itsehoidon merkitystä korostaa, että mielenterveyspotilaat kuolevat 15–20 vuotta nuorempina kuin muu väestö. Tämä tulee ilmi esimerkiksi Yhteispuhjoismaisesta tutkimuksesta vuodelta 2011. (ks. Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, Munk, Laurs & Thomas 2011.) Itsehoitoa parantamalla voidaan myös vaikuttaa eliniänodotteeseen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Siksi haluttiin löytää tapoja parantaa mielenterveyskuntoutujien itsehoitotaitoja. Työn toteuttamistavaksi valittiin kehittämistyön.

Tämän päivän ammattitaitoisen sairaanhoitajan tulee tuntea kansainväliset ja suomalaiset suositukset ja ohjeistukset, jotka ovat mielenterveystyön kehittämisen perustana. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää yhteiskunnallisten ja taloudellisten tekijöiden merkitys hoitotyössä. Siihen kuuluu mielenterveystyön ja palveluketjujen tunteminen.

Mielenterveyshäiriöt ovat usein sairasloman tai eläkkeen syynä. Alkoholi on lähes yhtä suuri aiheuttaja. Usein nämä kaksi yhdistyvät ja alkoholia käytetään ahdistusta helpottamaan. Tavoitteena on, että mielenterveystyö olisi laajalaisesti mukana jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla perusterveydenhuollosta ja työterveyshuollosta erikoissairaanhoidon. THL:n (2011) Kymenlaakson aikuisväestön palvelukartoituksen mukaan, joka kolmas työkyvyttömyys eläkepäättös annetaan mielenterveydellisistä syistä. Mielenterveyskeskusliiton mukaan vuonna 2014 mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöstä kärsivät olivat Kelan suurin kuntoutuja ryhmä. (Kuhanen ym. 2010, 36–37.)

Kymenlaaksossa lähes kaikki aikuisille suunnatut avohoidon mielenterveyspalvelut on järjestetty kuntien omana toimintana. Järjestelmä on monimuotoinen ja palveluita on monenlaisia. Kotkassa kaupunki tarjoaa erikoissairaanhoidotasosta avohoitoa ja päivä kuntoutusta, sekä akuuttiryhmä toimintaa. Alueella on useita yksityisiä toimijoita ja yhdistyksiä, mukaan lukien yhteistyötahomme Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisen yhdistys ry (KAKSPY RY). Lievästi tai keskivaikeasti oireilevat hoidetaan peruspalveluiden piirissä. Vaikeammin oireilevat hoidetaan erikoissairaanhoidossa, esimerkiksi Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Tarkkoja tietoja ja tilastoja sairastuvuudesta on vaikeaa saada, koska palvelut ovat jakaantuneet monelle toimijalle. (Kymenlaakson aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut 2012.)

2 YHTEISTYÖTAHO KAKSPY RY

KAKSPY eli Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisen yhdistys ry on perustettu vuonna 1998. Yhdistyksen toiminta-ajatukseseen kuuluu työskentely mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa heidän psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten mahdollisuuksien lisäämiseksi. Toiminta perustuu hyvinvointilähtöiseen viitekehykseen, yksilöllisten kuntoutumistarpeiden tukemiseen sekä luotuihin psykososiaalisiin työn toimintamalleihin. Yhtenä toiminnan perusajatuksena on tuoda kuntoutujat ja mielenterveystyö lähemmäksi yhteiskuntaa. (Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen- kotisivut.)

Yhdistyksen toiminta on voittoa tavoittelematonta, ja toiminnan lähtökohtina ovat asiakaslähtöisyys, ammatillisuus ja yhteiset arvot. Yhdistys työllisti vuonna 2014 noin 80 työntekijää. Vuonna 2014 Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä oli toimintaa Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa. Yhdistyksellä on viisi asumispalveluyksikköä ja kotikuntoutusta neljällä paikkakunnalla. Toimintaan kuuluu myös päivä- ja työtoiminta sekä erilaiset projektit ja hankkeet mm. kulttuuritoiminnan sekä kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Asumispalvelutarjonnassa sovelletaan STM:n laatimia mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämissuosituksia (STM 2007). (Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen- kotisivut.)

Mielenterveyden edistämisen tavoitteet ovat Suomessa tänä päivänä hyvin samanlaiset kuin Englannissa. Se on toimintaa, jossa korostetaan hyvää mielenterveyttä edistäviä tekijöitä ja pyritään vähentämään tekijöitä, jotka heikentävät ihmisen psyykkistä terveyttä. (Toivio & Nordling 2011, 308.)

Jo vuonna 1984 Brittiläisessä lääkirlehdessä julkaistiin Cambridgen malli, jonka toiminta-ajatus on käyttökelpoinen tämänkin päivän mielenterveystyössä. Mallin perusajatuksena on elämän perustarpeiden sekä elämään kuuluvan laadun ja toimintakyvyn paraneminen. Auttaminen on potilaslähtöistä, kestää tarvittavan ajan ja on moni ammatillista yhteistyötä. Työ on voimavaralähtöistä ja vertaistuki on huomioitu. Kuntoutuminen on tavoitteellista ja arjen haasteet ovat olennainen osa kuntoutumista. Vastuun ottamista omasta elämästä on harjoiteltava niin kodissa kuin sen ulkopuolella. Kuntoutumista on seurattava, arvioitava ja mitattava ja palautteen tulee olla kannustavaa. (STM 2002.)

Viime vuosien aikana on kotikuntoutus noussut yhdeksi tärkeäksi palvelumuodoksi. Kotikuntoutus on kohdennettu omassa kodissa asuvalle mielenterveyskuntoutujalle. Sen tavoitteena on tukea asiakasta selviytymään arjen haasteista mahdollisimman itsenäisesti. Käyntien määrä ja sisältö suunnitellaan yksilöllisen kuntoutustarpeen mukaan. Kuntoutumisen etenemistä ja tavoitteita arvioidaan säännöllisesti. Kotikuntoutuksen kehittäminen on jatkunut viime vuonna yhdessä kuntien kanssa. (STM 2002; Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen- kotisivut.)

3 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Seuraaviin tavoitteisiin on pyritty pääsemään etsimällä tietoa tarkkaan valituista tutkimuksista, jotka vastaavat juuri kyseisiin tavoitteisiin. Tutkimukset on valittu määriteltujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla (ks. kuva 1). Lisäksi molemmat tekijät ovat lukeneet erikseen tahoillaan valitut tutkimukset ennen mukaan valitsemista. (ks. Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

1. Näyttöön perustuvan toimintamallin myötä mielenterveyskuntoutuja huomaa omat itsehoitovajeensa.
2. Näyttöön perustuvan toimintamallin myötä mielenterveyskuntoutujan itsehoitotaidot lisääntyvät.
3. Näyttöön perustuvan toimintamallin myötä mielenterveyskuntoutuja ottaa enemmän vastuuta omasta hoidostaan.
4. Työntekijä saa apuvälineen työnsä tueksi.
5. Tavoitteena on löytää näyttöön perustuvan tiedon avulla merkittävimmät itsehoitovajetta aiheuttavat ja itsehoitokykyyn positiivisesti vaikuttavat tekijät.

4 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI

Edelsonin (2002) mukaan kehittämistyö toteutetaan kolmessa eri vaiheessa. Aluksi suunnitellaan ja perehdytään mielenkiinnon kohteeseen. Seuraavassa vaiheessa perehdytään kehittämistyön haasteeseen ja määritellään tarpeet. Loppuvaiheessa hahmotellaan kehittämistyön mukainen tuotos, joka on muokkautunut tutkimusprosessin edetessä.

Tutkimus liitetään usein tieteelliseen toimintaan, mutta kehittämistä ja tutkimuksia voidaan tehdä myös ilman kytkeä tieteeseen. Koska tarkoituksena oli saada kotikuntoutuksen avuksi uusia näyttöön perustuvia työn apuvälineitä, valitsimme työn tekotavaksi kehittämistyön. Kehittämistyö on toimintaa, joka kehittää tutkimuksien avulla uusia toimintamalleja ja menetelmiä sekä parantaa jo käytössä olevia. Kehittyminen ei ole aina aktiivista työtä, vaan se voi myös tapahtua sattumalta. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21–22.)

Tämän kehittämistyön toimintamalli on rakentunut Oremin hoitotyön käsitteellisen viitekehyksen ja kirjallisuuskatsauksen, sekä löydettyjen tutkimusten

pohjalta. Hoitotyön käsitteellinen viitekehys sisälsi parhaiten toimintamallin pohjaksi sopivat elementit, jotka on avattu myöhemmin työssä.

Kirjallisuuskatsaus on kehittämistyön osa, jossa tarkkaillaan analyttisesti aihealueen aikaisempia tutkimuksia (Salminen 2011, 3–5). Tiedon haussa on käytetty hakukoneita, kuten Melindaa ja Medicia, Google Scholaria. Manuaalisesti on käyty läpi Mielenterveys- ja Suomen Lääkäri-lehtiä vuosilta 2013–2015. Näistä lehdistä etsittiin tietoa tavoitteisiin vastaavista tutkimuksista ja artikkeleista. Näin varmistettiin, ettei ulkopuolelle ei jäänyt olennaisia tutkimuksia, joita verkosta ei löydy hakujemme perusteella (ks. Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40–41). Tietoa haettiin käyttäen laajempia hakuja hakukoneilta, sekä täsmähakuja yksittäisillä sanoilla.

Tutkimukset on valittu määriteltyjen sisäänotto- ja poissulku kriteerien avulla (ks. kuva 1). Kriteerit on päätetty ennen itse hakujen aloittamista. Lisäksi molemmat tekijät ovat lukeneet erikseen tahoillaan valitut tutkimukset ennen mukaan valitsemista. (ks. Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.) Kirjallisuuskatsauksen avulla kootut tutkimukset on kerätty tutkimustaulukkoomme (ks. liite 1). Mukaan otetut tutkimukset ovat yhtä lukuun ottamatta saatavissa sähköisesti. (Salminen 2011, 3–5.) Artikkelien ja tutkimuksien helppo saatavuus oli yksi sisäänottokriteereistä. Pääosin kaikki käytetty materiaali on saatavissa sähköisesti. Työhön on valittu suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia, pro graduja, väitöskirjoja sekä tieteellisiä julkaisuja.

Katsauksessa tutkittiin ja vertailtiin tutkimuksissa hyväksi havaittuja keinoja itsehoidon toteuttamistavoista mielenterveyskuntoutujilla. Tutkimustuloksista koostettiin itsehoitokykyä vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä. Sisällönanalyysin avulla etsittiin näistä ne osa-alueet, jotka korostuivat eniten. Kirjallisuuskatsaus ei ollut systemaattinen. (Salminen 2011, 3–5.)

Sisällön analyysi on menetelmänä, jossa saatu tieto analysoidaan systemaattisesti sekä objektiivisesti. Sisällön analyysin avulla löydetty tieto saadaan esitettyä tiivistetysti ja selkein käsittein. Analyysi ja luokittelu voidaan tehdä joko aineisto- (induktiivisesti) tai teorialähtöisesti (deduktiivisesti). Sisällön analyysiä on käytetty tässä työssä luvuissa 8. ja 10. Näissä luvuissa on sisällön analyysin avulla tehty yhteenvedot luvun 7. vajeista sekä luvun 9. hoitotyön keinoista. 1.) Kirjoitettiin lukuihin näyttöön perustuvaa tietoa mielenterveyskuntoutujan itsehoitovajeista ja hoitotyön toiminnoista. 2.) Luettiin työ erikseen. 3.)

Listattiin aihe alueen tekstistä merkittävimmät asiat, jotka nousivat. 4.) Verrattiin esille nousseita asioita 5.) Esille nostetuista asioista kirjoitettiin yhteenveto. (Kynäs & Vanhanen 1999, 3–7.)

Kehittäminen tarkoittaa yleensä muutosta parempaan, siihen kuuluvat sekä prosessi että saatu lopputulos. Kehittyminen on oppimista, joka asettaa myös haasteita henkilökunnalle. Hoitotyössä jatkuva laadun tarkkailu on kehittämistoimintaa. Yhtenäinen toimintamalli parantaa laatua ja hoidon tuloksellisuutta hoitotyössä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21–22.)

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
<ul style="list-style-type: none"> - vuosien 2009–2015 tutkimukset, pro gradut, väitöskirjat ja tieteellisenjulkaisut - aikuiset mielenterveysasiakkaat - helppo saatavuus - suomen ja englannin kieli - näyttöön perustuva tieto 	<ul style="list-style-type: none"> - ennen 2009 julkaistut tutkimukset, pro gradut, väitöskirjat ja julkaisut - lapset ja nuoret - koko teksti ei saatavilla - maksulliset julkaisut

Kuva 1. Tutkimusten sisäänto- ja poissulkukriteerit

5 MIELENTERVEYSTYÖTÄ JA ASUMISPALVELUITA OHJAAVAT LINJAUKSET

WHO:n (2001) määritelmän mukaan ”Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää oman kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä. Psykkisellä pahoinvoinnilla tarkoitetaan mielenterveyden ongelmia ja psyykkistä rasittuneisuutta, ahdistuneisuutta ja oireisiin liittyvää toimintakyvyn alenemista sekä diagnostisoitavissa olevia mielenterveyden häiriöitä.“ (Toivio & Nordling 2011, 302.)

Kaiken hoitotyön perustana on perustuslaki, jonka pohjalta on jokaisen ihmisen oikeus toimeentuloon ja huolenpitoon, mikäli ihminen ei itse siihen ole kykenevä. Mielenterveystyötä säädellään mielenterveys- ja sosiaalihuollon laeil-

la. Mielenterveyspalveluiden suunnittelua, toteutumista ja kehittymistä ohjataan erilaisien suositusten ja ohjelmien avulla. Tällainen on esimerkiksi Käypä hoito -suositus. Hoitotyön periaatteisiin kuuluu yksilöllisyys, sisäinen ja ulkoinen turvallisuus, omatoimisuus, kokonaisvaltaisuus, jatkuvuus, kulttuurilähettäisyys, oikeuden-mukaisuus, vastuullisuus sekä taloudellisuus. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 253–254.)

Terveyspalveluita säätelevät terveydenhuoltolaki, mielenterveyslaki, lakipotilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Nämä lait säätelevät palveluiden sisältöä, järjestämistä, periaatteita ja sisältöä. Sosiaalipalveluiden lain säädäntö säätelee kunnan tarjoamat palvelut, keskeiset menettelytavat ja tietosuoja kysymykset sosiaalihuoltolain, lain sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista avulla. (Vuorilehto ym. 2014, 253–254.)

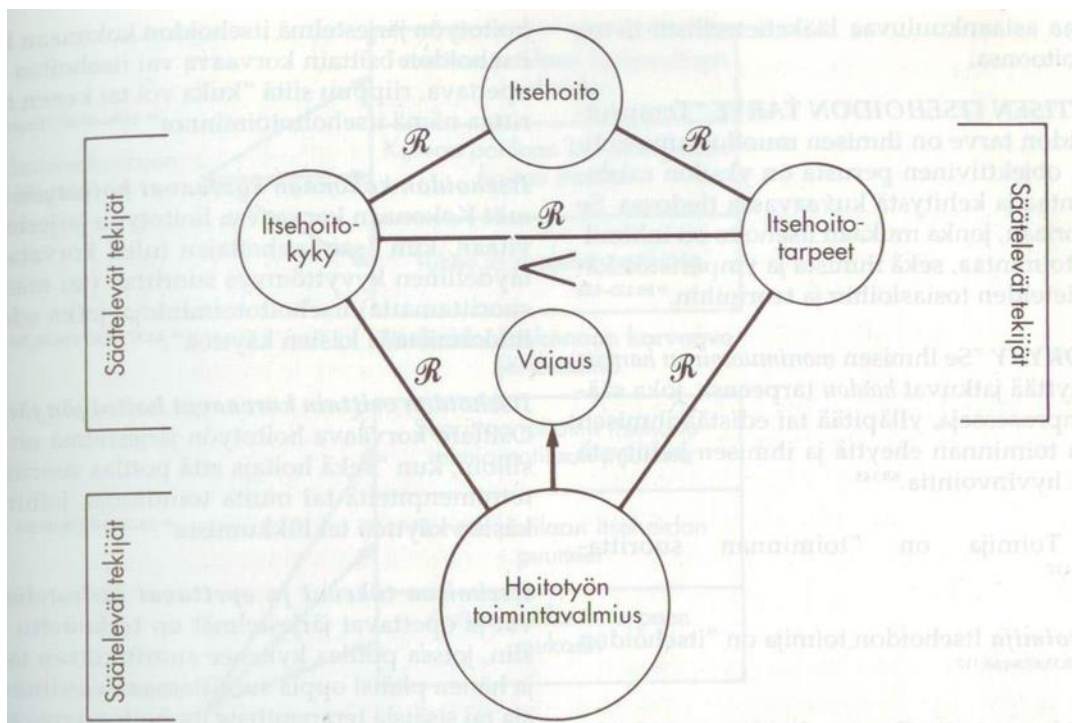
Asumispalveluita ja sen järjestämistä ohjaa sosiaalihuoltoon koskeva lain säädäntö. Linjaukset on kirjattu sosiaalihuolto-, vammaispalvelu- ja kehitysvammaisten erityishuoltolakiin. Terveydenhuoltolaista ei löydy asumiseen liittyviä erityissäännöksiä. Kunnilla on velvollisuus järjestää asumispalveluita niitä tarvitseville, eikä sitä voida evätä määrärahojen puutteesta johtuvista syistä. Käytännössä asumispalveluita mielenterveyskuntoutujille järjestää sosiaalityö, terveydenhuollon viranomaiset ja toimintayksiköt. (Vammaispalveluiden käsikirja 2015.)

Hyvin hoidetut asumispalvelut vähentävät erikoissairaanhoidon kustannuksia ja parantavat mielenterveyskuntoutujan elämänlaatua. Tärkeimpänä tavoitteena on turvata kuntoutujan kotona asuminen, sekä mahdollisimman pikainen paluu omaan kotiin hoitajaksojen jälkeen. Pitkäaikaisasumisen laadun on vastattava yleistä asumisen laatua. Sekä kotona että asumisyksiköissä asuville on turvattava riittävät ja yksilöllisesti oikein ohjatut kuntoutuspalvelut. Toimiva palvelukokonaisuus edellyttää hyvää yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Asumis- ja kuntoutuspalveluiden tulisi olla toimiva kokonaisuus, joka tukee kuntoutujan itsehoitoa ja itsenäistä suoriutumista. Hoitohenkilöstön osaamisen ja resurssien tulisi vastata kuntoutujien tarvetta. Asumispalveluiden laatua tulisi arvioida ja kehittää säännöllisesti. (Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuositus 2015; Vammaispalveluiden käsikirja 2015.)

6 ITSEHOITOTEORIA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOIDON KEHITTÄJÄNÄ

Yhdysvaltalainen Dorothea Elisabeth Orem kuuluu johtaviin hoitotyön teoreetikoihin. Hän kehitti hoitotyön itsehoitoteorian vastaamaan kysymyksiin, miksi ihmiset tarvitsevat hoitotyötä ja miksi siitä on heille apua. (Marriner-Tomey 1994, 179–180.)

Orem kutsuu itsehoitoteoriaansa yleisteoriaksi, johon kuuluu kolme toisiinsa liittyvää teoriaa: teoria itsehoidosta, itsehoitovajauksesta sekä hoitotyön järjestämisestä (ks. kuva 2 & 3). Näihin teorioihin kuuluvat keskeiset käsitteet kuvataan näissä kahdessa kuviossa. Itsehoitoteorian keskeiset käsitteet ovat itsehoito, itsehoitokyky, itsehoitotarpeet, itsehoitovajaus, hoitotyön toimintavalmius sekä hoitotyön järjestelmä. Ihminen on Marriner-Tomeyn mukaan toimija, toiminnan suorittaja. (Marriner-Tomey 1994, 179–180.)



Kuva 2. Hoitotyön käsitteellinen viitekehys (Orem 1991, 64)

Itsehoito on vastuunottamista omasta terveydestä ja sen hoitamisesta tai päätös elämäntapojen muuttamisesta. Itsehoito on ihmiseen itseensä ja hänen ympäristöönsä kohdistuvaa toimintaa, jonka avulla hän vaikuttaa omaan elämäänsä, terveyteensä sekä hyvinvointiinsa liittyviin asioihin. Hyvin toimiva it-

sehoito edistää ihmisen elämänhallintaa ja itsetuntoa. (Marriner-Tomey 1994, 179–180; Vuorilehto, ym. 2014, 30–31)

Itsehoitotarpeet voidaan jakaa kolmeen osaan. Perustarpeet ovat samoja kaikilla ihmisillä. Roper, Logan ja Tierneyn (1995, 26) kirjoittaa elämisen toiminnoissaan. He käsittelevät ihmisen perustarpeita, joiden avulla ihminen pitää yllä terveyttään ja toimintakykyään. Näitä tarpeita ovat mm. ravitsemukseen, lepoon ja turvallisuuteen liittyviä asioita. Näistä ilmenee ihmisen kolminaisuus tajunnallisuus, kehollisuus, situationaalisuus, joista Rauhala (1989, 17–20) puhuu omassa ihmiskäsityksessään. Ihmiskäsitys kertoo, millaisista osista ihminen on muodostunut. Se antaa empiiriselle tutkimukselle tutkimustehtäviä ja perustelee ihmisen eripuolia, ja siksi monitieteellisyyden tarpeen. Ihmiskäsitys kattaa ihmisen kokonaisuudessaan, ei vain yhtä osa-aluetta ihmisestä. (Rauhala 1989, 16–26.)

Ihmisen kehitykseen liittyviin itsehoitotarpeisiin kuuluu elämänkaari ja kypsymisprosessit. Mielenterveys ei ole pysyvä olotila vaan se muokkautuu ihmisen kasvun, kehityksen ja kokemuksen myötä yksilöllisesti. Mielenterveyteen vaikuttavat myös yhteiskunnankunnan rakenteelliset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, sekä kulttuuriset ja biologiset tekijät. (Marriner-Tomey 1994, 179–180; Mielen hyvinvointi: Mielenterveyden voimavaroja voi vahvistaa.)

Kehollisuus on ihmisen olemassa olo orgaanisena kokonaisuutena, jonka syvin olemus on elämä. Siihen kuuluu ihmiset elimet ja elintoiminnot. Niiden toimintakyky on mitattavissa. (Rauhala 1989, 27–28.) Terveystilan muutokset huonompaan ja siihen liittyvät itsehoitotarpeet vaikuttavat ihmisen toimintakykyä heikkenevästi joko pysyvästi tai tilapäisesti. Näin ollen ihmisen itsehoitotarve lisääntyy, mutta toisaalta itsehoitokyky saattaa heiketä. (Marriner-Tomey 1994, 179–180.) Ihmisen sairaudet vaikuttavat myös hänen tunnekokemuksiinsa (Rauhala 1989, 27–28).

