



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Psykoosikuntoutujan ravitsemusohjaus

Itkonen-Isakov, Terhi-Maija
Sippola, Viva-Evita

Laurea-ammattikorkeakoulu

Psykoosikuntoutujan ravitsemusohjaus

Itkonen-Isakov, Terhi-Maija
Sippola, Viva-Evita
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2016

Terhi-Maija Itkonen-Isakov ja Viva-Evita Sippola

Psykoosikuntoutujan ravitsemusohjaus

Vuosi 2016 Sivumäärä 82

Tämä opinnäytetyö keskittyy psykoosikuntoutujan ravitsemusohjauksen ja ohjausmateriaalien kehittämiseen. Tavoitteena oli tuottaa terveyshyötyä psykoosikuntoutujille luomalla uusia toimintatapoja ja työkaluja psykoosikuntoutujien ravitsemusohjaukseen. Toimintaympäristönä oli HUS HYKS Psykiatriaan kuuluva psykoosipoliklinikka. Tarkoituksena oli löytää psykoosikuntoutujan terveyskäyttäytymisen taustalla vaikuttavat kompetenssit, muotoilla tutkimuskysymykset ja kehittää niihin ratkaisuja. Tuotoksena oli pelillinen materiaali kuntoutujalle ja ohjausmateriaali ohjaajalle.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: 1. Millaisia psykoosikuntoutujan terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia kehittämistarpeita henkilöstö toi esiin? 2. Miten pelillinen ohjausmateriaali tuki psykoosikuntoutujan ravitsemusohjausta?

Aineistonkeruun menetelminä olivat hoitohenkilöstön haastattelu ja pelin toiminnallisuuden havainnointi. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna psykoosipoliklinikan hoitohenkilöstölle, n = 20. Tulokset analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Havainnointi kohdistui pelin toiminnallisuuteen ja havainnot kirjattiin havainnointipäiväkirjaan. Molemmat opinnäytetyöntekijät pitivät omaa havainnointipäiväkirjaa, joiden tulokset yhdistettiin.

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä toteutettiin työn pohjaksi laadullinen tutkimus, työn pääpaino oli kuitenkin kehittämistoiminnassa. Opinnäytetyössä kehitettiin painonhallintaa tukevaan ravitsemusohjaukseen pelillistä ohjausmateriaalia, joka on sovellettavissa suoraan kohdeyksikön käyttöön.

Keskeiset tulokset olivat konkreettisen tiedon ja toistojen tarve, ajattelun vieminen käytäntöön sekä henkilöstön osaamisen ja hoitoprosessin kehittämistarve. Esille tuli myös konkreettisen ohjausmateriaalin tarve. Psykoosikuntoutujat todettiin laajaksi ja monimuotoiseksi ryhmäksi. Negatiivisten psykoosioireiden todettiin olevan yhteydessä motivaation puutteeseen. Pelillisellä materiaalilla toteutettu ohjaus vaikutti psykoosikuntoutujien terveyskäyttäytymiseen kannustavasti.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi pelillinen ohjausmateriaali Välipalavaltti, joka sisältää ruokapelikortit ja ohjaajan oppaan. Lisäksi opinnäytetyössä kehitettiin työkalu MBO:n tunnistamiseen, psykoosikuntoutujan fyysisen terveyden tarkistuslista ja varhaisen ohjauksen hoitomalli, joka ottaa huomioon ravitsemusohjauksen ja lääkehoitoa aloitettaessa.

Asiasanat: psykoosit, mielenterveyskuntoutujat, hoitosuositukset, pelillistäminen, painonhallinta

Terhi-Maija Itkonen-Isakov ja Viva-Evita Sippola

Nutritional guidance for an outpatient in psychosis rehabilitation

Year	2016	Pages	82
------	------	-------	----

This thesis is focused on the development of nutritional counseling and counseling material for patients in psychosis rehabilitation. The aim of this thesis is to provide health benefits for people in psychosis rehabilitation by creating new practices and tools for nutritional counseling. The purpose of this thesis is to find the competencies behind the health behavior, to form research questions and develop answers to them. The operational environment of this thesis was the HUS Psychiatric outpatient clinic for patients with psychosis. The product of this thesis is game material for patients and guidance material for the counselors in psychosis rehabilitation.

Research questions were: 1. What kind of developing needs counselors suggested regarding the health behavior of an outpatient with psychosis? 2. How did gamified guidance material support the nutritional guidance for an outpatient in psychosis rehabilitation?

The data was collected by semi-structured functional interviews with counselors in psychosis rehabilitation (n = 20) and by observation of the gamified material's functionality. The data was analyzed by content analysis method. The observations were focused on the functionality of the game and the results were collected to an observation notebook. Both of the researchers had their own observation notebooks and their results were combined and analyzed by content analysis.