Itsehoitokyky on ihmisen yksilöllinen kyky tukea omaa terveyttään sekä ylläpitää elämänprosesseja edistäen hyvinvointia. Itsehoitokykyä säätelevät monet tekijät, kuten geenit, fyysinen ja psyykinen terveys, kasvatus ja koulutus, motivaatio, sitoutuminen, sekä ympäristötekijät. (Marriner-Tomey 1994, 179–180.) Ihminen voi vaikuttaa omaan elämän tilanteeseensa (situaatio), kuten puolison, ammatin ja asuinpaikan valintaan. Osaan ei, kuten geenit, onnetto-

muudet ja kansalaisuus. Situaation kautta ihminen muodostaa minäkuvansa sekä rooliinsa ja paikkansa yhteiskunnassa. Ihmisen elämäntilanteen osatekijät vaikuttavat hänen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. (Rauhala 1989, 29–30.)

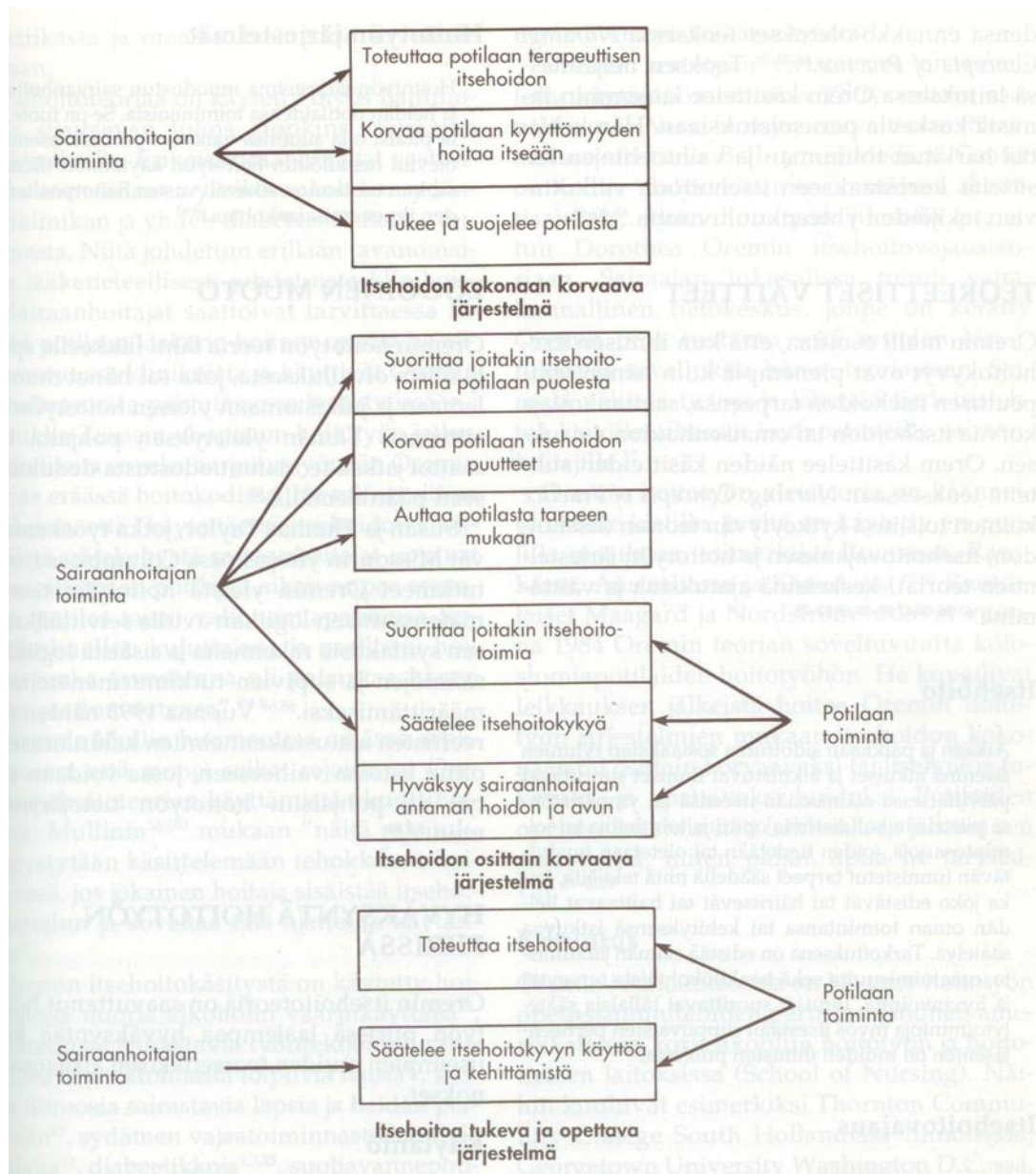
Hoitotyön toimintavalmiudella tarkoitetaan niitä sairaanhoitajan ominaisuuksia ja taitoa tunnistaa ihmisen itsehoidontarve, valmiudet itsehoitoon sekä sen toteutumisen tukeminen. Mielenterveystyötä tehdessä samoin kuin kaikessa muussa hoitotyössä on tärkeä kohdata ihminen kokonaisvaltaisesti ja kaikki osa-alueet huomioiden. Ihmisen kokonaisuus ei rajoitu vain ihmiseen itseensä vaan hänen koko elin ympäristöönsä ja ympäröivään maailmaan. (Rauhala 1989, 27–28.) Itsehoitovaje syntyy, kun ihmisen itsehoitotarve ja itsehoitokyky eivät ole tasapainossa. Sairaanhoitaja korvaa itsehoidonvajetta hoitotyön toimintoja käyttäen, siinä määrin kuin itsehoito vajetta on. (Marriner-Tomey 1994, 179–180.)

Ihmiskuva on muuttunut aikakausien mukaan. Se muuttuu myös eritieteen aloilta kerätyn näyttöön perustuvan ja tutkitun uuden tiedon mukana. Ihmiskuvan ja yhteiskuntarakenteen muutos tuovat haasteensa hoitotyön järjestämiseen. Hoidon järjestämispaikalla tai lääkityksellä on vaikutusta, mutta vasta kuntoutujan tajunnallisuuteen vaikuttamisella saadaan aikaan todellista muutosta. Tällöin kuntoutuja itse ymmärtää oman tilanteensa ja siihen johtaneet syyt. Tajunnallisuus sisältää ihmisen kokemuksen ja kokemat asiat, sekä elämyksiin liittyvät asiat kuten tunne- tai havaintoelämykset. Tajunnan kautta tapahtuu asioiden merkityksen saaminen ja tunteiden tunteminen (pelko, rakkaus, ynnä muut) ja uneksiminen. Tajuntaan voidaan vaikuttaa opetuksella, ohjauksella sekä erilaisin terapioin. Tajunnan muutokset tapahtuvat hitaasti. Muutokset voivat olla näkyvissä vasta pitkänkin ajan kuluttua. (Rauhala 1989, 17–20, 29–31.)

Hoitotyön järjestelmään kuuluu kolme tasoa: itsehoidon kokonaan korvaava, itsehoidon osittain korvaava sekä itsehoitoa tukeva ja opettava taso (ks. kuva 3). Auttamismenetelmiin kuuluvat toisen puolesta tekeminen, ohjaaminen, opettaminen, tukeminen sekä kehitystä edistävän ympäristön mahdollistaminen (Marriner-Tomey 1994, 179–180).

Mielenterveyskuntoutujan rooli muuttuu kuntoutusprosessin aikana hoitoa vastaanottavasta potilaasta aktiiviseksi kuntoutujaksi. Kuntoutumiseen kuuluu

oman elämän uudelleen rakentaminen ja jäsentäminen pikkuhiljaa oireiden lieventyessä. Kuntoutuja luopuu hoidettavan roolista ja ottaa vastuuta hoidostaan. (Koskisuus & Kulola 2005, 147–148.)



Kuvan 3. Hoitotyön perusjärjestelmät (Orem 1991, 288)

Psykiatrisen kotikuntoutuksen tärkeinä osina ovat itsehoitoon tukeminen ja motivointi. Ihminen selviää elämästään paremmin, kun hän kykenee ottamaan itsestään vastuuta. Hoitotyön kiinnostuksen kohteina on selvittää yksilön tarve itsehoitoon ja sen jatkuvuuden turvaaminen, sen hallitseminen ja osaaminen. Tavoitteena on pystyä elämään, ylläpitämään terveyttä, parantumaan sairaudesta tai selviytymään sen kanssa. Kun itsehoito ei enää onnistu, on seurauksena sairastuminen (relapsi). Sairaanhoitaja ja kuntoutuja yhdessä muun ver-

koston kanssa määrittelevät itsehoidon tarpeen. He suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat itsehoitoa. Tavoitteena on saavuttaa itsehoidon optimaalinen taso. (Rober, Logan & Tierney 1992, 22–23.)

Psykiatrisen kotikuntoutuksen asiakkaille tehdään yhteistyössä kotikuntoutussuunnitelma, jossa määritellään hoidon tavoitteet, toteutus sekä sitä ylläpidetään jatkuvalla arvioinnilla. Kuntoutus voidaan jakaa neljään osaan: lääkinnälliseen, sairauden haittojen vähenemiseen, ammatilliseen (työ tai koulutus) ja sosiaaliseen (arjen hallinta ja elämisen taidot osana yhteiskuntaa). Tavoitteet voidaan kohdentaa toipumisen eriosa-alueisiin, kuten oireet, elämäntavat ja sosiaaliset taidot. Keskeistä ovat voimaantumisen ja itsemääräämisoikeuden lisääntyminen. Kuntoutujan oma sitoutuminen on kaiken lähtökohta. (Järvikoski & Härkäpää. 2011, 22–24; Laukkala, Tuisku, Fransman & Vormo 2015.)

7 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOITOKYKY JA ARJESSA NÄKYVÄT ITSEHOITOVAJEET

Tässä kappaleessa käydään lävitse itsehoitokykyä alentavia tekijöitä ja osa-alueita, joissa mielenterveyskuntoutujilla on tyypillisesti haasteita arjessa. Nämä kyvyn alentumat aiheuttavat hänelle itsehoitovajetta, joita myös käsittelemme tässä kappaleessa. Asioita käydään lävitse aihealueittain. Asiat liittyvät tiiviisti toisiinsa ja niissä ilmenee päällekkäisyyttä. Asian konkreettiselle tasolle tuomiseksi, on kappaleeseen lisätty käytännön esimerkkejä arjenhaasteita kuvaamaan.

Mielenterveyskuntoutuksessa, kuten myös muissa hoitotyön osa-alueissa voidaan käyttää apuna Oremin itsehoitoteoriassa olevaa hoitotyön käsitteellistä viitekehystä (ks. luku 6, kuva 2) kuvaamaan itsehoidon ja hoitotyön välistä suhdetta. Mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutuja nähdään aktiivisena toimijana eli itsehoidon toteuttajana. Joka on oman elämänsä ja sairautensa asiantuntija. Kuntoutumiseen kuuluu vastuunotto oman elämän suunnittelusta sekä päätöksenteosta. (Kuhanen ym. 2010, 107.) Osa kuntoutujista ei välttämättä tiedä hoitosuunnitelmansa sisältöä mm. lääkemuutosten ja hoitoajan osalta. (Laitila 2010, 90). Kuntoutuksen tavoitteena on itsehoitokyvyn ylläpitäminen ja vahvistaminen, koska psyykkisensairauden myötä itsehoitokyky voi heiketä, jolloin muodostuu itsehoidonvaje (Kuhanen ym. 2010, 107).

7.1 Mielenterveyskuntoutujan kognitiivinen itsehoitokyky

Psyykkisensairauden aiheuttamat psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn häiriöt ja avun tarve ovat hyvin yksilölliset. Vaikeudet liittyvät yleensä havaitsemiseen, kielelliseen ilmaisuun, ajatteluun, muistamiseen ja oppimiseen. Kognitiivisten taitojen huonontumisen takia kyky itseilmaisuun sekä toiminnan ohjautuminen vaikeutuu, keskittymiskyky laskee ja muisti heikkenee sekä yleinen motivaation puute lisääntyy. (Kuusisto 2009, 67–69; Pellinen 2011, 59, 73.)

Motivaation puutetta lisäävät entisestään mahdolliset masennusjaksot. Mielenterveys sairauksissa käytettävät lääkkeet saattavat vaikuttaa aivojen toimintakyvyn muistia heikentäen. (Pellinen 2011, 73.) Käyttäytyminen saattaa olla hajanaista, kuntoutuja ei välttämättä muista sovittuja tapaamisia, tai asioiden hoitaminen ja oppiminen on vaikeaa. Vaikeudet näissä osa-alueissa tuovat haasteita arkeen enemmän kuin sairaus itsessään. (Skitsofrenia 2015.)

7.2 Mielenterveyskuntoutuja yhteiskunnan osana ja vuorovaikutustaidot

Mielenterveyskuntoutujat usein eristäytyvät muusta yhteiskunnasta ja elinympäristö kapeutuu. Työn, opiskelun ja mielekkään tekemisen löytäminen arkeen voi olla haastavaa, johtuen kotoa lähtemisen vaikeudesta. Masennus heikentää toimintakykyä ja työkykyä. (Skitsofrenia 2015; ”Yhdessä enemmän” Mielenterveyden keskusliiton vuosikertomus 2014; Laukkala ym. 2015.)

Tämä vaikeuttaa kuntoutujan integroitumista yhteiskuntaan ja hänen osallisuutta yhteiskuntaan (Pellinen 2011, 63). Taidot elää osana yhteiskuntaa ovat heikentyneet. Nuoremmat kuntoutujat kokivat yhteiskuntataidot haasteelliseksi, sillä he ajattelivat niiden edellyttävän psyykkistä hyvinvointia. Ikä vaikuttaa kuitenkin kokemukseen siitä, miten saa täytettyä oman velvollisuutensa yhteiskunnassa. (Lääti 2013, 90.)

Eristäytyminen aiheuttaa sen, että kuntoutuja usein näkee itsensä negatiivisessa valossa ja kokee itsensä huonommaksi ihmiseksi kuin muut. Kotoa lähteminen vaikeutuu, kotoa tulee lähdettyä vain pakon edessä esimerkiksi keran viikossa kauppaan. Huonommuuden tunne lisää masennusta, surua ja turhautumista. (Lääti 2013, 69–70.) Sairauden oireet vaikuttavat usein heikentävästi vuorovaikutukseen. Oireena saattaa olla vetäytyminen, jolloin kanssakäyminen ihmisten kanssa vähenee. Tyypillistä on myös oman mielipiteen il-

maisemisen vaikeus. (Kuusisto 2009, 35; Skitsofrenia 2015; ”Yhdessä enemmän” Mielenterveyden keskusliiton vuosikertomus 2014.)

Leimautuminen on yhä vahvasti läsnä mielenterveyskuntoutujan arjessa. Yhteiskunnan asenteissa on tapahtunut myönteistä muutosta mielenterveyshäiriöitä kohtaan. (Pellinen 2011, 14–15; Vuorilehto ym. 2014, 16.) Mielenterveyshäiriöihin suhtautumisessa ja siitä johtuvasta stigmassa on eroavaisuutta eri kulttuureissa. (Laitila 2010, 88; Läätö 2013, 87–88.) Mielenterveysongelmat ovat esillä yhteiskunnassa enemmän kuin ennen, siksi niiden palveluiden ja rakenteiden laatuun ja kehittämiseen on panostettava. Tärkeä osa palveluiden kehittämistä on hoitohenkilöstön taito tunnistaa mielenterveysongelmat. Hoitohenkilökunnan koulutus ja sitä kautta mielenterveyspalveluiden mallintaminen paransi palveluiden saatavuutta ja laatua sekä moniammatillista yhteistyötä. Yhteiskunnalla on suurin vastuu mielenterveyskuntoutujien hoidosta, ja vastuu auttamisesta kuuluu yhteiskunnalle. Hoitohenkilökunta, jolla on riittävät resurssit on paras apu mielenterveyskuntoutujille. (Kähärä 2015, 41–42, 48; ”Yhdessä enemmän” Mielenterveyden keskusliiton vuosikertomus 2014.)

Turvattomuuden kokemus on erilainen eri sairauden vaiheessa. Turvattomuus liitettiin usein yksinoloon, yksin pärjäämisen pelkoon ja asumiseen sekä yksinäisiin juhlapyhiin. (Läätö 2013, 73, 88; Kuusisto 2009, 57.) Terveys 2011 - tutkimuksen mukaan yksinäisyys ja verkoston tuen puute lisäävät psyykkisiä oireita, kuten masennusta (”Yhdessä enemmän” Mielenterveyden keskusliiton vuosikertomus 2014; Terveys 2011- tutkimus).

7.3 Mielenterveyskuntoutujan riskikäyttäytyminen

Leimaantuminen ja sairauden tunnottomuus vaikuttavat lääkehoitoon sitoutumiseen heikentävästi. Lääkkeiden haittavaikutukset heikentävät sitoutumista, samoin sairauden ennustamattomuus ja kesto. Moniongelmaisuus on yleistä ja päihteitä käytetään lääkkeeksi. Kuusiston (2009, 55) tutkimuksessa päihteet mainittiin yhtenä elämänhallintaa heikentävänä tekijänä. Tupakointi on erittäin yleistä mielenterveyskuntoutujilla, ja usein se aloitetaan jo ennen aikuisikää (Holma 2013, 72). Tupakoivat käyttävät myös alkoholia enemmän. Heillä on neljä kertaa enemmän alkoholiongelmia kuin tupakoimattomilla (Holma 2013, 58, 72.) Tupakoivat ovat neuroottisempia, heidän sosiaalinen verkosto pienempi ja koettu sosiaalinen tuki vähäisempi kuin tupakoimattomien (Holma 2013, 60). Alkoholin ja tupakan käyttöön on Terveys 2011 -tutkimuksen mu-

kaan aktiivisesti puututtava. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 287.)

Vuonna 2014 Suomessa itsemurhan teki 789 henkilöä. Edellisenä vuonna itsemurhia oli lähes 100 enemmän. Viimeisen kymmenen vuoden aikana määrä on vähentynyt lähes 30 %. Itsemurhan tehneistä $\frac{3}{4}$ on miehiä. (Tilastokeskus 2015.) Tutkimuksen mukaan 90 % itsemurhan tehneistä on mielenterveys ongelma (Rissanen 2015, 29). Tupakointi lisää itsemurhariskiä (Holma 2013, 73). Tutkittavat hermostoon vaikuttavat lääkkeet (psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet, bentsodiatsepiinit, epilepsialääkkeet) lisäävät itsemurhariskiä. Suurin riski on psykoosilääkkeitä käyttävillä ja pienin epilepsialääkkeitä syöville. Näiden käyttäjillä oli myös enemmän masennus ja ahdistus oireita. (Rissanen 2015, 59.) Useiden hermostoon vaikuttavien lääkkeiden syönti yhtä aikaa lisäsi riskiä vielä korkeammaksi (Rissanen 2015, 61). Somaattiset lääkkeet, kuten kipulääkkeet sekä sydän- ja verisuonilääkkeet lisäsivät masennus ja ahdistusoireita (Rissanen 2015, 75).

7.4 Kodin- ja taloudenhoito sekä arjen sisältö

Koti ja turvattu arki ovat asiakkaiden ja omaisten mielestä yksi merkityksellisin osatekijä tuen ja pärjäämisen kannalta (Lemola 2011, 23, 27–28). Arjen sisältö ja rutiinit ovat myös merkityksellisiä arjessa selviytymisen kannalta. On muistettava huomioida asiakkaan elämänhallinta- ja sosiaaliset taidot sekä elämänhistoria ennen sairastumista. (Lääti 2013, 76.) Sairastumisen myötä kyky kodinhoitoon ja turvallisen ympäristön ylläpitoon heikkenee. Mielenterveyskuntoutujat kokevat usein arjen raskaaksi, mikä heikensi heidän elämänhallintaansa. (Kuusisto 2009, 53.)

Sairaus voi olla alkanut niin varhaisessa vaiheessa, ettei kuntoutuja ole oppinut kodinhoidollisia taitoja eikä itsehoitokyky tässä asiassa ole kehittynyt. Sairauden myötä kuntoutujan kyky ottaa vastuuta arjesta vähenee. Mikäli taitoa on ollut ennen sairastumista, eivät taidot välttämättä palaa samalle tasolle kuntoutumisen jälkeen. (Pellinen 2011, 61–62.) Kodinhoidollisten taitojen puute saattaa aiheuttaa haasteita myös turvalliselle ympäristölle ja sen ylläpitämiselle. Mielenterveyskuntoutuja ei kykene, osaa siivota kotiaan tai pestä pyykkiään, jolloin hygieniataso laskee. Se lisää sairastumisen riskiä ja vaaratilanteita.

Taloudellinen tilanne ja rahojen riittävyyden säätelykyvyttömyys aiheuttavat haasteita mielenterveyskuntoutujalle ja talous jää usein hoitamatta. Lisäksi heikko taloudellinen tilanne heikentää sosiaalista hyvinvointia, koska ei ole rahaa käydä missään tai hakeutua paikkoihin, jossa tapaisi ihmisiä. (Lääti 2013, 57, 83.) Taloudellinen ja sosioekonominen tilanne vaikuttavat myös sairastuneen kykyyn sekä mahdollisuuteen päästä ja löytää tarvittavia palveluita. Hoitoon hakeutumiseen vaikuttaa kuntoutujan oma käsitys mielenterveysongelmista ja niiden hoidosta. (Kähärä 2015, 22, 25.) Kuntoutujilla on vaikeuksia hakea etuuksia. Lomakkeiden täyttöön tarvittiin ohjausta (Kuusisto 2009, 32; Kuhanen ym. 2010, 105).

7.5 Mielenterveyskuntoutujan somaattinen sairastavuus ja eliniän odote

THL:n Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan joka 4. suomalainen aikuinen on lihavuutta. 40 %:lla ihmisistä se ilmenee vyötärölihavuutena, joka altistaa pitkäaikaisairauksille (mm. diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, rasva-aineenvaihdunnan sairaudet). Mielisairaudet altistavat ylipainolle monesta syystä, kuten liikunnan väheneminen, lääkkeiden sivuoireet ja ahmiminen. (Kivimäki, Lawlor, Singh-Manoux, Batty, Ferrie, Shippley, Nabi, Sabia, Marmot & Jokela 2009.) Lisäksi skitsofrenialääkkeet aiheuttavat itsessään painon nousua, varsinkin niitä ensimmäistä kertaa syöville. Naisilla jotkut psykoosilääkkeet saattavat laskea estrogeenintasoja, joka on osteoporoosiriski. Lisäksi riskiä nostaa tupakointi ja vähäinen D-vitamiinin saanti. (Heiskanen 2015, 26.)