In this practice-based thesis functional research was carried out. However, the main focus of this thesis was on development activities. Guidance material for nutritional guidance was developed to be adapted for use by the concerned operational environment.

Most of the problems were noticed in memorizing and making the changes a part of everyday life. Personnel's knowledge and care models were mentioned as developing needs. Need of functional guiding material was also noticed. The outpatients suffering from psychosis were found to be a large and diverse group. Negative psychosis symptoms were noted to have an influence on the lack of motivation.

As a result of this thesis a guidance material Snack trump game was developed, (Välipalavaltti) which includes food playing cards and a counselor's guide. In addition, a tool for recognizing MBO, a checklist for physical health, a new kind of care model for rehabilitation of outpatients with psychosis was presented. The care model takes weight management counseling into account at an early stage, as soon as the medical care starts.

Keywords: psychosis, outpatient rehabilitation, clinical practice recommendations, gamification, weight management

Sisällys

1	Johdanto	4
2	Tavoitteet	5
2.1	Tarkoitus ja tavoitteet	6
2.2	Toimintaa ohjaavat lait ja suositukset	6
3	Tietoperusta	7
3.1	Keskeiset käsitteet	7
3.1.1	Psykoosi ja psykoosikuntoutuja	7
3.1.2	Metabolinen oireyhtymä	9
3.1.3	Ravitsemus	11
3.1.4	Ohjaus	14
3.1.5	Pelillistäminen ja hyötypelit	17
3.2	Työssä käytetty terveyskäyttämisen malli	18
3.3	Aikaisempi tutkimustieto	20
3.4	Työelämän kehittäminen	23
3.5	Tutkimusmenetelmät	24
3.5.1	Tutkimuskysymykset	25
3.5.2	Aineistonkeruumenetelmät	25
3.5.3	Analyysimenetelmät	26
4	Opinnäytetyön toteutus	27
4.1	Työyhteisön kehittämistoiminta	29
4.2	Teemahaastattelut	31
4.2.1	Aineiston käsittely	32
4.2.2	Teemahaastattelun tulosten tarkastelu	34
4.3	Pelillisen ohjausmateriaalin kehittäminen	38
4.3.1	Hyvät eväät	39
4.3.2	Välipalavaltti ja pisteiden keruu	40
4.3.3	Välipalavaltti ja haastekortit	41
5	Arviointi	43
5.1	Eettinen tarkastelu	44
5.2	Kehittämistoiminnan arviointi	46
5.3	Tutkimuksen reliabiliteetti ja validius	48
5.4	Johtopäätökset ja pohdinta	50
	Lähteet	53
	Kuviot	60
	Taulukot	61
	Liitteet	62

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö keskittyy psykoosikuntoutujan ravitsemusohjauksen ja ohjausmateriaalien kehittämiseen. Kiinnostuksemme aiheeseen heräsi havaittuamme psykoosisairauksien yleisyys yhteiskunnassamme. Valtaosa meistä tuntee tai ainakin tietää ihmisen, jolla sairaus on. Lisäksi mielenterveyspotilaiden fyysinen terveys on ollut usein esillä julkisessa keskustelussa viime aikoina (Järvi 2015; Sajama 2015, 43 - 44). Psykoosikuntoutujien terveyden edistäminen ja ravitsemusohjauksen kehittäminen on tärkeää, koska mielenterveyden häiriöt lyhentävät Suomessa naisilla elinikää noin 15 vuotta ja miehillä 20 vuotta (Sajama 2015, 43).

Yleisin psykoosin taustalla oleva sairaus on skitsofrenia, jota sairastaa enemmän kuin 1 % yli 65-vuotiaista suomalaisista. Koko väestöstä Suomessa 0,5 - 1,5 % sairastaa skitsofreniaa. Koska skitsofreniaa esiintyy enemmän vanhuusiällä, sen osuus tulee lähivuosina kasvamaan väestön ikääntyessä. (Salokangas ym. 2015; Talaslahti, Alanen & Leinonen 2011, 375.) Talaslahti (2015, 70) toteaa, että skitsofreniaan liittyy kohonnut ennenaikaisen kuoleman vaara, jota voidaan todennäköisesti vähentää fyysisen ja psyykkisen terveydentilan hyvällä hoidolla. Skitsofrenia itsessään ei kuitenkaan selitä korkeampaa kuolleisuutta, vaan se johtuu muista sairauksista. Yleisemmät taustalla olevat sairaudet ovat sydän- ja verisuonitaudit, kasvaimet ja hengityselinsairaudet (Talaslahti 2015, 72).

Terveyden kannalta kokonaisuudessaan epäsuotuisa ravitsemus, vähäiset liikuntatottumukset, runsas tupakointi ja alkoholin käyttö yhdessä perintötekijöiden kanssa altistavat metaboliselle oireyhtymälle ja lisäävät kansansairauksiin kuten diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin sekä keuhkosairauksiin sairastuvuutta. Skitsofreniaa sairastavilla metabolista oireyhtymää esiintyy jopa 37 %:lla (Heiskanen 2015, 53). Mielenterveyskuntoutujille suunnatun terveysneuvonnan ja elintapaohjauksen avulla voidaan vaikuttaa kuntoutumisprosessiin ja sairauden hoitotasapainoon (Sajama 2015, 43 - 44).

Tämän opinnäytetyön pohjaksi toteutettiin haastattelu HUS HYKS Psykiatriaan kuuluvan psykoosipoliklinikan henkilöstölle. Ravitsemusohjauksen tueksi kehitettiin pelillistä ohjausmateriaalia, jota testattiin yhdessä psykoosikuntoutujien kanssa. Pelin testausvaiheessa käytettiin havainnointipäiväkirjaa, jonka avulla havainnoitiin ohjausmateriaalin toimivuutta. Haastattelella ja havainnoimalla kootut aineistot analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä ja kehittämistoiminnan tuloksia tarkasteltiin RE-AIM-arviointikehikon avulla.

2 Tavoitteet

Tämän opinnäytetyön aiheena on psykoosista kuntoutuvan potilaan ravitsemusohjauksen kehittäminen osana mielenterveystyötä. Mielenterveyskuntoutujien kuolinsyyt ovat tavallisia suomalaisia kansantauteja, muun muassa sydän- ja verisuonitauteja, diabetesta ja keuhkosairauksia. (Kuolemansyytilasto 2014; Sajama 2015, 43.) Sairastumisen taustalla ovat usein elintavat kuten epäterveellinen ruokavalio, liian vähäinen liikunta, runsas tupakointi ja alkoholin käyttö. Osa psyykenlääkkeistä lisää ylipainon ja diabeteksen ilmaantuvuutta. Sairastuvuudessa ja kuolleisuudessa on eroja mielenterveyshäiriöitä sairastavien ja muun väestön välillä. Kuilu syvenee jatkuvasti ja on selkeämpi korkean elintason maissa kuin keskinkertaisen tai matalan elintason maissa. WHO:n tavoitteena on tasoittaa hoitoon pääsyssä ja kuolleisuudessa oleva ero mielenterveyskuntoutujien ja muun väestön välillä. (Viertio ym. 2012, 863; Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013, 15.) Kehittämällä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, voidaan Penttilän ym. (2015, 878) mukaan saavuttaa näkyviä tuloksia ja parantaa psykoosikuntoutujien tulevaisuuden ennustetta.

Tämän opinnäytetyön toimintaympäristönä oli HUS HYKS Psykiatriaan kuuluva psykoosipoliklinikka. Tähän opinnäytetyön liittyvä teemahaastattelu rajattiin koskemaan toimintaympäristön henkilöstöä (N=20). Työn tuotoksena syntyi pelillinen ohjausmateriaali aikuisten psykoosikuntoutujien ravitsemusohjaukseen. Opinnäytetyön rajaus liittyi toimintaympäristöön. Poliklinikalla hoidetaan uusiutuvia psykooseja, jotka johtuvat muista kuin mielialasyistä. Poliklinikan henkilöstön vastauksissa esiintyy sana potilas. Muualla tässä opinnäytetyössä käytetään kohderyhmästä nimitystä psykoosikuntoutajat.

Yleisin uusiutuvan psykoosin aiheuttaja on skitsofrenia (Salokangas ym. 2015). Kun mielialasairaudet rajataan pois, muita syitä voivat olla päihteiden käyttö tai pitkittynyt trauma- tai kriisireaktio (Huttunen 2014). Merkittävin kohderyhmää määrittävä tekijä on uusiutuva psykoosi, joka alentaa kognitiivista toimintakykyä (Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2000).

Suvisaaren, Isohannin, Kiesepän, Koposen, Hietalan ja Lönnqvistin (2014, 147) mukaan kognitiivisten toimintojen keskeisimmät häiriöt liittyvät muistiin, keskittymiseen, tarkkaavaisuuteen ja toiminnan ohjaukseen. Toiminnan ohjauksen taidot ohjaavat ihmisen suoriutumista toiminnoista tavoitteellisesti erilaisia psyykkisiä prosesseja hyödyntäen. Puutteita toiminnan ohjauksessa voidaan havaita muun muassa uusien taitojen oppimisen, tiedon vastaanottamisen ja käsittelemisen sekä päätöksenteon vaikeutena. Lisäksi puutteita voi ilmetä ongelmanratkaisukyvyssä, joustavuudessa ja aloitekyvyssä. Hoitoon hakeutuminen ja hoidon toteutuminen voivat vaikeutua kognitiivisten häiriöiden vuoksi.