Mielenterveyskuntoutujilla on todettu olevan muuta väestöä enemmän metabolista oireyhtymää ja tyypin 2 diabetesta. Skitsofreenikoilla on todettu muuhun väestöön verrattuna nelinkertainen vyötärölihavuudenriski. (Heiskanen 2015, 20–21). Metabolisessa oireyhtymässä esiintyy monia valtimosairauksien riskitekijöitä yhtäaikaisesti (muun muassa lihavuus, kohonnut verenpaine, sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt). Se altistaa mm. sydän infarktille ja 2. tyypin diabetekselle. Mielenterveyspotilaat kuolevat 10–20 vuotta nuorempina kuin muu väestö. Mielenterveyskuntoutujilla on 50 % lisääntynyt riski kuolleisuudelle, syinä mm. keuhkosairaudet, sydän- ja verisuonitaudit. (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Munk Laurs 2011; Skitsofrenia 2015.)

Heikentynyt psyykinen voimantila huonontaa elämänhallintaa, joka nostaa somaattista sairastuvuutta. Samoin sairauden ennustamattomuus ja voimakkaat

psykkiset oireet heikentävät elämänhallintaa (Kuusisto 2009, 52). Mielenterveyskuntoutajat eivät tunnista välttämättä oman kehonsa sairauden merkkejä, lääkityksen ja sairauden myötä kipukynnys ja kivun- tai oireidentuntemus saattaa muuttua. Aina ei ole tietoa ja kykyä hakeutua sairaanhoitoon. Voi olla hankaluuksia saada apua somaattiseen vaivaan mielenterveys diagnoosin takia, koska hoitohenkilökunta ja lääkärit laittavat fyysisen sairauden merkit mielenterveys diagnoosin piikkiin. (Kähärä 2015, 21–22.) Lisäksi tutkimuksista nousi esiin somaattisen sairauden hoidossa usein vaihtuvat hoitajat, joka luo luottamuspulaa hoitosuhteeseen. Usein mielenterveyskuntoutajat kokevat saaneensa parempaa palvelua silloin kun vastapuoli ei tiennyt heidän sairaudestaan. (Lääti 2013, 87.) Mieli 2009 -projektin linjauksissa painotetaan yhden oven periaatetta ja matalan kynnyksen palveluita (Skitsofrenia 2015).

7.6 Mielenterveyskuntoutujan ravitseminen

Mielenterveyskuntoutujille on tyypillistä ruokatottumusten yksipuolisuus ja epäterveellisyys. Toiminnan ohjauksen vaikeutumisen myötä ei pysty monivaiheiseen toimintaan, jota ruuanlaitto edellyttäisi. Ruuan omatoimiseen hankkimiseen voi liittyä kyvyttömyyttä ja pelkoa. Näлкä ei ole usein ruokailua ohjaava tekijä, vaan syöminen saattaa olla tunneperäistä. Syöminen saattaa olla epä säännöllistä tai unohtua kokonaan. (Kuusisto 2009, 56; Skitsofrenia 2015.)

Lääkitys vaikuttaa syömiseen ja ravitsemukseen, sekä tätä kautta painon hallintaan (Kuusisto 2009, 52). Lääkitys saattaa vaikuttaa makuaistiin. Kuntoutujalla saattaa olla erilaisia harhoja esimerkiksi ruuan myrkyttämisestä, jotka aiheuttavat pelkotiloja ja ravitsemuksen rajallisuutta. Tietämättömyys monipuolisesta ravitsemuksesta ja kyvyttömyys ruuanlaittoon, eikä ole välttämättä myöskään motivaatiota. (Skitsofrenia 2015.)

7.7 Mielenterveyskuntoutujan hygienianhoito

Mielenterveyskuntoutujalla voi olla vaikeuksia huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta, sitä voivat lisätä pelot ja pakkotoimet. He tarvitsevat siinä lisäharjoitusta ja ohjausta. (Kuusisto 2009, 32.) Itse ei välttämättä aina havaitse peseytymisen tarvetta, sekä voimavarat ovat vähäiset. Huono hygienian hoito voi lisätä syrjäytymis- ja sairastumisriskiä. Kuntoutujalla saattaa olla vaikeuksia pukeutua sään ja tilanteen mukaisesti. Vaatehankintoihin ja -huoltoon saattaa liittyä monenlaisia haasteita, kuten rahan vähyyys tai vaikeus lähteä kotoa. Pu-

keutuminen saattaa olla joskus hyvinkin omaperäistä ja herättää ympäristössä ihmetystä, joka saattaa lisätä syrjäytymistä muusta yhteiskunnasta. (Skitsofrenia 2015.)

7.8 Mielenterveyskuntoutujan liikkuminen

Suomalaisten fyysinen aktiivisuus on yleisellä tasolla liian vähäistä terveyteen nähden, ilmenee Terveys 2011 -tutkimuksesta. Mielenterveyskuntoutujilla liikkumista voivat rajoittaa pelot sekä aloitekyvyn vaikeus liikkeelle lähdössä. Lääkkeet saattavat aiheuttaa sivuoireina liikunnan vaikeutta, hankaloittamalla motoriikkaa ja aiheuttamalla jäähmyttä. Lääkkeet, liikkumattomuus ja yksipuolinen ruokavalio aiheuttavat usein ummetusta mielenterveyskuntoutujille. Liikkumista vaikeuttavat ympäristön hahmottamisongelmat. Itse ympäristö voi tuntua vieraalta ja julkisten kulkuvälineiden käyttö vaikealta. (Skitsofrenia 2015.)

Liikkumattomuus voi lisätä somaattisen sairauden riskiä. Liikkumista vähentäviä tekijöitä ovat esimerkiksi kielteinen kuva itsestä liikkujana ja epärealistiset odotukset tuloksista (Remes 2013, 14). Mielenterveyskuntoutujilla on usein ylipainoa, huono fyysinen kunto ja tekemisen puutetta (Skitsofrenia 2015).

7.9 Mielenterveyskuntoutujan sosiaalinen hyvinvointi

Sosiaalisen hyvinvoinnin toteutumista voidaan mitata onnellisuuden, elämän tyytyväisyyden, laadun ja hallinnan, sekä sosiaalisen osallisuuden ja toimijuuden avulla (Lääti 2013, 95). Joillakin skitsofreenikoilla hankalat oireet saattavat vaikeuttaa parisuhteen muodostusta tai ylläpitoa (Kuusisto 2009, 58). Tunteiden kokeminen sekä ilmaisu voi olla vaikeaa. Monet eivät ole kykeneväisiä solmimaan tai ylläpitämään parisuhdetta tai muita ihmissuhteita. (Pellinen 2011, 60; Skitsofrenia 2015.)

Monella mielenterveyskuntoutujalla on ollut runsas sosiaalinen elämä ennen sairastumista, mutta sosiaalinen verkosto on muuttunut ja pienentynyt sairauden myötä (Lääti 2013, 92). Sosiaalista hyvinvointia heikentää huomiotta jättäminen ja epävarmuus ihmissuhteiden kestävydestä (Lääti 2013, 92–94; ”Yhdessä enemmän” Mielenterveyden keskusliiton vuosikertomus 2014).

Mielenterveys häiriöistä kärsivän seksuaalisuus voi häiriintyä monella tavalla ja se on hyvin yleistä. Ne saattavat ilmetä aina haluttomuudesta yliaktiivisuuteen. Sairaus saattaa heikentää minäkuvaa ja itsetuntoa, mikä voi johtaa sek-

suaalisuuden vääristymiseen. Lääkitys saattaa vaikuttaa seksuaalisuuteen haittamuutena, kyvyttömyytenä tai kehon fyysisinä muutoksina (mm. limakalvojen kuivuminen). (Skitsofrenia 2015; Psykiatriset sairaudet ja seksuaalisuus.)

7.10 Mielenterveyskuntoutujan uni

Sairauden oireet, eristäytyminen ja tekemisen puute voivat aiheuttaa vuorokausirytmien epäsäännöllisyyttä. Siihen saattaa kuulua vuorokauden valvomista tai vuorokauden ympäri nukkumista. (Kuusisto 2009, 56.) Ongelma voi olla unen määrässä, laadussa ja nukahtamisvaikeuksissa. Unen puute ilmenee kokoaikaisena väsymyksenä ja toimintakyvyn alenemisena. Mielenterveyskuntoutuja ei jaksaa huolehtia päivittäisistä toimistaan tai hoitaa talouttaan. Niillä kuntoutujilla joilla ei ollut päivärutiineja ja tarvetta nousta määrättyyn aikaan oli enemmän vuorokausirytmien häiriöitä ja päivä saattaa mennä nukkuen. Lääkkeiden sivuvaikutuksena ilmenevä väsymys, joka haittaa ihmisen suoriutumista arjesta. (Lähti 2013, 76.)

8 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOITOTARPEET POHJAUTUEN ITSEHOITOVAJEISIIN

Tässä kappaleessa on tiivistettynä **sisällön analyysiä** käyttäen luvun 7 itsehoitovajeet ja niihin pohjautuvat mielenterveyskuntoutujan itsehoitotarpeet.

Kognitiivinen itsehoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve itseilmaisuuksiin ja toiminnan ohjaukseen. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto Kognitiivisen itsehoidon vajeista

- Kielellinen ilmaisu, havaitseminen, ajattelu, muistaminen ja oppiminen heikkenevät.
- Kyky itseilmaisuuksiin ja toiminnan ohjaukseen vaikeutuu.
- Keskittymiskyky laskee.
- Motivaation puute lisääntyy.
- Käyttäytyminen on hajanaista.
- Ajan hahmottaminen heikkenee. (Sovitut tapaamiset unohtuvat.)
- Arjen hallinta ja arjessa toimiminen vaikeutuvat.
- Sairauden puhjetessa elämisenhallintaan vaadittavat taidot ovat eritasoisia (huom! sairastumisikä).

Mielenterveyskuntoutuja yhteiskunnan osana

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve yhteiskunnan osallisuuteen, tarpeellisuuteen, turvallisuuteen sekä mielekkääseen tekemiseen arjessa. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto yhteiskuntaan osallistumiseen liittyvistä itsehoitovajeista

- Eristäytyminen yhteiskunnasta lisääntyy ja elinympäristön kapeutuu.
- Osallistuminen yhteiskunnan toimintaan vähenee.
- Mielekkään tekemisen puute arjessa vähenee.
- Tarkoituksellisen tekemisen puute lisääntyy.
- Itsensä tarpeelliseksi tunteminen vähenee.
- Työkyky heikkenee.
- Yhteiskunnalliset taidot heikkenevät.
- Leimaantuminen lisääntyy.
- Turvattomuus ja yksinäisyys lisääntyvät.

Riskikäyttäytyminen

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve terveellisiin elämäntapoihin ja terveelliseen elämään. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto Riskikäyttäytymiseen liittyvistä itsehoitovajeista

- Lääkehoitoon sitoutuminen saattaa heikentää monesta syystä (muun muassa leimaantuminen, haittavaikutukset).
- Päihteitä käytetään lääkkeenä.
- Päihteiden käyttö heikentää elämänhallintaa.
- Tupakointi on yleistä ja runsasta.
- Moniongelmaisuus on yleistä.
- Itsemurhariski on suurentunut muuhun väestöön nähden.

Kodin- ja taloudenhoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve kodin- ja taloudenhoidon ylläpitoon. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto kodin- ja taloudenhoitoon sekä mielekkääseen tekemiseen liittyvistä itsehoitovajeista

- Kodinhoidon ja turvallisen ympäristön ylläpitokyky heikentyvät.
- Arjen raskaus on yleistä.
- Vastuunottokyky on heikentynyt.
- Talous ja sen hallintakyky ovat heikentyneet (vaikuttaa myös sosiaaliseen elämään).

- Kodinhoidolliset taidot ovat puutteelliset.
- Palveluihin hakeutuminen on vaikeutunut.

Somaattinen sairastavuus ja eliniän odote

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve terveeseen elämään ja eliniän odotteen saamiseen ylöspäin. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto somaattisesta sairastavuudesta ja eliniän odotteesta ja niihin vaikuttavista itsehoitovajeista

- Metabolinen oireyhtymä on yleisempää kuin muulla väestöllä.
- Riski sydän- ja verisuonitautien sekä tyypin 2 diabeteksen riski on suurentunut.
- Eliniän odote 10–20 vuotta alempi kuin muulla väestöllä → syynä sydän- ja verisuonitaudit sekä keuhkosairaudet.
- Psykkinen vointi heikkenee → elämänhallinta → somaattinen sairastavuus
- Sairaudentunnistus kyky on heikentynyt.
- Kipukynnys nousee tai oireet muuttuvat.
- Hoitoon hakeutuminen on vaikeaa (tieto, taito).
- Mielenterveys diagnoosi vaikeuttaa hoidon saantia (somaattinen sairaus).

Ravitsemus

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve monipuoliseen ja terveelliseen ravintoon sekä ravinnon hankkimiseen ja valmistamiseen. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto ravitsemukseen liittyvistä itsehoitovajeista

- Ravinto on yksi puolista ja epäterveellistä.
- Toiminnanohjaus on heikentynyt, joten ruuanlaitto ja hankinta haasteellista.
- Tunnesyöminen on yleistä.
- Lääkitys (sivuoireet) vaikuttaa ruokahaluun ja/tai makuaistiin.
- Sairauden oireet vaikuttavat ravitsemukseen (mm. harhat).
- Tietämättömyys terveellistä ja oikeanlaisesta ravitsemuksesta on yleistä.
- Motivaation puute on runsasta.

Hygienian hoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve hyvään hygieniaan ja oikeanlaiseen vaateetukseen. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto hygienianhoitoon liittyvistä itsehoitovajeista

- Hygieniataso on heikentynyt (henkilökohtainen ja ympäristö).
- Sairaudenoireet vaikuttavat lisäävästi tai heikentävästi.
- Kyky havaita peseytymisen tarve puuttuu tai on heikentynyt.
- Huono hygienia lisää sairastumis- ja syrjäytymisriskiä.
- Sään- ja tilanteen mukainen pukeutuminen on vaikeaa.
- Vaatehankinnat ja -huolto ovat heikentyneet.

Liikkuminen

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve oikeanlaiseen ja terveelliseen liikkumiseen sekä liikuntakyvyn ylläpitämiseen. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto liikuntaa liittyvistä itsehoitovajeista

- Sairausten oireet vähentävät liikkumista monesta syystä.
- Lääkkeiden sivuoireet vaikuttavat liikkumiseen.
- Ympäristön hahmottamisongelmat (ulkoilu, erilaiset reitit) ovat yleisiä.
- Ei ole liikkumisseuraa.
- Liikkumattomuus lisää somaattisen sairauden riskiä.

Mielenterveyskuntoutujan sosiaalinen hyvinvointi

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve tunteiden ilmaisuun, ihmissuhde- ja vuorovaikutussuhteisiin, seksuaalisuuteen ja terveeseen itsetuntoon. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvistä itsehoito vajeista

- tunteiden ilmaisemisen vaikeus
- suhde seksuaalisuuteen voi olla vääristynyt
- lääkkeiden sivuoireina: haluttomuutta, kyvyttömyyttä, kehon fyysisiä muutoksia
- minäkuva-muutokset
- ihmissuhdetaidot heikentyvät
- tunneköyhyys
- itsetunto heikkenee → lisää sairauden oireita
- vuorovaikutuksen vaikeus
- luottamuspula
- oman mielipiteen ilmaisun vaikeus

Uni

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve riittävään ja säännölliseen uneen. Tarve perustuu seuraavana olevaan yhteenvetoon vajeista kyseisellä osa-alueella.

Yhteenveto uneen liittyvistä itsehoitovajeista

- unettomuus (määrä, laatu, nukahtamisvaikeus)
- unenpuute → väsymys --> toimintakyky laskee
- vuorokausirytmien häiriintyminen
- arjesta suoriutumisen vaikeus

9 ITSEHOITOA TUKEVAT KEINOT

Eliniän ennusteen nostamisen kannalta on tärkeää puuttua mielenterveyskuntoutujien somaattiseen sairastuvuuteen itsehoitokykyä tukemalla ja lisäämällä. Merkittävänä riskinä on runsaasti esiintyvä metabolinen oireyhtymä, joka on riskitekijä monelle somaattiselle sairaudelle (mm. diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt). Itsehoitoa tukevat keinot tulisi kohdentaa oikeanlaiseen ravitsemukseen ja liikuntaan.

Elämän mielekkyyteen kuuluu sosiaalinen hyvinvointi sekä positiivinen arjen sisältö. Näiden lisääminen on yksi tärkeä osa itsehoitokyvyn kehittymistä, joka parantaa elämänhallintaa. Sosiaaliseen hyvinvointiin on kiinnitettävä huomiota. Tavoitteena on saada kuntoutuja ulos kodistaan ja laajentaa hänen sosiaalista reviiriään, sekä mielekkään tekemisen löytyminen arkeen.

Kuntoutujan itsehoidon kehittyminen tapahtuu vaiheittain (ks. luku 6 kuva 3.). Aluksi sairaanhoitaja joutuu korvaamaan kuntoutujan itsehoidon kokonaan. Seuraavassa vaiheessa sairaanhoitaja korvaa kuntoutujan itsehoidon puutteet siltä osin kuin on tarvetta. Kuntoutujasta itsestään tulee koko ajan aktiivisempi ja hän ottaa enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Oma motivaatio on edellytys hoidon ja kuntoutuksen onnistumiselle (Laitila 2011, 89). Sairaanhoitajan on hyvä olla mukana toiminnan aloittamisvaiheessa, koska aloittaminen on haasteellista. Viimeisessä vaiheessa kuntoutuja toteuttaa itsehoitoa ja sairaanhoitajan tehtävä on taustalla tukena opettaen ja ohjaten. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa kuntoutujan toimintakyky eri elämisen osa-alueilla.

Kuntoutuksessa prosessia tulisivat ohjata kuntoutujan omat tavoitteet, jotka perustuvat itsehoidon vajeeseen. Riittävät resurssit sekä tasavertainen kohtelu ja palvelun saatavuus sekä ennaltaehkäisy ja oikea aikainen reagointi vaikut-

tavat hoidon toteutumiseen ja hoitoon pääsyyn myönteisesti. (Kähärä 2015, 11, 33; Mieli 2009-projekti.) Hoitaja ammattitaidollaan on kuntoutumisen mahdollistaja ja yhteistyökumppani. Liika asiantuntijakeskeisyys on kuntoutujan omaa osallisuutta vähentävä tekijä. (Laitila 2010, 132.) Hoitaja on rinnalla kuljija, joka avaa uusia ovia ja mahdollisuuksia. Kuntoutujan tukena kulkevat myös läheiset ja vertaiset. Vertaistuen merkitys on todettu olevan kuntoutumisen kannalta merkityksellistä. (Pellinen 2011, 63.) Kuntoutuminen on vuosia kestävä prosessi, jonka aikana tuen tarve vaihtelee yksilöllisesti johtuen hoidon- ja sairaudentasapainosta. (Kuhanen ym. 2010, 100–107.)

Kuntoutusta ohjaa yksilöllisesti tehty kuntoutussuunnitelma, joka toimii myös yhteistyösopimuksena kuntoutujan (itsehoito) ja hoitavan tahon (hoitotyön toimintavalmius) välillä. Kuntoutujakeskeisessä lähestymistavassa korostetaan voimavaralähtöistä ajattelutapaa. Voimavaralähtöisyyden lisäksi kuntoutujan oma subjektiivinen käsitys osallisuudesta on tärkeää. (Kuhanen ym. 2010, 107; Vuorilehto 2014, 128–129)

9.1 Kognitiivinen itsehoito

Kognitiivinen toimintakyky ja siinä olevat haasteet vaikeuttavat itsehoitoa ja sitä tukevien keinojen oppimista ja omaksumista. Sairaanhoidajan tulee tiedostaa mielenterveyskuntoutujan yksilöllinen toimintakyky. Sairaanhoidajalla tulisi olla tietoa kuntoutujasta, hänen taustastaan ja toimintakyvystään. Sairaanhoidajan tulee valita yksilöllisesti kuntoutujan kognitiivista toimintakykyä tukeva työtapana. Kuntoutumisen etenemisen edellytys on, että sairaanhoitaja huomioi kognitiivisen vajeen kaikessa toiminnassaan.

Kognitiivisen toimintakyvyn lisäämiseksi voi käyttää esimerkiksi lappuja, kalenteriin kirjaamista sekä soittoja tai hälytyksiä muistia tukemaan (Kalakoski 2009, 20, 47). Viikko-ohjelman käyttö tukee elämänhallintaa ja ajan jäsentämistä. (Lääti 2013, 61.) Kuntoutuja tarvitsee selkeät ja ymmärrettävät ohjeet hänelle sopivalla tavalla (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 34). Ohjeet tulee käydä läpi yhdessä kuntoutujan kanssa varmistaa, että hän on sisäistänyt asian. Muistettava asia kannattaa sanoa viimeisenä, jotta se jäisi mieleen. Asia toistetaan ja käydään lävitse niin usein, kun on tarvetta. Sairaanhoidajan on kiinnitettävä huomiota puheen selkeyteen sekä asioita tulee ottaa esille rauhallisesti ja yksi asia kerrallaan. Mielenterveyskuntoutuja pystyy näin paremmin keskittymään toiminnanohjauk-

seen ja vuorovaikutukseen. (Kalakoski 2009, 32–36, 53, 57; Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri.) Kognitiivisuutta voidaan tukea myös kuntoutuksella ja tietokonetehtävillä, joissa harjoitetaan muistia, tarkkaavaisuutta ja ongelmanratkaisukykyä. Vuorovaikutusta voidaan harjoittaa ryhmätilanteissa. Kognitiivisellakuntoutuksella on saatu myönteisiä tuloksia aivojen harmaan alueen osalta. (Eack, Hogarty, G., Cho, Prasad, Greenwald, Hogarty, S. & Keshava 2010.)

9.2 Somaattinen sairastavuus ja kuolleisuus

9.2.1 Terveyden hoito

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) on julkaissut suosituksen mielenterveysyksiköiden asukkaiden hoitoon. Siinä painotetaan laadukkaita ohjeita liikunnasta sekä terveellisestä ruokavaliosta. Ohjeistuksessa kehoitetaan kontrolloimaan painoa, verensokeria ja rasva-arvoja, sekä puuttumaan niihin tarvittaessa hoitosuosituksen mukaisesti. Tupakoinnin vähentämiseen ja lopettamiseen tulee myös antaa aktiivisesti tukea. (Nice 2014.)

Sairaanhoitaja tulee ottaa puheeksi ja osoittaa muutoksen tarve mielenterveyskuntoutujan terveydenhoitamisessa huomioiden kuntoutuja kokonaisvaltaisesti (mm. silmät, korvat, hammas, jalkahoito, gynekologi/urologi) (Ahonen ym. 2013, 54; Laitila 2010, 124). Keskustelun tulee olla motivoivaa ja toivoa antavaa, sekä rehellistä. (Ahonen ym. 2013, 34; Qvick 2011.) Elämäntapamuutoksella voidaan ehkäistä monia sairauksia, kuten diabetesta sekä sydän- ja verisuonitauteja. (Ahonen ym. 2013, 36, 94.) Mielenterveyskuntoutuja yhdessä sairaanhoitajan kanssa asettaa konkreettisia ja realistisia tavoitteita, joita arvioidaan säännöllisesti näitä ovat esimerkiksi painon hallinnassa säännölliset punnitukset (Ahonen ym. 2013, 52). Muutokseen tulee puuttua hyvissä ajoin. (Lemola 2011, 32; Terveydenhuoltolaki) Kuntoutujan kyky osallistua hoitoon liittyviin päätösiin riippuu hänen kognitiivisesta itsehoitokyvystään, koulutuksesta ja iästä (Ahonen ym. 2013, 33).

Kuntoutujalla tulee olla tarvittavat välineet oman terveytensä tarkkailuun, näitä ovat esimerkiksi verenpaine-, kuume- tai verensokerimittari. Hänellä tulee olla kotonaan tarvittavat ensiapu tarvikkeet ja peruslääkkeet (esim. kipu- ja kuumelääke, laastari) sekä ohjeet niiden käyttöön kirjallisesti. Mikäli tarkkailu ei kotona onnistu tai välineitä ei ole, tulee hänet ohjata esimerkiksi terveystieteiden

kiin verenpaineen mittaukseen ja ohjataan heidät eri erityisalojen piiriin (mm. diabeteshoitaja, jalkahoitaja, hammashoitaja). Lisäksi kuntoutujan tulisi ohjata osallistumaan tarjolla oleviin vertaisryhmiin (Ahonen ym. 2013, 33–37, 97).

Kuntoutujalla tulee olla puhelimessa sekä paperisena tarvittavat yhteystiedot, esimerkiksi päivystys, terveysaseman, laboratorio. Sairaanhoidajan tulee olla tukena tai tarvittaessa soittaa kuntoutujan puolesta. Sovitut kontrollikäynnit ja ohjeet lääkitykseen ja sairauteen liittyen (esim. verensokeri mittaus, verenkuva seurannat, EKG, keuhkokuva, lääkepitoisuudet) tulee olla selkeästi kirjattuna ja kuntoutujan saatavilla (Lääketietokeskus; Henkilötietolaki 12.4.1999/523; Terveyskirjasto 2015; Sundman 2011b). Ajan tasalla oleva lääkelista on tärkeä olla saatavilla (Kotovainio & Mäenpää 2011b). Kuntoutujalla tulee olla riittävät tiedot omista sairauksistaan, niiden oireista ja lääkkeistään, jotta hän osaa tarkkailla omaa vointia toteuttaen itsehoitoa (Ahonen, ym. 2013, 34; Sundman 2011c; Lakipotilaan oikeuksista 17.8.1992/785). Kuntoutujalle tulee ohjata lisäksi ihon kunnon tarkkailua ja hoitoa (Rautavaara-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 188, 226). Kivun tarkkailu voi olla haasteellista kuntoutujalle ja häntä hoitaville ihmisille. Kivun kokemus on usein erilainen johtuen lääkityksestä. Erilaisia kipumittareita on hyvä olla käytössä. (Kotovainio & Mäenpää 2011a.) Myös psyykkistä vointia voi harjoitella kuvaamaan erilaisien mittareiden/asteikoiden avulla.

9.2.2 Syöminen ja juominen

Syöminen ja ravinnon saaminen on välttämätöntä ihmiselle ja vaikuttaa kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Ruokailuun vaikuttaa fyysiset tekijät, esimerkiksi hampaiden kunto ja ruuansulatuselimistön toiminta. (Roper, Logan & Tierney 1995, 154–172.) Fyysinen kunto vaikuttaa ruokahaluun ja sen säätelyyn. Liikunnan avulla kulutetaan energiaa sekä tasapainotetaan ruokahalua. Tunneperäiseen syömiseen liittyvään säätelykyvyttömyyteen ja mielihyvän hakemiseen tulee ohjata kuntoutujalle muita keinoja hakea mielihyvää.

Tasapainoinen ravitsemus edellyttää ihmiseltä tietoa ja taitoa hankkia oikeanlaista ruokaa (Roper, Logan & Tierney 1995, 154–172). Kuntoutujan kanssa käydään lävitse ravitsemus suosituksia, kuten ruokakolmiota ja lautasmallia (ks. kuvat 4 ja 5). Lautasmallin ja ruokakolmion voi tulostaa kuntoutujalle ko-

tiin, esimerkiksi keittiön kaapin oveen, jolloin kuntoutuja päivittäin aterioillaan hahmottaa asian paremmin nähdessään kuvan. Usein kuntoutujat syövät valmisruokia, joten niiden lisukkeeksi tarvitaan salaattia ja kasviksia monipuolisen ravitsemuksen ylläpitämiseksi. D-vitamiinin puutos riski on otettava huomioon.

Oikeanlaista ravitsemusta ja sen hankintaa voi harjoittaa itsehoitoteoriaan kuuluvan hoitotyön perusjärjestelmän (luku 6, kuva 2) mukaisesti vaiheittain. Aluksi kuntoutuja tarvitsee sairaanhoitajan mukaansa kauppaan. Näitä syitä ovat muun muassa vähäiset rahavarat ja heikko taloudenhallinta, ulos tai asioille lähtemisvaikeuden tai tietämättömyys oikeanlaisesta ravitsemuksesta. Toimiminen kaupassa on vaikeaa. Haasteena voi olla esimerkiksi tavaroiden ja oikeanlaisen ruuan löytäminen. Seuraavassa vaiheessa voidaan kauppalista tehdä yhdessä sairaanhoitajan käydessä viikoittaisella käynnillä. Viimeisessä vaiheessa kuntoutuja on itse motivoitunut ja pärjää pienin avuin ja ohjauksin. Samaa vaiheittaista kaavaa voidaan toteuttaa myös ruuan valmistuksessa, mikäli kuntoutuja itse on motivoitunut.

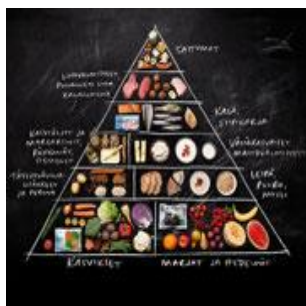
Kuntoutujalle on hyvä muistuttaa, ettei nälkäisenä kannata mennä kauppaan. Lisäksi kauppalista on muistamisen sekä heräteostosten ehkäisemisen kannalta hyvä tehdä kotona. Herkutella ei voi joka päivä. Mielihalujen hillitsemiseksi olisi hyvä sopia esimerkiksi viikolle joku tietty herkuttelu päivä. Tämä osa-alue häiriintyy monestakin syystä, näitä ovat esimerkiksi syömishäiriöt, alkoholi, allergiat ja sairaudet. Ruokailun rytmi on tärkeää tasapainoiselle ja terveelliselle ravitsemukselle (Roper, Logan & Tierney 1995, 154–172). Ruokailuajat rytmittävät päivää, joka auttaa kuntoutujaa ajan hallinnassa ja vireystason säätelyssä.

Oikeanlaisesta ravitsemuksesta ja sen toteutumisesta on maailmalla useita tutkimuksia. Pohjoismailla on omat vuonna 2013 valmistunut Pohjoismaisen ministerineuvoston luomat ohjeistukset ravitsemukseen. Lisäksi Suomella on omat ohjeistuksensa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014) Oikeanlaisella ravitsemuksella on tarkoitus estää vajaa- ja liikaravitsemus, sekä estää virheravitsemuksen aiheuttamat sairaudet (Roper, Logan & Tierney 1995, 154–172). Suomessa on suosituksista kasattu lautasmalli ja ruokakolmio, joita noudattamalla toteutuu oikeanlainen päivittäinen ravitsemus (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014).

Oikeanlaiseen suomalaiseen ravitsemukseen kuuluu marjoja ja kasviksia ainakin 500 g päivässä. Lisäksi päivittäin kuuluu saada perunaa, kuituja ja täysjyvätuotteita sekä vähärasvaisia tai rasvattomia maitotuotteita noin puoli litraa. Kalaa tulisi syödä pari kertaa viikossa ja punaista lihaa alle 500 g/vko. Oikeanlainen ravitsemus sisältää vain vähän suolaa ja sokeria. Ravintosuosituksissa on rasvojen, proteiinien ja vitamiinien lisäksi annettu suositukset kivennäisainesten saannista. Ne ovat keskimääräiset suositukset terveelle ja kohtalaisesti liikkuvalla väestöllä, mutta sopivat myös tyyppin 2 diabetesta sairastavalle sekä henkilöille joiden verenpaine- tai rasva-arvot ovat koholla, kuten usein mielen-terveyskuntoutujilla ovat. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014)



kuva 4. Lautasmalli (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014)



Kuva 5. Ruokakolmio (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014)

9.2.3 Liikkuminen

Liikkumiskyky on ihmiselle tärkeää fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Liikkumista tarvitaan päivittäiseen toimintaan, sosiaalisten suhteiden ja mielenvirkeyden ylläpitoon. Liikkuminen ylläpitää lihaksistoa ja mahdollistaen toiminnan ihmisessä. Liikunta kuuluu moneen elämäntilanteeseen ja tunteeseen. (Roper-Logan-Tierney 1995, 28, 236–255.) Se vaikuttaa stressiin ja ahdistukseen niitä lievittävästi ja lisää henkisiä voimavaroja (Kettunen 2015, 32).

Liikkumiskyky edellyttää toimivaa luustoa ja lihaksistoa yhdistettynä oikeanlaiseen asenteeseen ja arvoihin. Kotona lapsena opitut liikkumistottumukset vai-

kuttavat vielä aikuisenakin. Tähän vaikuttaa asuinympäristön liikkumismahdollisuudet ja taloudellinen tilanne. Liikunnan merkitys niin ennaltaehkäisyssä kuin hoidossa ja kuntoutuksessa on lisääntynyt saadun tutkimustiedon perusteella. Käyttöön on otettu liikkumissuosituksia ja liikuntaresepti motivaation ja tiedon lisäämiseksi. Ihmisen tulisi tuntea nämä suositukset saadakseen riittävästi oikeanlaista liikuntaa terveytensä ylläpitämiseksi. (Roper-Logan-Tierney 1995, 28, 236–255.)

UKK-instituutti on tehnyt suosituksen viikoittaiseen liikkumiseen. Suositus sisältää lihasharjoittelua, kestävyysliikuntaa ja liikehallintaa. Suosituksen mukaan ihmisen tulisi kestävyysliikuntaa olla ainakin 2,5 tuntia viikossa. Liikunta tapa on hyvä valita oman kunnon ja tavoitteiden mukaisesti. Aloittaminen on hyvä tehdä pikkuhiljaa. Tavoitteiden on hyvä olla realistisia, sillä liian vaikeasti saavutettavat tavoitteet saattavat viedä iloa liikkumiselta ja vähentää motivaatiota. Hyviä aloitus lajeja ovat esimerkiksi kävely tai pyöräily, myös hyötyliikunta lasketaan. Kävely on lisäksi ilmaista, joka on mielenterveyskuntoutujan rahavarojen kannalta hyvä asia. (UKK-instituutti 2009.)

Joukkue lajit lisäävät kuntoutujan sosiaalista kanssakäymistä, joten niiden piiriin on hyvä ohjata. Kestävyysliikunnalla on suotuisia vaikutuksia verenkierto- ja hengityselimiin, sekä painonhallintaan ja verensokeri aineenvaihduntaan. Mielenterveyskuntoutujilla on nimenomaan terveydellisiä haasteita näillä osaluilla, siksi liikunta onkin tärkeää heille. Lihaskuntoa, tasapainoa ja liikehallintaa tulisi harjoittaa kestävyysliikunnan lisäksi viikoittain ainakin 2 tuntia. Säännöllinen venyttely pitää yllä kehon liikkuvuutta. Paras tapa harjoittaa lihaskuntoa on kuntosali ja erilaiset kuntopiirit. (UKK-instituutti 2009.)

Liikunta harrastuksessa on hyvä huomioida ajoitus ajankohta ja paras ajankohta viikoittaiselle liikunnalle. Tutkimuksen mukaan maanantai on paras päivä liikunnan harrastamiselle. Ohjaajalla on suuri merkitys liikunta harrastuksen jatkuvuuden kannalta. Positiivisen palautteen antaminen tulee olla jatkuvaa. Ohjauksen tulisi olla motivoivaa sekä systemaattista liikunnan ja ravinnon osalta, mikäli haluttuna lopputuloksena ovat ihmisen omaehtoinen painonhallinta ja terveelliset elämäntavat. Liikunta ei saa olla pakonomaista tai stressaavaa. (Remes 2013, 33, 108.)

Huomioitavaa on myös itsehoitoteorian hoitotyön perusjärjestelmä (ks. luku 6, kuva 3). Kuviosta ilmenee itsehoidon ja itsehoitokyvyn eteneminen vaiheittain.

Ensin kuntoutuja tarvitsee sairaanhoitajan mukaan lenkeille ja motivoimaan liikkumista. Tekemisen aloittaminen on mielenterveyskuntoutujille hankalaa. Seuraavassa vaiheessa saattaa riittää, että sairaanhoitaja lähettää kuntoutujan lenkille vaikka käynnin lopussa. Kun liikkumisesta on tullut ”myönteinen rutiini” ja kuntoutujan itsehoitokyky sekä motivaatio ovat kasvaneet, hän voi lähteä ja käydä lenkillä itsenäisesti. Tässäkin vaiheessa liikkumista voi merkitä kalenteriin ja lappujen avulla muistutella.



Kuva 6. UKK-instituutin liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2009)

9.2.4 Hygienia ja uni

Ihmisen itsemääräämisoikeudesta huolimatta on toivottavaa, oman terveyden ja kanssa ihmisten kannalta, huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta riittävän usein. Huolehtimalla hygieniastaan ja sitä kautta estämällä taudit ja infektiot vähentää myös yhteiskunnan kustannuksia. Ihmisen tulisi kyetä huolehtimaan puhtaudesta itse. (Roper-Logan-Tierney 1995, 27,194–218.)

Mielenterveyskuntoutujilla usein on ongelmia hygienian hoidossa, siksi sairaanhoitajan tulisi osoittaa hänelle vaje tässä itsehoidon osiossa. Kuitenkaan mielenterveyskuntoutujalla kyse ei välttämättä ole siitä, ettei hän osaisi hygieniastaan huolehtia vaan syy voi olla jossain muussa, kuten piittaamattomuudessa tai toiminnan ohjauksessa. Kuntoutuja ei välttämättä tunnista tai

koe tarvetta esimerkiksi suihkussa käyntiin. Hiusten säännöllinen pesu, hoito ja leikkaus tulee ohjata, sekä välineiden hankinnasta huolehtia. Suhde minäkuvaan voi olla häiriintynyt. Kuntoutujan kanssa voidaan tehdä erilaisia harjoitteita itsetuntemukseen liittyen. Aiheet voivat liittyä omaan minäkuvaan, kehon tuntemuksiin, tunteisiin, tärkeisiin ihmissuhteisiin, arvoihin, asenteisiin sekä ajattelemisen taitoihin. (Toivakka & Maasola 2011, 61–140.) Peiliin katsomista voi ohjata ja harjoitella vaikka yhdessä. Kuntoutujalle tulee kertoa rehellisesti ja selkeästi riskit, joita hygienian laiminlyönti aiheuttaa. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 194–195, 200.)

Käsihygienian tärkeys on korostunut (Roper-Logan-Tierney 1995, 27, 194–218). Kuntoutujille tulee opettaa oikeanlainen käsihygienia tautien ehkäisemiseksi (Rautava-Nurmi 2012, 99). Tarvittaessa asiaa toistetaan useilla käynneillä. Suun terveys vaikuttaa kokonaisvaltaiseen terveyteen. (Roper-Logan-Tierney 1995, 27, 194–218.) Suun hygieniaan tulee kiinnittää huomioita käynneillä, sillä suun hoito usein jää hoitamatta mielenterveyskuntoutujilla. Asia tulee ottaa puheeksi. Kuntoutujalle tulee kertoa infektoriskit, joita laiminlyönnistä aiheutuu erityisesti joitakin lääkkeitä käytettäessä. Sairaanhoidaja voi tarvittaessa tarkistaa itse suun kunnon, tilaa ajan (tai auttaa tilaamisessa) ja lähteen mukaan lääkäri- tai hoitajakäynneille. Sairaanhoidaja ohjaa suunhoitoa. (Rautavaara-Nurmi ym. 2012, 203)

Ihmisen tulisi kyetä pukeutumaan tilanteen vaatimalla tavalla, huomioiden esimerkiksi sään ja vuoden ajat (Roper-Logan-Tierney 1995, 27, 194–218). Mielenterveyskuntoutujien pukeutuminen voi olla hyvinkin persoonallista, eikä hoitajan pitäisi liiallisesti häntä rajoittaa. Sään mukaista pukeutumista on hyvä ohjata. Sairaanhoidajan tulee huolehtia, että kuntoutujalla on vaatteita jokaiselle vuodenajalle ja ohjata tarvittaessa taloudellisten tukien piiriin. (Rautavaara-Nurmi ym. 2012, 201.)

Riittävä uni on tärkeää terveyden kannalta. Ihminen tarvitsee lepoa jaksakseen ja elimistön toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Liiallinen valvominen ja unen puute on vaarallista monella tapaa, myöskään liika nukkuminen ei ole suositeltavaa. Vuorokausi rytmi tukee ajan käyttöä. Nukkumiseen vaikuttavat fyysiset tekijät, kuten yksilölliset tottumukset, liikunta ja määrä. (Roper-Logan-Tierney 1995, 28–29, 301–312.) Myös ruoka ja ruokailuajat vaikuttavat nukkumiseen. Koska mielenterveyskuntoutujilla on usein unihäiriöitä, tulee sairaanhoidajan

huolehtia kuntoutujan oikeanlaisesta ravitsemuksesta, liikkumisesta, päivänsäilystä ja unihygieniasta.

Aluksi sairaanhoitajan rooli on suurempi, mutta se vähenee pikkuhiljaa. Kuntoutujalle ohjataan oikeanlaisen ravitsemuksen ja fyysisen aktiivisuuden tärkeys unen kannalta. Lisäksi hänelle ohjeistetaan unihygienia-ohjeet. Ohjeet voi laittaa kuntoutujalle makuuhuoneeseen seinätauluksi. Psykologiset tekijät ovat oma käsitys unen määrästä ja tarpeesta. Nukkumisympäristö ja sen häiriötekijät vaikuttavat myös uneen. Ihminen tarvitsee rauhallisen, turvallisen ja muilta olosuhteiltaan oikeanlaisen nukkumipaikan jotta hän saisi riittävän määrän lepoa. (Roper-Logan-Tierney 1995, 28–29, 301–312.)

Unihygienian kannalta tärkeitä asioita ovat:

- Illalla tulee sänkyyn mennä vasta kun väsyttää. Vältetään turhaa pyöriskeilyä sängyssä. Jos ei väsytä, kannattaa nousta ylös ja mennä sänkyyn vasta kun nukuttaa.
- Huoneen on oltava valaistu oikein ja oltava meluton.
- Sängyssä ollaan vain nukkuessa ja seksiä harrastaessa tai kipeänä.
- Päiväunien määrä minimoitava, jos on pakko nukkua niin alle tunti.
- Useampaa tuntia ennen aiottua nukkumista on syytä vältellä kofeiinipitoisia juomia, kuten kahvia.
- Jos uni ei tule alle puolen tunnin, on noustava pois sängystä ja yritettävä uudelleen vasta, kun on väsynyt.
- Nukkumaan meno- ja heräämisajat on oltava mahdollisimman säännölliset, myös viikonloppuisin. Säännöllinen päivärytmi pitää sisäisen kellon ajassa
- Illalla on hyvä rauhoittua ennen nukkumaan menoa. Ei fyysistä ponnisteluja, jännitystä, melua, ym.
- Makuuhuoneen olosuhteet tulisi olla mahdollisimman hyväksi; oikeanlainen sänky, sopiva lämpötila (alle 20 astetta), oikeanlainen, tee ja kolajuomat.
- Säännöllinen liikunta tulisi harrastaa 2–4 kertaa viikossa, kuten liikuntapiirakassa (ks. kuva 4.) suositellaan. Ei kuitenkaan kannata harrastaa liikuntaa juuri ennen nukkumaan menoa.
- Nikotiinituotteita ei tulisi käyttää nukkumaan mennessä tai yöllä herätessä.
- Alkoholia on vältettävä väsyneenä tai lääkkeiden kanssa.
- Kevyt ja hiilihydraattipitoinen iltapala voi auttaa nukahtamaan. Yöllä herätessä ei kannata kuitenkaan syödä mitään.

- Lämmin suihku saattaa rauhoittaa.
- Rentoutuminen illalla auttaa. Älyllisiä tai fyysisiä ponnistuksia tulisi välttää illalla ennen nukkumaan menoa.

(Vuorilehto ym. 2014, 204–205; Rautava-Nurmi ym. 2012, 183)

Kuntoutuja voi pitää unipäiväkirjaa, johon hän merkitsee viikon ajan nukkumisolosuhteisiin ja vireystilaan liittyviä huomioita (Vuorilehto ym. 2014, 204–205). Mikäli unirytmii ei palaudu tai uni ei ole vielä kukaan riittävää ohjeiden jälkeen, saa apteekista tai luontaistuotekaupasta melatoniinia, jota voi kokeilla. Tarvittaessa voi keskustella sopivasta lääkityksestä lääkärin kanssa.

9.2.5 Riskikäyttäytyminen

Tärkein keino riskikäyttäytymisen ehkäisyyn on puheeksi ottaminen. Rehellisyys ja luottamuksellinen suhde ovat avainasemassa. (Qvick 2011; Ahonen, ym. 2013, 30). Kuntoutujalle tulee osoittaa miten riskikäyttäytyminen hänen elämäänsä vaikuttaa ja estää kuntoutumisen etenemisen. Joskus tarvitaan rajojen asettamista, jos kuntoutujan omat kyvyt eivät riitä (Laitila 2010, 101). Hänelle tehdään erilaisia kokeita (laboratoriokokeita) ja testejä (mm. Audit). (Kylmänen & Inkinen 2011). Sairaanhoidajan tulee kohdella kuntoutujaa ihmisarvoa kunnioittavasti sekä toivoa ylläpitäen (Ahonen ym. 2013, 30, 32; Qvick 2011). Kuntoutujalla itsellään tulee olla halu muutokseen (Pellinen 2011, 67). Tämän jälkeen rakennetaan yhteiset realistiset tavoitteet. Sairaanhoidaja tukee kuntoutujan tavoitteisiin pääsyä. (Laitila 2010, 132.)

Lääkehoidosta sairaanhoidaja antaa rehellistä tietoa lääkehoidon toteuttamisesta ja haittavaikutuksista. (Sundman 2012c; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) Sairaanhoidaja yhdessä kuntoutujan kanssa arvioi lääkehoidon vaikuttavuutta jatkuvasti sekä motivoi säännölliseen lääkehoitoon (Lemola 2011, 30–31). Tavoitteena on kuntoutujan oman vastuun lisääntyminen omaan hoitoon liittyvissä asioissa. Mikäli kuntoutujalla on haittavaikutuksia ja sitoutuminen vaikeaa, on hänen kanssaan hyvä tehdä listaus hyvistä ja huonoista puolista. (Nurminen 2011, 518.) Lääkehoitoon sitoutumisessa apuna on lääkedosetin käyttö, joka jaetaan kuntoutujan kanssa yhdessä. Tässäkin huomioidaan kuntoutumisen edistyminen vaiheittain ja kuntoutujan oman vastuun lisääntyminen. (Laitila 2010, 112.) Jossain tapauksissa turvallisien rat-

kaisu on apteekin annosjakelu (Kotovainio & Mäenpää 2011b; Forsbacka & Nousiainen 2011).

Yhteisillä sopimuksilla laaditaan pelisäännöt käynneille ja yhteydenpidolle. Pelisäännöt ovat tärkeitä yhteistyön onnistumisen kannalta (Lehtonen 2006, 36) Sitoutuminen päihteettömyyteen on tärkeää molemmille osapuolille ja kuntoutumisen onnistumiselle. Kuntoutujalle ohjataan erilaisia keinoja käsitellä ahdistusta ja ongelmia päihteiden sijaan. Esimerkiksi verkosta löytyy erilaisia mielenterveyteen liittyviä harjoitteita erilaisiin tilanteisiin (ks. Harjoituksia; Miten voit). Hänet ohjataan tarvittaessa päihdepuolen palveluiden piiriin (Lemola 2011, 32). Tupakanpolton lopettamiseen tai vähentämiseen kannustetaan ja ohjeistetaan. Tarvittaessa haetaan korvausvalmisteita ja ohjataan tukiryhmiin. (Alila 2011a 728–729; Alila 2011b, 730.)

Itsetuhoisuus ja itsemurhariski on muistettava huomioida ja kyetä ottamaan puheeksi. Kuntoutujan omia voimavaroja korostetaan. Hänen kanssaan otetaan puheeksi asian vakavuus. Sairaanhoidaja ja kuntoutuja voivat tehdä listan varomerkeistä, jotka ovat ennakko-oireita voinnin huononemisesta. Tulee myös tehdä lista toimintaohjeista. (Lemola 2011, 30–31; Pulkkinen & Vesanen 2011a, 606–607; Pulkkinen & Vesanen 2011b, 610) Kuntoutujan mielenterveyden itsehoitoa voi harjoittaa erilaisilla rentoutustekniikoilla (Vuorilehto ym. 2014, 30). Kuntoutujan tulee opetella itsehoitoon liittyvää itsearviointia ja itsenäistä avunpiiriin hakeutumista. Moni ammatillisen työryhmän ja tukiverkoston merkitys on suuri (Lääti 2013, 64–66 ; Pellinen 2011, 60–61 ; Lemola 2011, 24, 26; Pitkänen 2010, 50).

9.3 Elämän mielekkyys

9.3.1 Sosiaalinen hyvinvointi

Viestiminen ja sosiaalisuus ovat kaksisuuntainen tapahtuma ja pohja ihmissuhteille ja niiden ylläpitämiselle. Yhteisen kielen löytäminen on tärkeää. Ihmisen on kyettävä viestimään ihmisten kanssa onnistuakseen arjen ylläpitämisessä ja ihmissuhteissa. Viestintään vaikuttavat samat osa-alueet kuin turvallisuuteen. Haasteita voivat tuoda kielimuuri, aistien vajeet sekä kognitiiviset ongelmat. Sosiaalisuuteen liittyy myös seksuaalisuuden ilmaiseminen. Jokaisella on oikeus toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan ja sukupuolisuuttaan hänelle so-

pivalla tavalla. Seksuaalisuus on erilaista eri elämänvaiheissa ja iästä riippuen. (Roper-Logan-Tierney 1995, 28, 279–289, 119–124.)

Sairaanhoitajan tulee mahdollistaa yhteistyösuhteen alussa luottamuksellinen ilmapiiri, jossa kuntoutuja tuntee olevansa turvassa (Qvick 2011; Ahonen ym. 2013, 30). Hänen tulee antaa kuva aidosta välittämisestä (Laitila 2010, 108). Tällöin hän rohkaistuu itse puhumaan ja ilmaisemaan omia mielipiteitään sekä tunteitaan (Laitila 2010, 88). Sairaanhoitajan tulee antaa tilaa kuntoutujalle ja hänellä tulee olla tilanneherkkyyttä. Oman mielipiteenilmaisua ja vuorovaikutustaitoja tulee harjoitella. (Toivakka & Maasola 2011, 179, 212–214) Kuntoutujan kanssa opetellaan hyvien tapojen mukaiset käyttäytymissäännöt. Ensin harjoitellaan kahdestaan kuntoutujan kanssa, jolloin hän saa itseluottamusta. Huomioidaan kuntoutujan vuorovaikutustaidot lähiverkoston kanssa ja tuetaan niitä tarvittaessa. (Toivakka & Maasola 2011, 145–163) Pikkuhiljaa hakeudutaan erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin kodin ulkopuolella. Suositeltavia paikkoja ovat matalankynnyksen paikat, esimerkiksi klubitalot. Näissä kuntoutuja saa vertaistukea ja ilmapiiri on sallivampi. Myös verkosta löytyy klubitalojen sivut ja muita vastaavia paikkoja. Joiden käyttöön kuntoutujaa voi rohkaista ja ohjata. (Suomen klubitalot ry.; Mielenterveystalo.fi.)

Vertaistuki on kuntoutujan kannalta eteenpäin vievä tuen muoto. Siihen kuuluu voimakkaana yhteenkuuluvuudentunne ja muilta saatu tuki. Vertaistukiryhmiä on erilaisia, myös internetin kautta kuntoutuja voi hakeutua ja pitää yhteyttä vertaistukeen. Vertaistuki on ponnahduslauta sosiaalisuuteen ja tätä kautta kuntoutujan sosiaalinen verkosto laajenee. (Laitila 2010, 92; Pellinen 2011, 63; Vuorilehto ym. 2014, 243.)

Sairaanhoitajan tulee ottaa puheeksi seksuaalisuuteen liittyvät asiat ja kyetä keskustelemaan niistä ammatillisesti. Jo puheeksi ottaminen voi rohkaista kuntoutujaa puhumaan seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista. Sairaanhoitajan tulee ohjata seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa (mm. turvaseksi). Tarvittaessa ohjataan keskustelemaan seksuaaliterapeutin tai lääkärin kanssa. Sairaanhoitajan tulee tietää lääkkeiden tai sairauden tuomat haasteet seksuaalisuuteen liittyen.

9.3.2 Yhteiskuntaan osallistuminen, sekä kodin ja talouden hoito

Työ voi olla moninaista ja siihen suhtaudutaan eri tavoin. Työn tai harrastuksen kautta voi löytää itselle mielekästä tekemistä. Niiden kautta ihminen kuuluu erilaisiin yhteisöihin. Ne antavat usein kokemuksen tarpeellisuudesta ja yhteenkuuluvuudesta sekä ajan käytön hallinnasta. Ihmisellä on tarve tuntea itsensä tarpeelliseksi ja arvostetuksi. (Roper-Logan-Tierney 1995, 28, 258–276.)

Sairaanhoitaja kartoittaa kuntoutujan kanssa hänen mielenkiinnonkohteita, voimavaroja ja taitoja. Huomioidaan kuntoutujan mahdollinen ammatillinen osaaminen. Sairaanhoitajan pitää rohkaista kuntoutujaa käyttämään taitojaan. Näiden pohjalta pyritään löytämään kuntoutujalle mielekästä toimintaa arkeen opiskelun, työn tai harrastuksen parissa. Säännöllinen tekeminen rytmittää elämää ja vaikuttaa tätä kautta myös vuorokausirytmiiin. (Pellinen 2011, 66; Lemola 2011, 28–29; Pitkänen 2010, 50.) Tekemisen kautta tulee tarpeellisuuden tunne ja itsetunto nousee, myös sairauden oireet lievenevät usein. Sairaanhoitajan toiminnan taso riippuu kuntoutujan omista itsehoitotaidoista ja voimavaroista (ks. luku 6, kuva 3).

Sairaanhoitaja jalkautuu kuntoutujan kanssa yhteiskunnan toimintaan. Yhdessä etsitään lehdistä ja internetistä sopivaa tekemistä, kuten näyttelyt, kulttuuri-tapahtumat, ynnä muut. Aluksi sairaanhoitaja osallistuu kuntoutujan kanssa yhdessä tapahtumiin. Sairaanhoitaja opettaa kuntoutujaa hyödyntämään yhteiskunnan palveluita, kuten kirjastoa ja uimahallia.

Sairaanhoitaja opettaa ja tukee yhteiskuntataidoissa, kuten virastoasioinneissa, pankkiasioinneissa, äänestys ja julkisten kulkuneuvojen käyttöä. Sairaanhoitaja opettaa ja harjoittelee kuntoutujan kanssa pankkikortin käyttöä. Hän opettaa ja ohjaa taloudenhallinnassa. (Laitila 2010, 143; Ahonen ym. 2013, 34–35.) Sairaanhoitaja ohjaa tarvittaessa sosiaalipalveluiden piiriin ja auttaa hakemusten teossa. Asioita harjoitellaan paikan päällä sekä verkossa. Sairaanhoitaja huomioi kuntoutujan oman kyvyn huolehtia rahavaroistaan ja tarvittaessa on tukena edunvalvontaan pääsyssä (Lääti 2013, 57).

Turvallisuus on yksi ihmisen perustarpeista, se liitetään ympäristöön ja tunteeseen. Turvallisuutta vaarantavia tekijöitä tulee ympäristöstä sekä ihmisestä itsestään käsin. Turvallisuutta pyritään ylläpitämään ehkäisemällä sitä vaaran-

tavia tapahtumia (esim. tapaturmat, taudit) ja niihin liittyviä tekijöitä koko elämänkaaren ajan. Turvalliseen ympäristöön vaikuttavia tekijöitä voidaan tarkastella fyysisten (terveydentila, kyvyt ja aistit), psykologisten (äly, persoonallisuus, mieliala), sosiokulttuuristen (kulttuuri ja sosiaaliset tekijät), ympäristöllisten (asumisolot, ilmasto, elinympäristö), ja poliittistaloudellisten (toimeentulo, laki, asenteet) tekijöiden kautta. (Roper-Logan-Tierney 1995, 26, 93–96, 107, 111–112.)

Mielenterveyskuntoutujan kanssa laaditaan toimintasuunnitelma psyykkisen voinnin huonontumisen varalle. Hänen tulisi tietää miten toimia ja mistä saa apua. Sairaanhoitaja yhdessä kuntoutujan kanssa pohtii kodin riskitekijöitä ja pyrkivät tekemään ympäristöstä mahdollisimman turvallisen minimoimalla riskit. Tärkeää on ohjata sähkölaitteiden turvallinen käyttö (itsestään sammuvat laitteet), paloturvallisuusasiat (palohälytint ja sammutuspeitto) sekä vakuutusasiat. (Pelastuslaki 24.9.2011/379).

Sairaanhoidajan tulee puhua niistä asioista, jotka lisäävät kuntoutujan turvattomuudentunnetta sekä mahdollisuuksien mukaan puuttua niihin. Turvallisuuden tunne on tärkeää kuntoutumisen kannalta. (Laitila 2010, 143.) Yksinäisyys voi lisätä turvattomuuden tunnetta. Sairaanhoidajan tulee kartoittaa tukiverkkoa ja tukea sen ylläpitämistä ja lisäämistä. On kuitenkin huomioitava ihmisen persoonallisuus ja valinnanvapaus. Voi olla yksin, muttei yksinäinen. Yksinäisyyttä kokevat voi ohjata erilaisten tukien piiriin, kuten ystäväpalvelut ja kerhot. Kuntoutujaa tulee ohjata myös tietokoneen käyttöön sosiaalisten yhteyksien pidossa, mm. sosiaalinen media ja erilaiset keskustelupalstat. Hoitajan käynnit on todettu tärkeiksi (Ahonen 2009, 48). Yhdessä tekeminen, läsnäolo ja vuorovaikutus on koettu tärkeiksi tekijöiksi mielenterveyskuntoutujan elämässä (Lääti 2013, 61).

Puhtauteen liittyy myös ympäristötekijät, kuten kodin puhtaus ja siisteys. Puhtaudesta huolehtimiseen vaikuttaa lapsuudessa ja elämänvarrella opitut arvot, tieto ja taito. (Roper-Logan-Tierney 1995, 27, 194–218.) Haasteena voi olla kuntoutujan sairaushistoria, sillä hän ei ole välttämättä ehtinyt oppia siivoustaitoja ja kodinhoidollisia taitoja. Sairaanhoidaja siivoaa kuntoutujan kanssa yhdessä kotia niin, että kuntoutujan on turvallista siellä asua. Kuntouttava työote on muistettava. (Ahonen ym. 2013, 85.)

Yhdessä voidaan opetella siivousta ja välineitä. Opetetaan etenemään puhtaasta likaisempaan, ja eri huoneilla on eri välineet. Sairaanhoidtaja voi tehdä tarvittaessa kuntoutujalle selkeät kirjalliset ja kuvalliset ohjeet siivoukseen. Viikon toiminnan rytmittämiseksi siivouspäivä voidaan laittaa kalenteriin kuntoutujan omaan viikko-ohjelmaan. Vaiheittain edetessä kuntoutuja ottaa pikku hiljaa itse enemmän vastuuta kodinhoidosta ja siivouksesta. Sairaanhoidtaja vetäytyy taustarooliin. Jossain tapauksissa voidaan turvautua ulkopuoliseen siivousapuun, jolloin aikaa ja voimavaroja vapautuu muulle kuntoutukselle.

10 ITSEHOITOA TUKEVAT HOITOTYÖN KEINOT JA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOIDON MAHDOLLISUUKSIA

Tässä kappaleessa on **sisällönanalyysiä** käyttäen tiivistetty luvun 9 merkityksellisimmät itsehoitoa tukevat keinot ja itsehoidon mahdollisuuksia mielenterveyskuntoutujille. Näiden keinojen avulla sairaanhoidtaja voi tukea itsehoitoa ja vastata itsehoitotarpeisiin.

Kognitiivinen itsehoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve itseilmaisuuksiin ja toiminnan ohjaukseen. Sairaanhoidtaja voi seuraavana olevan hoitotyötoimintojen yhteenvedon keinoin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenvedo kognitiiviseen itsehoitoon liittyvistä hoitotyötoimista

- kuntoutujan yksilöllisen toimintakyvyn selvittäminen
- oikean työtavan valinta
- kognitiivisen vajeen jatkuva huomiointi
- elämänhallintaa ja ajanjäsentämistä tukevien keinojen käyttö:
 - muistilaput
 - kalenterointi
 - viikko-ohjelma
 - muistutussoitot
- yksilölliset selkeät ohjeet
- riittävät toistot
- puheen selkeys
- asia kerrallaan
- huomioi kuntoutujan keskittymiskyky
- kognitiivinen kuntoutus

Terveydenhoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve terveeseen elämään ja eliniän odotteen saamiseen ylöspäin. Sairaanhoidaja voi seuraavana olevan hoitotyötoimintojen yhteenvedon keinoin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto terveydenhoitoon liittyvistä hoitotyötoimista

- puheeksiottaminen
- muutostarpeen osoittaminen
- terveydenhoitaminen kokonaisvaltaisesti
 - silmät
 - korvat
 - suu
 - gynekologi/ urologi
 - jalat
 - ajantasainen lääkelista
- motivointi, toivo, rehellisyys
- realistiset tavoitteet
- ennaltaehkäisy
- terveellisten elämäntapojen tukeminen
- säännölliset kontrollit
 - paino
 - verensokeri
 - verenpaine
 - rasva-arvot
 - ekg
 - keuhkokuvat
 - verenkuvat/ lääkepitoisuudet
- kotiapteekki
 - välineet (laastari, kuumemittari, ym)
- kuume- ja kipulääkkeet
- terveyttä tukevat vertaisryhmät
- terveyteen liittyvät yhteystiedot saatavilla
- riittävät tiedot omasta sairaudesta, oireista ja hoidosta
- riittävät keinot kivun arvioimiseen
 - kipumittarit

Syöminen ja juominen

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve monipuoliseen ja terveelliseen ravintoon sekä ravinnon hankkimiseen ja valmistamiseen. Sairaanhoidaja voi seuraavana olevan hoitotyötoimintojen yhteenvedon keinoin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto syömiseen ja juomiseen liittyvistä hoitotyötoimista

- suun ja suoliston terveys
- vatsan toiminta

- tunnesyömisen huomiointi ja siihen puuttuminen
- syömisen ja kuluttamisen tasapainottaminen
- ruokakolmio ja lautasmalli kuntoutujalle itselle
- ravintosuositukset
- kaupassa käynnin ja oikeanlaisen ravinnon ostamisen opettelu
- kauppalista ja rahojen riittävyyden säätely
- erilaisten ruokapaikkojen hyödyntäminen
 - klubitalot
 - työttömien ruokailu
- ruuanvalmistuksen opettaminen ja ohjaus
- ruokarytmi

Liikkuminen

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve oikeanlaiseen ja terveelliseen liikkumiseen sekä liikuntakyvyn ylläpitämiseen. Sairaanhoidtaja voi seuraavana olevan hoitotyötoimintojen yhteenvedon keinoin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto liikuntaan liittyvistä hoitotyötoimista

- liikuntapiirakka ja liikuntasuositukset käyttöön
- yhdessä liikkuminen ja aloittamisessa tukeminen
- motivointi ja arviointi
- ohjaus oikeanlaisiin ryhmiin
- realistiset tavoitteet
- liikunta ahdistuksen ja masennuksen hoitona
- painonhallinnan tukeminen
- oikeanlainen ohjaus
- liikkuvuuden ja lihaskunnon ylläpito
- liikuntakortit säännöllisen liikunnan tukemiseksi
- positiivinen palaute
- oikean liikuntamuodon valinta
- liikuntaresepti

Hygienia

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve hyvään hygieniaan ja oikeanlaiseen vaatetukseen. Sairaanhoidtaja voi seuraavana olevan hoitotyötoimintojen yhteenvedon keinoin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto hygieniaan liittyvistä hoitotyötoimista

- puheeksi ottaminen ja osoittaminen
- hygienian hoidon opettaminen
- tarvittavat välineet
- käsihygienia
- suunhoito

- vaatehuollon opettelu
- sään mukaisen pukeutumisen ohjaus
- vaatehankinnat

Unihygienia

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve riittävään ja säännölliseen uneen. Sairaanhoidaja voi seuraavana olevan hoitotyötoimintojen yhteenvedon keinoin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto unihygieniaan liittyvistä hoitotyötoimista

- vuorokausirytmä ja sen merkityksen ohjaus
- tiedon antaminen uneen vaikuttavista tekijöistä
- ravitseminen
- liikkuminen
- päivänsisältö
- oikeanlaiset olosuhteet
- lääkehoitoon ohjaaminen
- hyvien rutiinien tukeminen
- unipäiväkirja

Riskikäyttäytyminen

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve terveellisiin elämäntapoihin ja terveelliseen elämään. Sairaanhoidaja voi seuraavana olevan hoitotyötoimintojen yhteenvedon keinoin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto riskikäyttäytymiseen liittyvistä hoitotyötoimista

- puheeksi ottaminen ja tiedonanto
- rehellisyys ja luottamuksellisuus
- vaikutuksien osoittaminen
- motivointi ja kannustus
- realistiset tavoitteet
- lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
- lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen
- hyödyistä ja haitoista puhuminen ja listaus
- dosetti, annosjakelu
- pelisäännöt
- päihteettömyys
- ongelmanratkaisukeinoja päihteiden tilalle
- tupakanpolton lopettamisen tai vähentämisen tukeminen
 - korvausvalmisteet
 - tukiryhmät

- itsemurhariskin huomioiminen
 - puheeksi ottaminen
 - voimavaralähtöinen ajattelu
 - lista varomerkeistä ja toimintaohjeita
- itsehoidon arviointi
- vastuuttaminen ja sen tukeminen

Sosiaalinen hyvinvointi

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve tunteiden ilmaisuun, ihmissuhde- ja vuorovaikutussuhteisiin, seksuaalisuuteen ja terveeseen itsetuntoon. Sairaanhoidaja voi seuraavana olevan hoitotyöntöimintöjen yhteenvedön keinoiin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvistä hoitotyöntöimistä

- yhteisen kielen etsiminen
- sosiaalisen kanssa käymisen opettaminen ja tukeminen
- turvallisen ilmapiirin luominen
- mielipiteiden ja tunteiden ilmaisun opettaminen ja tukeminen
- hyvientapöjen mukaisten käyttäytymissääntöjen opettaminen
- kommunikaation tukeminen lähiverkoston kanssa
- erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin hakeutuminen
- vertaistuen käyttö
- seksuaalisuuden puheeksi ottaminen
- seksuaaliterveyteen liittyvä ohjaus
- yhdessä tekeminen ja läsnäölo

Yhteiskuntaan osallistuminen ja taloudenhoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve yhteiskunnan osallisuuteen, tarpeellisuuteen, turvallisuuteen sekä mielekkääseen tekemiseen arjessa. Sairaanhoidaja voi seuraavana olevan hoitotyöntöimintöjen yhteenvedön keinoiin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto yhteiskuntaan osallistumiseen ja taloudenhoitoon liittyvistä hoitotyöntöimistä

- voimavarojen ja taitöjen kartoitus
- ammatillisen osaamisen huomiointi
- taitöjen käyttöön rohkaisu
- mielekkään toiminnan etsiminen arkeen
 - opiskelu
 - työ
 - harrastus
- toiminnan käyttö sairaudenoireiden lievittämiseen

- yhdessä yhteiskuntaan jalkautuminen
- lehtien ja internetin käyttö toiminnan löytämiseksi
- yhteiskunnan palveluiden käyttämisen opettelu
- yhteiskuntataitojen opettaminen ja harjoittelu paikanpäällä sekä verkossa
 - pankki
 - virastot
 - julkisten kulkuneuvojen käyttö
- taloudenhallinnan opettelu ja tarvittavien tukien piiriin ohjaaminen

Turvallisuus

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve turvallisuuden tunteeseen ja turvalliseen ympäristöön. Sairaanhoidaja voi seuraavana olevan hoitotyötoimintojen yhteenvedon keinoin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto turvallisuuteen liittyvistä hoitotyötoimista

- toimintasuunnitelma psyykkisenvoinnin huononemisen varalle
- kodinriskitekijöiden huomioiminen ja minimoiminen
- sähkölaitteiden turvallisen käytön ohjaus
- tarvittavat hankinnat paloturvallisuuteen ja vakuutuksiin liittyen
- turvallisuuden tunteen lisääminen
 - tukiverkoston lisääminen ja ylläpito
 - ystäväpalvelut, kerhot, tietokone
 - asioista puhuminen

Kodinhoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve kodin- ja taloudenhoidon ylläpitoon. Sairaanhoidaja voi seuraavana olevan hoitotyötoimintojen yhteenvedon keinoin tukea mielenterveyskuntoutujan tarpeeseen pääsyä.

Yhteenveto kodinhoitoon liittyvistä hoitotyötoimista

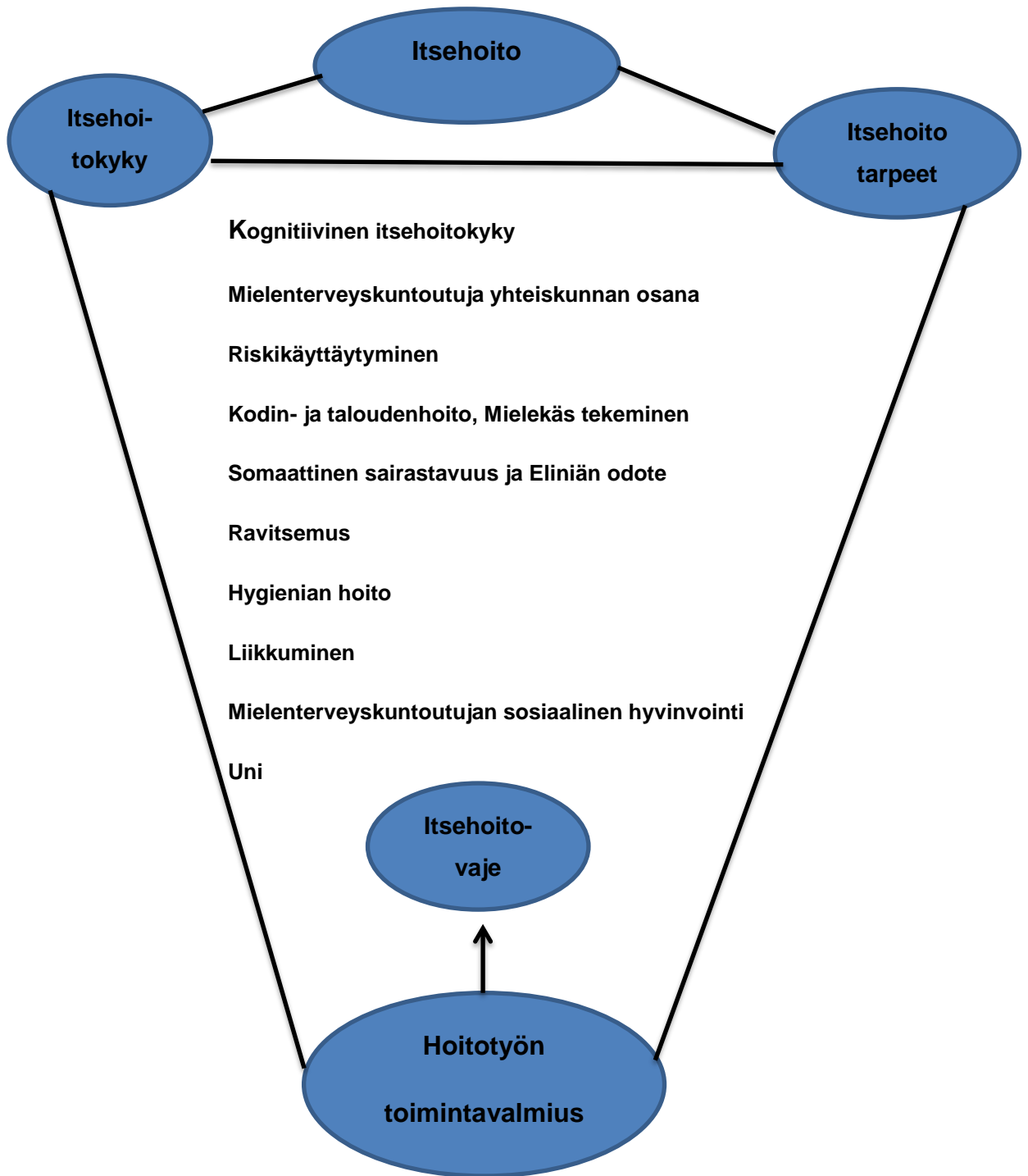
- kodinhoidollisten taitojen opettaminen ja harjoittelu
- kuntouttava työote voimavarat huomioiden
- kirjalliset/kuvalliset ohjeet
- siivouspäivä
- siivouspalvelu tarvittaessa

11 TOIMINTAMALLIN LAADINTA

Toimintamalli on kasattu Oremin itsehoitoteorian kaavioita mukaillen. Malli alkaa kuvalla (ks. kuva 7), jossa on esitetty Oremin hoitotyön käsitteellisen viitekehysten muodossa keskeiset osa-alueet mielenterveyskuntoutujan arjesta. Kuvan keskellä näkyy mielenterveyskuntoutujan itsehoitokykyyn haastetta tuovat osa-alueet. Kuvan alla näkyy hoitotyön toimintavalmiuden osa-alueita.

Mallin alussa käydään läpi hoitotyön kolme tasoa, joilla kuntoutusta tehdään. Ensimmäisenä kerrotaan mielenterveyskuntoutujan itsehoitotarpeet. Tarpeiden jälkeen kerrotaan mielenterveyskuntoutujan itsehoitokyky ja -vajeet. Viimeinen osio on hoitotyön toimintavalmius. Itsehoitotarpeita, -kykyä ja -vajeita sekä hoitotyön toimintoja tarkastellaan yhtenäisin otsikoin. Malli on koostettu lukujen 8 ja 10 yhteenvedoista.

Tarkoituksena on esitellä työ Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisen yhdistys ry.:n kotikuntoutuksen työn tekijöille heidän henkilöstönsä tapaamisessa 4.5. klo 8.15-10.00. Päivämäärä on sovittu työelämän ohjaajan kanssa.



Kognitiivinen itsehoito

Terveydenhoito

Syöminen ja juominen

Liikkuminen

Hygienia

Unihygienia

Riskikäyttäytyminen

Turvallisuus

Kodinhoito

Sosiaalinen hyvinvointi

Yhteiskuntaan osallistuminen sekä kodin ja taloudenhoito

kuva 7. Toimintamallin kuvio

12 POHDINTA

12.1 Tulosten tarkastelua, johtopäätökset

Työn ja saatujen tietojen perusteella kuntoutujan yksilöllinen kognitiivinen itsehoitokyky on tärkein itsehoitokyky kuntoutujalla. Itsehoito taidot ja kyky lisäävät kuntoutujan hyvinvointia (Pellinen 2011, 67). Se on sidoksissa sairastumisikään, joka nousi tärkeäksi tekijäksi sairaanhoitajan ymmärtää ja huomioida. Kognitiivinen itsehoitokyky on pohja muille elämän osa-alueille sekä niiden hallitsemiselle. Sairaanhoitajan on osattava arvioida kuntoutujan kognitiivisia kykyjä jatkuvasti. Hänen on osattava toimia sen mukaisesti liikkumalla hoitotyön perusjärjestelmän tasoilla huomioiden kuntoutujan edistyminen sekä mahdolliset relapsit.

Sairaanhoitajan on ymmärrettävä sairastumisiän merkitys kuntoutujan kognitiivisiin kykyihin. Kun syntynyt kognitiivinen vaje on huomioitu, on sairaanhoitajan mahdollista kuntouttaa kuntoutujaa ja asettaa kuntoutujan kanssa yhdessä realistisia sekä saavutettavia tavoitteita. Kun tavoitteet ovat realistisia ja saavutettavissa pysyy kuntoutujan motivaatio yllä paremmin. Myös onnistumisen kokemukset ja positiivinen palaute pitävät motivaatiota yllä.

Mielenterveyskuntoutujien eliniän odote on muuta väestöä alhaisempi. Soomaattiseen terveydentilaan puututaan vielä liian vähän. Mielenterveyskuntoutujilla on runsaasti epäterveellisten elämäntapojen aiheuttamia sairauksia, joihin sairaanhoitajan tulee osata puuttua ja ennaltaehkäistä. Tässäkin asiassa tulee sairaanhoitajan muistaa opettaa ja ohjata kuntoutujaa hänen kognitiivinen itsehoitokyky huomioiden.

Yksinäisyys ja taloudelliset ongelmat vaikeuttavat arjessa selviytymistä. Toimeentulon heikkous vaikuttaa voimakkaasti mielenterveyskuntoutujan arkeen. Tämän päivän yhteiskunnassa pienituloiset joutuvat tinkimään monista asioista oman terveydentilansa kustannuksella. Usein ruokakori tulee halvemmaksi, kun se sisältää edullisempia, epäterveellisempiä ateriatarvikkeita.

Sairaanhoitajan on muistettava kunnioittaa kuntoutujan itsemääräämisoikeutta, josta on määrätty laissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Hänen on suvaittava erilaisuutta sekä erilaisia tapoja toimia ja hoitaa asioita. Haasteen itsemääräämisoikeuteen tuo kuitenkin ristiriita sairaanhoitajan velvollisuus tehdä työtään. Sama asia tulee vastaan myös muu-

alla hoitotyössä. Missä menee raja itsemääräämisoikeuden ja hoitajan velvollisuuksien välillä, jos ne eivät kohtaa? Kuntoutuja tai potilas on kuitenkin aina jostakin syystä hoidon tai avun tarpeessa ja piirissä. Mikäli sairaanhoitaja kunnioittaa kuntoutujan itsemääräämisoikeutta ja toimii sen mukaisesti, jonka seurauksena tapahtuu jotain, joka olisi ollut sairaanhoitajan estettävissä kuka on vastuussa? Saako sairaanhoitaja syytteen hoitovirheestä tai heitteille jättämisestä?

Itsehoito ja vastuun ottaminen omasta hoidosta kuuluvat tähän päivään. Kotona asuvat mielenterveyskuntoutuja ovat suurimman ajan oman elämänsä ”herroja” ja saavat itse tehdä vapaasti valintoja elämäntapojensa kanssa. Motivaation herääminen itsehoidosta ja vastuunottamisesta on hyvin tärkeää. Tässä on myös yksi sairaanhoitajan työn tärkeä tehtävä. Kotikuntoutuskäynnit voivat toteutua harvakseltaan, joten haasteena on: riittävätkö käynnit motivaation heräämiseksi. On tärkeää ohjata mielenterveyskuntoutujaa matalankynnyksen paikkoihin esim. klubitaloihin, joissa hän saa vertaistukea.

Tämän päivän yhteiskunta asettaa edelleen paljon haasteita myös mielenterveyskuntoutujalle. Hoitoon pääsy ja hakeutuminen eivät ole helppoa. Ihmistä tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti ja sairaanhoitajan tulee kyetä huomioimaan mielenterveyskuntoutuja yksilöllisesti. Mielenterveysongelmat eivät ole yksiselitteisiä ja niiden oirekuvat ihmisillä ovat hyvin yksilölliset. Aihealue ei ole selkeä ja yksiviivainen vaan ihmistä tulee tarkastella hyvin kokonaisvaltaisesti ja kuitenkin niin yksilöllisesti. Eihän ole kahta täysin samanlaistakaan ihmistä.

Somaattinen sairaus ei saa jäädä mielenterveysongelman takia hoitamatta. Kognitiivisten taitojen vajeet vaikeuttavat elämän kuuluvien taitojen hallintaa ja opettelua. Sairaanhoitajalla tulee olla kykyä tai välineitä tiedostaa mielenterveyskuntoutujan kognitiivinen kyky selviytyä arjesta. Tämä tieto ohjaa osaltaan hoitotyön toimintaa sekä rakentaa pohjan itsehoidon toteutuksen onnistumiseksi. Itse sairauden hyväksyminen on vaikeaa, edelleen mielenterveyden häiriöistä kärsivät syrjäytyvät helposti ja kokevat asenteellista kohtelua. Ihmisarvoinen kohtelu on myös mielenterveyskuntoutujan oikeus.

Jalkautuminen yhteiskuntaan yhdessä mielenterveyskuntoutujan kanssa, positiivisuus, voimavaralähtöisyys, sosiaalinen verkosto ja vertaistuen merkitys olivat asioita, jotka nousivat kuntoutumisen kannalta merkityksellisinä esiin aikaisempia tutkimuksia lukiessamme.

Kuntoutuminen on sosiaalisten vuorovaikutuksen harjoittelua, elämäntaitojen opettelua ja elämään kuuluvan sisällön etsimistä niin harrastusten, opiskelun kuin työn piirissä. Mielenterveyskuntoutujat ovat edelleen helposti väliinputoajia ja syrjäytyneitä. Näennäisesti asenteet ovat muuttuneet myönteisesti ja hyväksymme erilaisuutta. Mikä onkaan totuus arki elämässä? Meillä on siis sairaanhoitajinakin työssämme paljon tehtävää. Sairaanhoitajina meidän tulee ottaa rohkeita askeleita kohti uutta hoitokulttuuria kohden.

Hoitamisen kenttä tulee olemaan yhä useammin ihmisen oma lähiympäristö. Hoitamiseen ei ole siis yhtä oikeaa mallia ja tapaa, siinä on aina mukana niin sairaanhoitajan oma persoonallisuus kuin hoidettavan arvokas ihmisyyys. Sairaanhoitajia on rohkaistava käyttämään luovuutta ja kannustettava rikkomaan rajoja. Yksi tapa sopii toiselle ja toinen tapa hyödyntää toista. Tutkitun tiedon hyödyntäminen sairaanhoitajan työssä on tänä päivänä ammatillisesti hyvin tärkeää. Jatkuva kouluttautuminen ja ammattitaidon ylläpitäminen on laadun kannalta tärkeää. Hoitaminen on yhteistyösuhde, ja pohjana on näyttöön perustuva tieto, tuloksellisuuden toteutumiseksi on kyettävä perustelemaan asiat mielenterveyskuntoutujalle. Työn ote voi usein olla myös yksintyöskentelyä, joten turvallisuustekijät mietityttivät myös meitä. Työhyvin voinnista ja työntekijöiden jaksamisesta on niin työnantajan kuin työntekijän itsekkin pidettävä huoli.

12.2 Kehittämistyön luotettavuuden ja eettisyyden arviointia

Kehittämistyöstä tehtiin sopimus yhteistyötahon, koulun ja opiskelijoiden kesken. Yhteistyön tahon kanssa olemme tehneet yhteistyötä säännöllisesti. Heiltä olemme saaneet kannustavaa palautetta prosessin erivaiheissa. Kehittämistyötä tehdessä olemme toimineet rehellisesti, tarkasti ja tieteellisiä käytäntöjä noudattaen.

Ennen hakuja teimme sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joita noudatimme hakuja tehdessä. Mukaan otettiin vain korkealaatuisia lähteitä ja tutkimuksia (ks. luku 2, kuva 1). Ennen tutkimuksien mukaanottoa molemmat lukivat löydetyt tutkimukset, jonka perusteella teimme valinnan mukaanotosta. Valittujen lähteiden parissa työskentelimme niin yksin kuin yhdessä, joka lisää luotettavuutta. Tutkimustaulukkomme tutkimusten ja kirjallisuuden avulla on ollut tarkoitus koota tietoa mielenterveyskuntoutujan itsehoitotarpeesta, -kyvystä ja hoitotyötoiminnasta hyvin kokonaisvaltaisesti. Valitut tutkimukset ovat antaneet paljon uutta tietoa.

Hoitotyön ammattilaisina meidän piti käydä useita keskusteluja, siitä ettemme tuo työhön liian subjektiivista näkemystä. Kaikesta hoitotyön koulutuksesta ja ”hiljaisesta tiedosta” on arjessa hyötyä. Tässä tapauksessa kuitenkin tiedon piti olla näyttöön perustuvaa ja tutkittua, mikä osoittautui ajoittain haasteelliseksi. Haastetta on lisäksi tuonut toisen meistä työskentely mielenterveys-työssä, minkä takia keskustelut objektiivisuudesta ovat olleet tärkeitä. On ajoittain helpompaa tehdä puolueettomasti töitä ja etsiä tietoa, kun ei ole kokemusta mielenterveyskuntoutujien hoidosta. Aiheen mielenkiintoa on korostanut oma aito kiinnostus.

Luotettavuutta saattaa alentaa, ettemme hakusanoillamme välttämättä löytäneet kaikkia aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita. Monitieteellisyyttä olisi voinut olla enemmän. Lisäksi mukaan otettiin vain suomen ja englanninkielisiä lähteitä, jolloin ulkopuolelle on jäänyt joitakin merkityksellisiä tutkimuksia.

Emme täysin pysyneet aikataulussa, koska aihealueena työ oli laaja ja vaati enempi työtä kuin ajattelimme. Sisällönanalyysin tekeminen oli mielenkiintoista ja aikaa vievää. Mielenterveyskuntoutujan hoitotyöhön kuuluu paljon tärkeitä osa-alueita ja rajaamisen ongelmat nousivat esiin työn toimintamallia ajatellen.

12.3 Kehitämisaikajatuksia

Mielenterveyskuntoutujien hoitokenttä on hyvin moni-ilmeinen ja toimijoita on hyvin paljon. Kotikuntoutuksen saralta on paljon tutkittavaa. Yhtenä asiakokonaaisuutena mietittiin kotikuntoutuskäyntien sisällöllistä tarkastelua. Sisällöt pohjautuvat tavoitteisiin, mutta työntekijöinä on eri koulutuspuhjan omaavia ohjaajia. Yhtenäisiä käytäntöjä, työ- ja arviointitapoja laadulle tulisi kehittää koko ajan. Toimintamallia voivat työntekijät käyttää ymmärtääkseen mielenterveyskuntoutujan haasteita arjessa.

Työntekijöiden omaa kokemusta valmiuksista kotikuntoutustyöhön oman koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella voisi myös kartoittaa. Saadun tiedon perusteella lisäkoulutuksen tarve nousee esille, jonka myötä työn tekemisen laatukin nousee.

Asiakkaan oma mielipide ja kokemus omasta tilanteesta ovat tärkeitä. Samoin tärkeitä ovat saatujen tulosten hyödyntäminen ja vieminen käytäntöön. Kyselyjä tehtäessä toistuvasti on tärkeää miettiä sekä kriittisesti arvioida niiden tarkoitusta ja sisältöä. Kokonaisvaltaisuuteen kuuluu myös lähiverkoston ja omaisten huomioiminen, joten kehittämistyöhön tulee ottaa heidätkin aktiivisesti mukaan.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. 2013. 1.-3.painos. Kliininen hoitotyö Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Sanoma Pro Oy.
- Alila, A. 2011a. Tupakoinnin lopettamisen tukeminen. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.-6. painos. toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 728–729.
- Alila, A. 2011b. Tupakoinnin vieroitushoidot. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.-6. painos. toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 730.
- Eack, S., Hogarty, G., Cho, R., Prasad, K., Greenwald, D., Hogarty, S., Keshava, M. 2010. Neuroprotective Effects of Cognitive Enhancement Therapy Against Gray Matter Loss in Early Schizophrenia. Results From a 2-Year Randomized Controlled Trial. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(7):674-682. Saatavissa: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210837> [viitattu: 23.3.16]
- Edelson, D. C. 2002. Design research: What we learn when we engage in design. Journal of Learning Science, 11, 105 – 121. Saatavissa: <https://www.cs.uic.edu/~i523/edelson.pdf> [viitattu:29.12.2015]
- Forsbacka, J. & Nousuainen, A. 2011. Lääkehoitoon sitoutuminen. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.-6. painos. toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 722.
- Harjoitukset. Suomen mielenterveysseura. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/harjoitukset> [viitattu: 23.3.16]
- Heikkilä, A., Jokinen, P., Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. 1. painos. WSOY.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). Toiminnanohjaus. Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/foniatria/lapsen_neuropsykologinen_arvio/toiminnanohjaus/Sivut/default.aspx [viitattu 23.3.16]
- Henkilötietolaki. 12.4.1999/523.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. Skitsofrenia. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. 13.9.2014. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148 [viitattu 21.12.15]

Jeglinsky, I., Karhula, M., Autti-Rämö, I. Kuntoutusprosessi kuntoutujan arvioimana. 2013. Kuntoutus -lehti 4/2013. Saatavissa:

http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2013/jeglinsky-karhula-auttiramo.pdf [viitattu 15.3.16]

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2011) Kuntoutuksen perusteet: näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro

Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen- kotisivut. Saatavissa: www.kakspy.fi [viitattu 8.1.2015].

Kalakoski, V. 2009. Pieni muistikirja. Työterveyslaitos. Helsinki.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen Yliopistopaino Oy- Juvenes Print.

Karvonen, M., Peltola, M., Isohanni, M., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lehtinen, K., Hella, P., Häkkinen, U. Perfect- Skitsofrenia, skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2008.

Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75719/T8-2008-VERKKO.pdf?sequence=1> [viitattu 21.12.15]

Kettunen, O. Effects of physical activity and fitness on the psychological well-being of young men and working adults: associations with stress, mental resources, overweight and workability. 2015. Saatavissa:

<http://www.doria.fi/handle/10024/103576> [viitattu 27.2.16]

Kivimäki, M., Lawlor, D., Singh-Manoux, A., Batty, D., Ferrie, J., Shippley, M., Nabi, H., Sabia, S., Marmot, M., Jokela, M. Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective White-

hall II cohort study. 2009. Saatavissa:

<http://www.bmj.com/content/339/bmj.b3765.abstract> [viitattu 24.2.2016]

Koskisuu, J & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2011a. Kivun arviointi. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.-6. painos. toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 592.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2011b. Lääkkeenanto kotihoidossa. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.-6. painos. toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 722.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kylmänen, P. & Inkinen, M. 2011. Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen ja lyhyt-neuvonta (mini-interventio). Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.-6. painos. toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 730–733.

Kymenlaakson aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut 2012. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti julkaistu 11.5.2013. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/kymenlaakso.pdf/9f57175a-792b-441f-b542-a9e9ec020844> [viitattu 11.10.2015].

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3–12.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37–45.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laukkala, T., Tuisku, K., Fransman, H. & Vormaa, H. 2015. Työikäisten mielenterveys-kuntoutus. Suomen Lääkärilehti 21/2015, 1508-1513.

Liikunta ehkäisee tyypin 2 diabetesta. 2014. Edellinen muokkaus: 3.12.2014. UKK-instituutti. Saatavissa:

http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_sairaudet/tyypin_2_diabetes [viitattu 21.12.15]

Lääketietokeskus. Lääkehoitoon liittyvät laboratoriotutkimukset. Saatavissa: <http://www.laaketietokeskus.fi/laaketieto/tietoa-laakkeista-ja-terveydesta/laakehoitoon-liittyvat-laboratoriotutkimukset> [viitattu 23.3.16]

Marriner-Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. 3. painos. Suomentanut Viitanen, R. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy

Mielen hyvinvointi: Mielen terveyden voimavaroja voi vahvistaa. 2014. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Päivitetty 30.9.2014. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi> [viitattu 15.3.2015].

Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishanke 2012–2015. Ympäristöministeriö. Julkaistu 10.2.2015. Saatavissa: http://www.ym.fi/fi-FI/Asuminen/Ohjelmat_ja_strategiat/Mielenterveyskuntoutujien_asumisen_kehittamishanke_20122015 [viitattu 12.4.2015]

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuositus. 2007. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Päivitetty 30.7.2015. [viitattu 11.2.2016]

Mielenterveystalo.fi. HUS. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx> [viitattu 23.3.16]

Miten voit. Suomen mielen terveysseura. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielen-terveys/harjoitukset> [viitattu 23.3.16]

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. 2014. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. Saatavissa: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG178/chapter/Patient-centred-care> [viitattu 3.3.16]

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveyden huollossa. Vammalan kirjapaino oy: Tammi/Hygieia

Nordic nutrition recommendations. Norden. 2013. Saatavissa: <http://www.norden.org/en/theme/nordic-nutrition-recommendation> [viitattu 27.2.16]

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. 10.painos. WSOYpro Oy

Nykänen, P. & Junntila, K. (toim.). 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 40/2012. Saatavissa:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1 [viitattu 23.3.16]

Pelastuslaki. 24.9.2011/379

Pulkkinen, S. & Vesalainen, P., 2011. Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.-6. painos. toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 606–607, 610

Qvick, L. 2011. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.-6. painos, toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 764–765.

Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki. Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Rautavaara-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1. painos. Sanoma Pro Oy.

Roper, N. Logan, W.W. & Tierney, A.J. 1992. Hoitotyön perusteet. Suomenos: Eila Sandborg. Helsinki: Kirjayhtymä.

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu 25.11.15]

Skitsofrenia. 2015. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Päivitetty 22.1.2015. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050> [viitattu 21.12.2015].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Näkökulmia mielenterveys kuntoutukseen. Saatavissa: <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/handle/10024/111270> tai <http://lib.thl.fi:2345/http://lib.thl.fi:2345/lib4/src?PBFORMTYPE=01002&TITLEI T=29879&PROFILESET=FIN&DATABASE=1&DEPARTMENT=&SORT=6&MA=50&FMX=&FILETYPE=HTML&PL=0> [viitattu 26.10.2015]

Sundman, E. 2011a. Potilasasiakirjat. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.-6. painos., toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 755.

Sundman, E. 2011b. Potilaan oikeus hoitoon. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.–6. painos., toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 754.

Sundman, E., 2011c. Potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus sekä velvollisuudet. Duodecim. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5.–6. painos., toim. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M., 754.

Suomen klubitalot ry. Saatavissa: http://www.suomenklubitalot.fi/?page_id=50 [viitattu 23.3.16]

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Terveyskirjasto. 2015. Leponex. (far11760) Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=far11760 [viitattu 23.3.16]

Tilastokeskus. 2015. Itsemurhat. Valtioneuvoston kanslia. Päivitetty 30.12.2015. Saatavissa: <http://www.findikaattori.fi/fi/10> [viitattu 15.3.16]

Toivakka, S., Maasola, M. & Junnila, M. 2011. Itsetunto kohdalleen! Harjoituksia itsetuntemuksen ja vuorovaikutustaitojen oppimiseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Toivio, T. & Nordling, E. 2011. Mielenterveyden psykologia. 1.-2.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

UKK-instituutti. Liikuntapiirakka. 2014. Muokattu 5.6.2015. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka> [viitattu 27.2.16]

UniKlubi. Unihygienia. Saatavissa: <http://www.uniklubi.fi/tietoa-uniapneasta/vinkkejä-potilaille/696-2/> [viitattu 9.3.16]

Valtion ravitsemus neuvottelukunta. Suomalaisten ravitsemussuosittelujen lähtökohtana on suomalaisten terveys ja kansallinen ruokakulttuuri. 2014. Saatavissa:

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/suomalaiset+ravitsemussuositukset/> [viitattu 27.2.16]

Vammaispalvelujen käsikirja. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Päivitetty 25.9.2015 Saatavissa: <https://www.thl.fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja> [viitattu 11.2.2016]

Vuorilehto, M. Larri, T. Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveys. Helsinki: Edita Prima Oy

”Yhdessä enemmän” Mielenterveyden keskusliiton vuosikertomus 2014 Saatavissa: http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2015/04/MTKL_Vuosikertomus_2014_v4.pdf [viitattu 11.10.15]

Tekijä, työn nimi, vuosi, mistä löydetty	Tarkoitus, tavoite	Menetelmä	Otos	Keskeiset tulokset
Kähärä, Kirsti. Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa. Väitöskirja, tutkimus Tampereen yliopisto 2015	Verkostotyönmallin luominen kehitystyönä perusterveydenhuoltoon ja sosiaalihuollon mielenterveyspalveluihin	Kyselytutkimus	Kolmelle kohderyhmälle (väestö, kuntapäättäjät, sos ja terv.henkilöstö) yht.1791 hklö	-Väestön mielestä hoitovastuu kuuluu yhteiskunnalle eniten - Ennaltaehkäisyyn ja hoidon onnistumiseen tarvitaan riittävät resurssit ja oikea aikaisuus - Palvelujärjestelmää tulee kehittää ja yhteistyötä kohderyhmien välillä lisätä ja kehittää
Kuusisto, Mari. Psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan elämänhallintaa vahvistavat ja heikentävät tekijät. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. 2009.	Tarkoitus kuvata psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan elämänhallintaa, vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä. Tuottaa tietoa jota voidaan hyödyntää mielenterveyspotilaiden hoitomallien luomisessa.	Laadullinen tutkimus, teema-haastattelu	Yhdeksän psykiatrista potilasta, 5 miestä, 4 naista	- Elämänhallintaa vahvistavia tekijöitä ovat säännöllisyys elämässä, positiiviset kokemukset, ihmissuhteet, vuorovaikutus -Heikentäviksi koettiin epäonnistumiset, sairauden oireet, ihmissuhteet, vuorovaikutus
Lääti, Soile. Sosiaalinen hyvinvointi mielenterveys-	Tavoitteena on selvittää mistä sosiaalinen hyvinvointi ra-	Laadullinen (kvalitatiivinen) tutkimus, teema-	Koostuu 23:sta 21-68- vuotiaan mielen-terveyskuntoutujan haastattelusta, jotka	-Sosiaalinen hyvinvointi rakentui elämänsisällöstä,

<p>kuntoutujan elämässä. Pro gradu-tutkielma, Helsingin yliopisto. 2013</p>	<p>kentuu, määritty, sekä tuetaan yhteiskunnassa mielenterveyskuntoutujan ihmisarvoa ja tasa-arvoisuutta</p>	<p>haastattelu</p>	<p>jaettu kahteen ryhmään vertaillakseen eri-ikäryhmien kokemuksia. Itä-Uudenmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys.</p>	<p>ihmissuhteista, omasta tarpeellisuudesta -Hyvinvoinnin toteutumiseksi: riittävästi mielekkäitä toiminta ympäristöjä, tukea sosiaalisten verkostojen rakentumisesta - Osallisuuden ja vaikuttamisen kokemuksen lisääminen omassa elämässä ja yhteiskunnassa</p>
<p>Remes, Linnea Liikunnasta elämäniloa ja energiaa masennusta kokevien nuorten aikuisten liikuntakurssin suunnittelu, toteutus ja arviointi. Pro gradu – tutkielma, Jyväskylän yliopisto. 2013.</p>	<p>Suunnitella ja toteuttaa liikuntakurssi masennusta kokeville nuorille aikuisille. Arvioida sen onnistumista ja kokemuksia. (liikunnan ja mielenterveyden yhteys)</p>	<p>Toimintatutkimus, havainnointi ja teema-haastattelu</p>	<p>naista</p>	<p>-Liikuntatuokiot auttoivat jaksamaan ja kohensivat mielialaa -Lyhyt jakso ei auttanut pitkempia aikaväliä -Ei lisännyt omatoimista liikkumista -Lajien oltava helppoja ja miellyttäviä -Aika-taulu oltava selkeä ja kirjallinen, ilman vaihtoehtoja -Hyvä motivointi</p>
<p>Terveys 2011-tutkimus, Terveys, toi-</p>	<p>Tutkittiin kohderyhmän terveyden, hyvin-</p>	<p>Terveystarkistus, kysely</p>	<p>tutkimukseen kutsuttiin elossa olevat Terveys 2000 -</p>	<p>-Pyykkökuormittavuus oli naisilla</p>

<p>mintakkyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)</p>	<p>voinnin ja toimintakyvyn muutoksia</p>		<p>tutkimukseen 11 vuotta aiemmin kutsutut, väestöä edustavat henkilöt.</p>	<p>yleisempää kuin miehillä -Väestön koettu mielenterveys kehittyneen myönteisempään suuntaan -Masennus yleisempää suomessa kuin muissa maissa (9,6%)</p>
<p>Suominen. K, Kronqvist. K, Karjalainen. K, Husma. K, Kattila-Keso. L, Haanpää. M. Johtaako masennuksen huono hoito eläkkeelle?. SLL 4/2013 232–236.</p>	<p>Tavoitteena selvittää minikälaista hoitoa masennusdiagnoosilla työkyvyttömyyseläkeetuuksia hakevat potilaat ovat saaneet masennustilaansa.</p>	<p>Aineisto analysoitiin käytämällä suorijakaumia, ristiintaulukointia, t-testiä, logistista regressioanalyysiä</p>	<p>Eläkevakuutus Eterasta hakeneet masennustilan tai toistuvan masennuksen takia kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä. 79kpl. 41 M, 38 N. Keski-ikä 40v</p>	<p>-2/3 oli syönyt vain yhtä Käypähoito suosittelusta suosittelun masennuslääkettä. -Masennuksen hoitoa tulee huomattavasti aktivoida ja varhentaa -Harkita ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä eläkkeensijasta</p>
<p>Saxen. U, Lampela. M, Elo. T, Nevalainen. M, Haapasalo-Pesu. K-M, Korkeila. J. Psykiatrista avohoitoa tehostettu Satakunnasta SLL 6/2014 vsk 69</p>	<p>Valtakunnallisesti painotetaan avohuoltoa ensisij. Hoitom. Satakunnassa oltu sairaala-painotteisia ja jaksot pitkiä. Kuvataan shp:n toteuttamaa uudistusta vuode-</p>	<p>Ensin kerättiin tietoa osastoilla hoidettujen lukumääristä, hoitajista ja jaksosten lukumääristä ja osastojen kuormitusprosentista vuodelta</p>	<p>50 tehostetun avohuollon yksikössä hoidettua potilasta, k-i 34v. N 58%, M 42%.</p>	<p>-Kolmessa kuukaudessa potilaiden elämänlaatu parani kliiniksessä seurannassa merkittävästi - Sairaalaapaikkojen väheneminen onnistuu ilman</p>

	osastojen muuttamisesta tehostetun avohoidon tarjoajiksi ja ensivaiheen tietoa kokemuksista	2010 ja avohuollon toimintojen ensimmäiseltä koko vuodelta 2012. Osana suurempaa seurantatutk. Selvitettiin myös elämänlaatua 15D-lomakkeella ja masennusta 21-kohtaisella Beckin kyselyllä sekä päihteiden käyttöä AUDIT 5- mittarilla		hoidon vaarantamista, kun tilalla on monipuolisia avohoidon palveluita -Tulokset tehostetun avohuollon yksikössä hyviä. Uutta toimintaa ja sen onnistumista arvioitava kriittisesti, säännöllisesti ja riittävästi usein.
Mieli 2009 - projekti Mieli 2009 - työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015	Suunnitelman lähtökohtana on mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys. Suunnitelma linjaa ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyötä yhdessä valtakunnallisella tasolla.			- Suunnitelmas- sa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä ja ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohoitopalve-

				<p>luja.</p> <p>-Uusia keskeisiä linjauksia ovat matalakynnyksinen yhden oven periaate hoitoon tullessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen</p> <p>-Asiakkaalla on oltava käytettävissään monimuotoisia avohoitoa tukevia palveluita, joita tuottavat julkisen sektorin ohella myös kolmas ja yksityinen sektori</p> <p>kärsivien kuntoutuksen tulee olla monimuotoista ja sen tulee olla osa hoitoprosessia</p> <p>-Selkeä velvoite laaja-alaisesta ja monisektoriaalisesta yhteistyöstä sekä asiakkaan ja hänen lä-</p>
--	--	--	--	--

				<p>heistensä osallistamisesta tulee sisällyttää hoito- ja kuntoutussuunnitelmista valmistettavaan säännökseen.</p> <p>-Kuntoutuksen kehittämisessä pääpaino on avopalveluissa.</p> <p>-Työelämään pyrkivien mielenterveyskuntoutujien työllistymisedellytysten arviointia tulee kehittää</p>
<p>Holma, Irina Long-Term Follow-Up Study Focusing on MDD Patients' Maintenance Treatment, Adherence, Disability and Smoking</p> <p>Väitöskirja 2013 Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.</p>	<p>-Tavoitteena oli tutkia masennuslääkityksen ylläpitohoidon toteutumista, kestoja ja ennustetekijöitä</p> <p>Tutkittiin myös hoitoasenteita ja –myöntyvyyttä</p> <p>Tutkittiin myös masennuspotilaiden riskitekijöitä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen suhteen</p>	<p>Tutkittiin puolistrukturoiduin haastattelumenetelmin sekä viiden vuoden seurannassa haastattelulla.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin mm graafista elämänjamenetelmää</p>	<p>Aluksi 806 aikuista potilasta (ikä 20–59 vuotta) masennusoireiden suhteen</p> <p>Tutkimukseen valikoitui seulontavaiheen jälkeen 269 potilasta, jotka täyttivät ajankohtaisen vakavan masennustilan oirekriteerit</p> <p>- Viisivuotisseuranta haastattelut suoritettiin 12.4.2002–27.4.2004 Vantaan psykiatrisilla poliklinikoilla ja HYKS psykiatrian poliklinikalla; 182 potilasta osallistui haastatteluihin</p>	<p>-</p> <p>Hoitomyöntyvyys psykososiaaliseen hoitoon tuli paremmaksi, kun taas lääkehoitomyöntyvyys pysyi samanalaisena</p> <p>-Työssäolo ennusti positiivista asennetta ja laaja sosiaalinen verkosto hyvää lääkehoitomyöntyvyyttä</p> <p>-Yksin asuminen ennusti hyvää hoito-</p>

	-Vakavan masennustilan ja tupakoinnin pitkäaikaisyyteksiä, alkoholihäiriötä mahdollisena sekoittavana tekijänä ja niiden keskinäisiä suhteita ajan kuluessa			myöntyvyyttä psykososiaalisen hoidon suhteen - Tupakointi yleistä - Tupakoivat potilaat erotuivat tupakoinnattomista merkittävästi iän, alkoholihäiriön, persoonallisuudenhäiriön, itsemurhayritysten, temperamentin ja koetun sosiaalisen tuen osalta. - Masennustilalla ja tupakoinnilla oli kummallakin itsenäinen kulku, jonka vaikutukset toisiinsa välittyivät alkoholinkulutuksen kautta.
Laitila, Minna Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä Fenomenografinen lähestymistapa Väitöskirja 2010. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio	Tarkoituksena oli kuvata asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tiedon avulla tukea käyttäjien	Tutkimus toteutui kolmessa vaiheessa: 1) Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden haastattelu 2) työntekijöiden haastattelu ja 3) kuvausmalli-	Haastattelu 27; mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, työntekijät 11, Kuvausmallien muodostaminen	- Asiakaslähtöisyys toteutui kolmella eri tasolla: organisaatioiden asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena ja asiakaslähtöisesti työskentele-

	osallisuutta.	en muodos- taminen asi- akkaan osallisuud- esta ja asiakasläh- töi syydestä		vän ammatti- laisen toimin- tana. - Työntekijöiden mukaan asia- kaslähtöisellä työtavalla oli positiivisia vaikutuksia
Pellinen, Riitta ”Joskus tuntuu kuin eläisin keinuen aalloil- la” Mielenterveys- kuntoutujien kokemuksia sairauden vai- kutuksista ar- keen Pro gradu – tutkielma, 2011 Sosiaalityö Jyväskylän yliopisto Kokkolan ylio- pistokeskus Chydenius	Tavoitteena tutkia mielen- terveyshäiriötä ilmiönä ja sen vaikutusta sai- rastuneen ar- keen.	Kvalitatiivi- nen ja narra- tiivinen tut- kimus. Avoimet haastattelut ja kirjoitetut kirjeet.	5 Kirjettä. 3 Haastattelua	-Suurimmat hankaluudet ja muutokset vuorovai- kutussuhteis- sa -Työkykyyn ja muuhun toi- minnallisuus- teen myös vaikutusta. -Tutkittavista ei kukaan täy- sin työkykyi- nen - Syrjäytymis- riski suuri -Yhteiskunnan asennoitumi- nen kohen- tunut
Ahonen Tiina, Palveluohjauk- sessa olevien mielenterveys- kuntoutujien terveyteen liit- tyvä elämän- laatu. Pro gradu – tutkielma. Itä- Suomen yli- opisto, Kuopio. 2009	Haluttiin selvit- tää palveluoh- jauksessa ole- vien mielen- terveys- kuntoutujien elämänlaatu ja miten palve- luohjaus on yhteydessä mielenlaatuun	teema- haastattelu	10 mielen- terveyskuntoutuj aa	-Palveluohjaus positiivista yh- teydessä mie- lenterveys- kuntoutujan elämänlaatuun -Hyvinvointi lisääntyi, niin psykkinen / fyysinen -Mt- kuntoutujat kokivat käynnit merkitykselli-

				<p>sinä; toi turvaa, apua yksinäisyyteen, tukea kodinhoitoon ja kodin ulkopuoliseen asiointiin</p> <p>-Palveluohjaus mahdollisti itsenäisen asumisen palveluasumisen sijaan; terveyteen liittyvä elämänlaatu parani</p>
<p>Rissanen, Ina Nervous system medications and suicidal ideation and behaviour. The Northern Finland Birth Cohort 1966 Väitöskirja. 2015. Oulun yliopisto.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia hermostoon vaikuttavien lääkkeiden, lähinnä psykoosilääkkeiden, masennuslääkkeiden, bentodiatsepiinien sekä epilepsialääkkeiden, yhteyttä itsetuhoisiin ajatuksiin, itsemurhayrityksiin ja itsemurhiin.</p>	<p>Kerättiin Keulan lääkeostorekisteristä sekä postikyselyn avulla</p> <p>Hopkins Symptom Checklist-25 -kyselyn avulla vuonna 1997. Tieto itsemurhasta kerättiin 15 vuoden seurannassa kuolin syyrekisteristä ja tieto itsemurhayrityksistä hoitoilmoitusrekisteristä.</p>	<p>Pohjois-Suomen vuoden 1966 syntymäkohortissa</p>	<p>-Hermostoon vaikuttavat lääkkeet ovat yhteydessä lisääntyneisiin itsetuhoisiin ajatuksiin</p> <p>-Ovat myös vahvasti yhteydessä muihin masennus- ja ahdistusoireisiin</p> <p>-Tietyt henkilöt voivat kuitenkin olla erityisen herkkiä nimenomaan itsetuhoisille ajatuksille, ja heitä tulisi seurata erityisen tiiviisti.</p> <p>Tällaisia ovat henkilöt, joilla ei ole psykoosia, mutta jotka käyttävät suuria psykoosilää-</p>

				keannoksia, sekä vakavasta unettomuudesta kärsivät henkilöt, jotka käyttävät massenuslääkettä.
Lemola, Leena. Yhdessä Eteenpäin, Kotona asuvien psykoosisairaiden kanssa elävien mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemuksia tuen saannista Pro gradu – tutkielma, 2011 Sosiaalityö Jyväskylän yliopisto Kokkolan yliopistokeskus Chydenius	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotona asuvien jo pidempään psykoosisairauden kanssa eläneiden mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemuksia tuen saannista. Tavoitteena oli hahmottaa kuntoutujien itsenäisessä asumisessa tarvitsemaa tukea sekä myös läheisten tässä tilanteessa tarvitsemaa tukea.	Haastattelut, analysoitiin kahdessa osassa käyttäen aineistolähtöistä laadullista sisällönanalyysiä käyttäen	kuntoutujia (n=9) ja heidän läheisiään (n=6) erikseen. Tutkimukseen osallistuvat kuntoutujat tavoitettiin Helsingin kaupungin avohoidon kautta ja läheiset kuntoutujien itsensä välityksellä	-Tuloksena kuntoutujien aineistosta kahdeksan pääluokkaa, tuen saannista kuvaavat merkitykselliset luokat olivat: 1) Pitkä yhteistyö ammatilaisten kanssa arjessa, 2) Perheen mukanaolo, 3) Oma sosiaalinen verkosto, 4) Koti ja turvattu arki, 5) Sopiva toiminta, 6) Sairauden hallinta, 7) Terveempien elintapojen edistäminen ja 8) Yhdessä tulevaisuuteen suuntaaminen. -Tärkeänä koettiin tukimuotojen yhdistelmää, jossa julkiset palvelut ja muu tuki muodostavat ko-

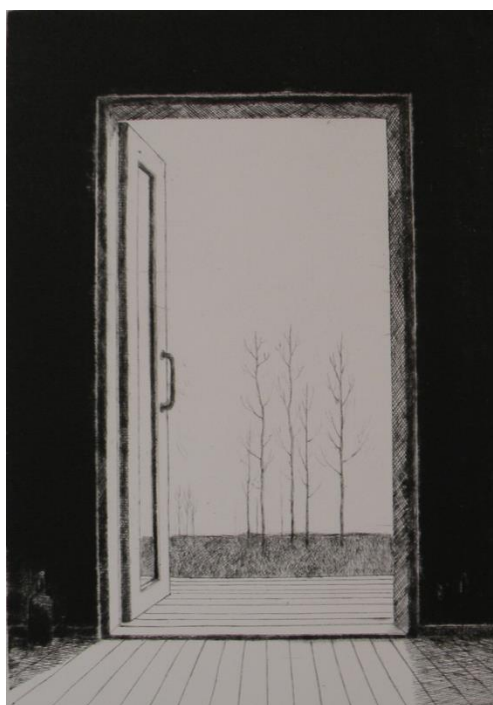
				konaisuuden ,tulevaisuuteen .
Wahlbeck, Kristian. Westman, Jeanette. Nordentoft, Merete. Gissler, Mika. Munk Laurs, Thomas. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorder 2011.	Kolmen Pohjoismaan sairaalassa olevien mielenterveyspotilaiden kuolemansyitä ja elinajan enustetta	Seuranta tutkimus	Tutkimus tehtiin vuosina 1987-2006. Kohderyhmänä olivat mielisairaalassa olleet potilaat. Heidän kuolemansyitä sekä elinajanodotetta tutkittiin tilastoista.	-Jokaisessa kolmessa maassa kuolleisuus oli 2-3 kertaa korkeampi kuin kantaväestöllä. -Positiivisesta suuntauksesta huolimatta, miehillä kuolleisuus oli korkeampaa kuin naisilla, naiset kuolivat 15 vuotta aikaisemmin ja miehet 20 vuotta.
Pitkänen, A. Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards. Väitöstutkimus. 2010. Turun yliopisto	Löytää tekijöitä jotka auttavat skitsofrenia potilaiden elämänlaadun parantamista akuutti psykiatrian osastoilla	Haastatteleminen ja erilaisilla mittareilla. Neljässä vaiheessa.	Vuosina 2005-2007. Vaiheissa 1-3 hoitajia 29 ja potilaita 35. Vaiheessa potilaita 311.	-Potilaat nimesi terveys, perhe, harrastukset, työn tai opiskelun sekä sosiaaliset suhteet tärkeimmiksi elämänlaadun alueikseen -Elämänlaatu oli heikentynyt -Tukevia ja kehitettävät hoitotyön menetelmät: Hoidon suunnitteluun liittyvät, voimaannuttavat, sosiaaliset ja aktivoivat, turvallisuuteen ja

				<p>fyysiseen terveyteen liittyvät hoitotyön menetelmä</p> <ul style="list-style-type: none"> -Potilas operusryhmät parantavat elämänlaatua -Elämänlaadun arviointia tehtävä jokaisessa hoitotyön prosessin vaiheessa.
<p>Heiskanen, Tuula. Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Väitöstutkimus. 2015. Itä-Suomen yliopisto</p>	<p>Selvittää ä 1) metabolisen oireyhtymän esiintyvyys pitkäaikaista skitsofreniaa sairastavilla avohoitopotilailla, 2) metabolisen oireyhtymän esiintyvyys masennuksen vuoksi psykiatrisessa erikoissairanhoidossa hoidetuilla avohoitopotilailla, 3) väestötöksessä masennuksen ja pitkäaikaisen mielenterveysoireiden yhteyttä metaboliseen oireyhtymään ja 4) masennuksen vuoksi psykiatrisessa erikoissairaan-</p>	<p>Kyselytutkimus ja kliininen tutkimus</p>	<p>Sairastavien aineisto (n = 35) koostui psykiatriselta kuntoutusosastolta uloskirjoitetuista potilaista. Masennuspotilaiden aineisto (n = 121) muodostui Kuopion Depressioprojektiin kuuden vuoden ajan osallistuneista potilaista. Masennusta ja pitkäaikaisia mielenterveysoireita selvitettiin pohjoissavolaisen väestötöksen osajoukosta (n = 333), jossa kolme kyselytutkimusta oli toteutettu vuosina 1998, 1999 ja 2001 ja kliiniset tutkimukset vuonna 2005.</p>	<p>-Skitsofrenia- ja masennuspotilaiden sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät on otettava huomioon kokonaisvaltaisesti sairastumisen alusta alkaen.</p> <p>-Metabolinen oireyhtymä ja merkittävä painon nousu saattavat olla yhteydessä masennuspotilaiden huonompaan kliiniseen toipumiseen. Masennuspotilaiden painon nousua tulisi kyetä estämään sen terveyttä vaarantavien tekijöiden vuoksi.</p>

	hoidossa hoidetuilla avohoitopotilailla vähintään 10 %:n painon nousun riskitekijöitä kuuden vuoden seurannassa			
--	---	--	--	--

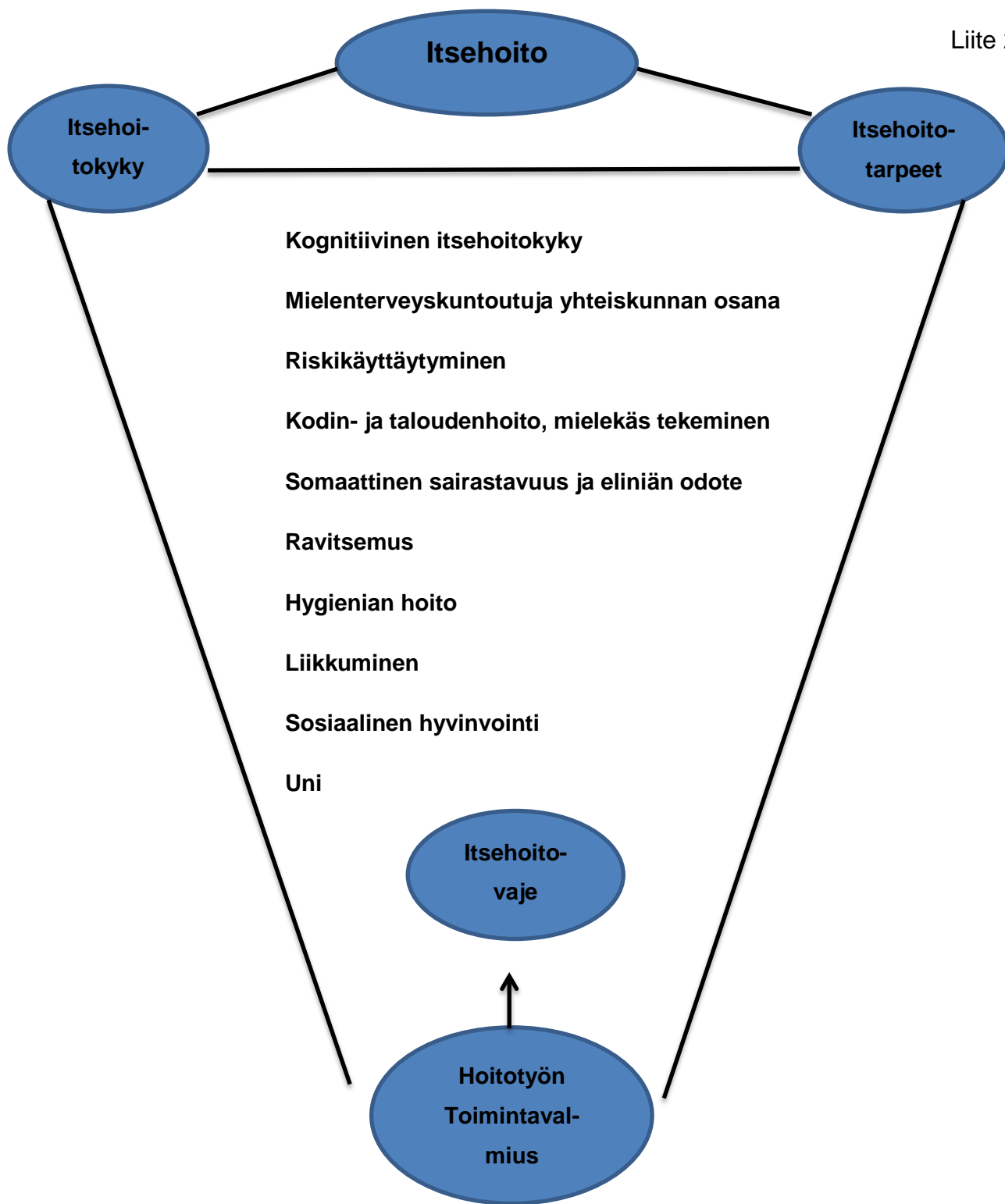
ITSEHOIDON MAHDOLLISUUKSIA KOTIKUNTOUTUKSESSA

TOIMINTAMALLI



Joskus kaikkein pienin askel juuri oikeaan suuntaan saattaakin olla elämäsi suurin. Hiivi vaikka, mutta ota se askel.

-Tuntematon-



Kognitiivinen itsehoito

Terveystenhoito

Syöminen ja juominen

Liikkuminen

Hygienia

Unihygienia

Kodinhoito

Riskikäyttäytymiseen puuttuminen

Sosiaalinen hyvinvointi

Yhteiskuntaan osallistuminen sekä kodin ja taloudenhoito

Turvallisuus

Hoitotyön perusjärjestelmät

Taso 1 Sairaanhoidtaja korvaa kuntoutujan itsehoidon

Taso 2 Itsehoidon osittain korvaava järjestelmä

Taso 3 Itsehoitoa tukeva ja opettava järjestelmä

Lähtötason arviointi, tavoitteellisuus, jatkuva arviointi ja palaute

→ tasoilla liikutaan kuntoutujan tarpeiden ja voinnin mukaan

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOITOTARPEET

Kognitiivinen itsehoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve itseilmaisuuksiin ja toiminnan ohjaukseen.

Mielenterveyskuntoutuja yhteiskunnan osana

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve yhteiskunnan osallisuuteen, tarpeellisuuteen, turvallisuuteen sekä mielekkääseen tekemiseen arjessa.

Riskikäyttäytyminen

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve terveellisiin elämäntapoihin ja terveelliseen elämään.

Kodin- ja taloudenhoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve kodin- ja taloudenhoidon ylläpitoon.

Somaattinen sairastavuus ja eliniän odote

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve terveeseen elämään ja eliniän odotteen saamiseen ylöspäin.

Ravitsemus

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve monipuoliseen ja terveelliseen ravintoon sekä ravinnon hankkimiseen ja valmistamiseen.

Hygienian hoito

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve hyvään hygieniaan ja oikeanlaiseen vaatukseen.

Liikkuminen

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve oikeanlaiseen ja terveelliseen liikkumiseen sekä liikuntakyvyn ylläpitämiseen.

Mielenterveyskuntoutujan sosiaalinen hyvinvointi

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve tunteiden ilmaisuun, ihmissuhde- ja vuorovaikutussuhteisiin, seksuaalisuuteen ja terveeseen itsetuntoon.

Uni

Mielenterveyskuntoutujalla on tarve riittävään ja säännölliseen uneen.

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ITSEHOITOKYKY JA -VAJEET

Kognitiivinen itsehoitokyky

- Kielellinen ilmaisu, havaitseminen, ajattelu, muistaminen ja oppiminen heikkenevät
- Kyky itseilmaisuun ja toiminnan ohjaukseen vaikeutuu
- Keskittymiskyky laskee
- Motivaation puute
- Käyttäytymisen hajanaisuus

- Ajan hahmottaminen heikkenee (Sovitut tapaamiset unohtuu)
- Arjen hallinta ja arjessa toimiminen vaikeutuvat
- Sairauden puhjetessa elämisenhallintaan vaadittavat taidot ovat eritasoisia (huom! sairastumisikä)

Mielenterveyskuntoutuja yhteiskunnan osana

- Eristäytyminen yhteiskunnasta → elinympäristön kapeutuminen
- Osallistuminen yhteiskunnan toimintaan vähenee
- Mielekkään tekemisen puute arjessa vähenee
- Tarkoituksellisen tekemisen puute
- Itsensä tarpeelliseksi tunteminen vähenee
- Työkyky heikkenee
- Yhteiskunnalliset taidot heikkenevät
- Leimaantuminen
- Turvattomuus ja yksinäisyys lisääntyy

Riskikäyttäytyminen

- Lääkehoitoon sitoutuminen saattaa heikentää monesta syystä (mm. leimaantuminen, haittavaikutukset)
- Päihteiden käyttö lääkkeenä
- Päihteiden käyttö heikentää elämänhallintaa

- Tupakointi yleistä ja runsasta
- Moniongelmaisuus
- Itsemurhariski on suurentunut muuhun väestöön nähden

Kodin- ja taloudenhoito, mielekäs tekeminen

- Kodinhoidon ja turvallisen ympäristön ylläpitokyky heikentynyt
- Arjen raskaus
- Vastuunottokyky on heikentynyt
- Talous ja sen hallintakyky heikentynyt (vaikuttaa myös sosiaali-
seen elämään)
- Kodinhoidolliset taidot puutteelliset
- Palveluihin hakeutuminen vaikeutuu

Somaattinen sairastavuus ja eliniän odote

- Metabolinen oireyhtymä yleisempää kuin muulla väestöllä
- Riski sydän- ja verisuonitautien sekä tyypin 2 diabeteksen riski on suurentunut
- Eliniän odote 10–20- vuotta alempi kuin muulla väestöllä → syynä sydän- ja verisuonitaudit sekä keuhkosairaudet
- Psykkinen vointi heikkenee → elämänhallinta → somaattinen sairastavuus
- Sairaudentunnistus kyky heikentyy
- Kipukynnys nousee tai oireet muuttuvat
- Hoitoon hakeutuminen vaikeaa (tieto, taito)

- Mielenterveys diagnoosi vaikeuttaa hoidon saantia (somaattinen sairaus)

Ravitsemus

- Ravinto yksi puolista ja epäterveellistä
- Toiminnanohjaus on heikentynyt → ruuanlaitto ja hankinta haasteellista
- Tunnesyöminen
- Lääkitys (sivuoireet) vaikuttaa ruokahuluun ja/tai makuaistiin
- Sairauden oireet vaikuttavat ravitsemukseen (mm. harhat)
- Tietämättömyys terveellistä ja oikeanlaisesta ravitsemuksesta
- Motivaation puute

Hygienian hoito

- Hygieniataso on heikentynyt (henkilökohtainen ja ympäristö)
- Sairaudenoireet vaikuttavat lisäävästi tai heikentävästi
- Kyky havaita peseytymisen tarve puuttuu tai on heikentynyt
- Huono hygienia lisää sairastumis- ja syrjäytymisriskiä
- Sään- ja tilanteen mukainen pukeutuminen vaikeaa
- Vaatehankinnat ja -huolto heikentyy

Liikkuminen

- Sairausten oireet vähentävät liikkumista monesta syystä
- Lääkkeiden sivuoireet vaikuttavat liikkumiseen
- Ympäristön hahmottamisongelmat (ulkoilu, erilaiset reitit)
- Ei ole liikkumisseuraa
- Liikkumattomuus lisää somaattisen sairauden riskiä

Mielenterveyskuntoutujan sosiaalinen hyvinvointi

- Tunteiden ilmaisu vaikeutuu
- Suhde seksuaalisuuteen voi olla vääristynyt
- Lääkkeiden sivuoireina voi olla haluttomuutta, kyvyttömyyttä, kehon fyysisiä muutoksia
- Minäkuva muutokset
- Ihmissuhdetaidot heikentyy
- Tunneköyhyys
- Itsetunto heikkenee → lisää sairauden oireita
- Vuorovaikutuksen vaikeus
- Luottamuspula
- Oman mielipiteen ilmaisu vaikeutuu

Uni

- Unettomuus (määrä, laatu, nukahtamisvaikeus)
- Unenpuute → väsymys → toimintakyky laskee
- Vuorokausirytmä häiriintyy
- Arjesta suoriutuminen vaikeutuu

HOITOTYÖN TOIMINTAVALMIUS**Kognitiivinen itsehoito**

- Kuntoutujan yksilöllisen toimintakyvyn selvittäminen
- Oikean työtavan valinta
- Kognitiivisen vajeen jatkuva huomiointi
- Elämänhallintaa ja ajanjäsentämistä tukevien keinojen käyttö
 - o Muistilaput
 - o Kalenterointi
 - o Viikko-ohjelma
 - o Muistutussoitot
- Yksilölliset selkeät ohjeet
- Riittävät toistot
- Puheen selkeys
- Asia kerrallaan
- Huomioi kuntoutujan keskittymiskyky

Terveydenhoito

- Puheeksi ottaminen
- Muutostarpeen osoittaminen
- Terveydenhoitaminen kokonaisvaltaisesti
 - o Silmät
 - o Korvat
 - o Suu
 - o Gynekologi/ urologi
 - o Jalat
 - o Ajantasainen lääkelista
- Motivointi, toivo, rehellisyys
- Realistiset tavoitteet
- Ennaltaehkäisy
- Terveellisten elämäntapojen tukeminen
- Säännölliset kontrollit
 - o Paino
 - o Verensokeri
 - o Verenpaine
 - o Rasva-arvot
 - o Ekg
 - o Keuhkokuvat
 - o Verenkuva/ lääkepitoisuudet

- Kotiapteekki
 - o Välineet (laastari, kuumemittari, ym)
 - o Kuume- ja kipulääkkeet
- Terveyttä tukevat vertaisryhmät
- Terveysteen liittyvät yhteystiedot saatavilla
- Riittävät tiedot omasta sairaudesta, oireista ja hoidosta
- Riittävät keinot kivun arvioimiseen
 - o Kipumittarit

Syöminen ja juominen

- Suun ja suoliston terveys
- Vatsan toiminta
- Tunnesyömisestä huomiointi ja siihen puuttuminen
- Syömisestä ja kuluttamisesta tasapainottaminen
- Ruokakolmio ja lautasmalli kuntoutujalle itselleen
- Ravintosuositukset
- Kaupassa käynnin ja oikeanlaisen ravinnon ostamisen opettelu
- Kauppalista ja rahojen riittävyden säätely
- Erilaisten ruokapaikkojen hyödyntäminen
 - o Klubitalot
 - o Työttömien ruokailu
- Ruuanvalmistuksen opettaminen ja ohjaus
- Ruokarytmi

Liikkuminen

- Liikuntapiirakka ja liikuntasuosituksset käyttöön
- Yhdessä liikkuminen ja aloittamisessa tukeminen
- Motivointi ja arviointi
- Ohjaus oikeanlaisiin ryhmiin
- Realistiset tavoitteet
- Liikunta ahdistuksen ja masennuksen hoitona
- Painonhallinnan tukeminen
- Oikeanlainen ohjaus
- Liikkuvuuden ja lihaskunnan ylläpito
- Liikuntakortit säännöllisen liikunnan tukemiseksi
- Positiivinen palaute
- Oikean liikuntamuodon valinta
- Liikuntaresepti

Hygienia

- Puheeksi ottaminen ja osoittaminen
- Hygienian hoidon opettaminen
- Tarvittavat välineet
- Käsihygienia
- Suunhoito
- Vaatehuollon opettelu
- Sään mukaisen pukeutumisen ohjaus
- Vaatehankinnat

Unihygienia

- Vuorokausirytmii ja sen merkityksen ohjaus
- Tiedon antaminen uneen vaikuttavista tekijöistä
 - o Ravitseminen
 - o Liikkuminen
 - o Päivänsisältö
 - o Oikeanlaiset olosuhteet
- Lääkehoitoon ohjaaminen
- Hyvien rutiinien tukeminen
- Unipäiväkirja

Riskikäyttäytyminen

- Puheeksi ottaminen ja tiedonanto
- Rehellisyys ja luottamuksellisuus
- Vaikutuksien osoittaminen
- Motivointi ja kannustus
- Realistiset tavoitteet
- Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
- Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen
 - o Hyödyistä ja haitoista puhuminen ja listaus
 - o Dosetti, annosjakelu
- Pelisäännöt
 - o Päihteettömyys

- Ongelmanratkaisukeinoja päihteiden tilalle
- Tupakanpolton lopettamisen tai vähentämisen tukeminen
 - o Korvausvalmisteet
 - o Tukiryhmät
- Itsemurhariskin huomioiminen
 - o Puheeksi ottaminen
 - o Voimavaralähtöinen ajattelu
 - o Lista varomerkeistä ja toimintaohjeita
 - o Itsehoidon arviointi
 - o Vastuuttaminen ja sen tukeminen

Sosiaalinen hyvinvointi

- Yhteisen kielen etsiminen
- Sosiaalisen kanssa käymisen opettaminen
- Turvallisen ilmapiirin luominen
- Mielenpitojen ja tunteiden ilmaisun opettaminen ja tukeminen
- Hyvientapojen mukaisten käyttäytymissääntöjen opettaminen
- Kommunikaation tukeminen lähiverkoston kanssa
- Erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin hakeutuminen
- Vertaistuen käyttö
- Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen
- Seksuaaliterveyteen liittyvä ohjaus

Yhteiskuntaan osallistuminen sekä kodin ja taloudenhoito

- Voimavarojen ja taitojen kartoitus
- Ammatillisen osaamisen huomiointi
- Taitojen käyttöön rohkaisu
- Mielekkään toiminnan etsiminen arkeen
 - o Opiskelu
 - o Työ
 - o Harrastus, kulttuuri tapahtumat
- Toiminnan käyttö sairaudenoireiden lievittämiseen
- Yhdessä yhteiskuntaan jalkautuminen
- Lehtien ja internetin käyttö toiminnan löytämiseksi
- Yhteiskunnan palveluiden käyttämisen opettelu
- Yhteiskuntataitojen opettaminen ja harjoittelu paikanpäällä sekä verkossa
 - o Pankki
 - o Virastot
 - o Julkisten kulkuneuvojen käyttö
- Taloudenhallinnan opettelu ja tarvittavien tukien piiriin ohjaaminen

Turvallisuus

- Toimintasuunnitelma psyykkisenvoinnin huononemisen varalle
- Kodinriskitekijöiden huomioiminen ja minimoiminen
- Sähkölaitteiden turvallisen käytön ohjaus
- Tarvittavat hankinnat paloturvallisuuteen ja vakuutuksiin liittyen
- Turvallisuuden tunteen lisääminen
 - Tukiverkoston lisääminen ja ylläpito
 - Ystäväpalvelut, kerhot, tietokone
- Asioista puhuminen

Kodinhoito

- Kodinhoidollisten taitojen opettaminen ja harjoittelu
 - o Kuntouttava työote voimavarat huomioiden
- Kirjalliset/kuvalliset ohjeet
- Siivouspäivä
- Siivouspalvelu tarvittaessa