2.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli psykoosikuntoutujien fyysisen terveyden hoitamisen tarve samoin perustein kuin muunkin väestön kohdalla, jotta metabolisesta oireyhtymästä johtuvat sairaudet saadaan vähenemään ja erot eliniän ennusteissa lähentymään toisiaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää psykoosikuntoutujan fyysisen terveystyöskäytännön taustalla olevia asioita, muotoilla niistä tutkimuskysymykset ja kehittää työelämän tarpeisiin konkreettisia ratkaisuja. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa terveyshyötyä psykoosikuntoutujille luomalla uusia toimintatapoja ja työkaluja psykoosikuntoutujien ravitsemusohjaukseen. Toiminnallisena tavoitteena oli kehittää psykoosikuntoutujan ravitsemusohjauksen tueksi pelillistä ohjausmateriaalia. Mahdollisesti materiaalista voi olla hyötyä muillekin kuin psykoosikuntoutujille.

2.2 Toimintaa ohjaavat lait ja suositukset

Perustuslakiin (1999/731) pohjautuu ihmisarvon loukkaamattomuus, yksilön vapaus ja oikeudet sekä oikeudenmukaisuuden edistäminen yhteiskunnassa. Psykoosikuntoutujan hoitoa ohjaavat muut lait ovat muun muassa mielenterveyslaki 1990/1116), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), skitsofrenian käypä hoito -suositus (Salokangas ym. 2015) sekä Sairaanhoidajien eettiset ohjeet (Sairaanhoidajaliitto 2014).

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) ohjaa asiakastyötä luottamukselliseen asiakassuhteeseen sekä asiakkaan oikeuteen saada hyvää palvelua ja kohtelua. Kaikki asiakirjat ovat salassa pidettäviä, niitä ei kopioida eikä luovuteta hoitotiimiin kuulumattomille henkilöille. Asiakirjoista ilmenevät tiedot ovat salassa pidettäviä, joten tietoja saa antaa eteenpäin ainoastaan asiakkaan suostumuksella tai tarkemman lainsäädännön nojalla. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812).

Lakia noudatettaessa on otettava huomioon myös muut sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjaavat lait kuten kansanterveyslaki (1972/66), kuntalaki (1995/365), erikoissairaanhoidolaki (1989/1062), terveydenhuoltolaki (2010/1326), tartuntatautilaki (1986/583) ja mielenterveyslaki (1990/1116). Potilaan hoito on toteutettava yhdistäen eri lakien merkitys jokaisessa tilanteessa parhaalla mahdollisella tavalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 2004/857).

3 Tietoperusta

3.1 Keskeiset käsitteet

Koska kyseessä oli toiminnallinen opinnäytetyö, lähestymistapa käsitteiden määrittelyyn on dispositionaalinen: korostimme käsitteen yhteyttä inhimilliseen toimintaan ja käsitteiden käyttöön, siinä ilmenevään yleiseen sekä käsitteen mahdollistamaan tapaan toimia. Käytännössä käsitteille ei etsitty tarkkarajaisia ominaispiirteitä vaan käyttötapoja. Käsitteet ovat luonteeltaan muuttuvia, niiden kehittyminen on jatkuvaa ja sidoksissa kulttuuriin, kontekstiin ja aikaan. (Suhonen 2010, 6.)

Tässä opinnäytetyössä keskeisimmät käsitteet ovat psykoosi, psykoosikuntoutuja, metabolinen oireyhtymä, ravitsemus ja ohjaus. Lisäksi määriteltiin käsitteet pelillisuus ja hyötypelit, sillä opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tuotettiin pelillistä materiaalia psykoosikuntoutujan ravitsemusohjaukseen. Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutui työelämän kehittämisenä, joka perustuu Learning by Developing -oppimismalliin. Tutkimuskysymysten asettelun pohjana käytettiin terveystyötyön mallia, jonka lähtökohtina ovat IMB-malli ja OECD:n kompetenssimalli.

3.1.1 Psykoosi ja psykoosikuntoutuja

Psykoosi tarkoittaa yleisesti ihmisen todellisuudentajun häiriintymistä (Huttunen 2015a; Salokangas ym. 2007, 18). Cullberg (2005, 142 - 143) erottaa kolme erilaista psykoosityyppiä: yhden kerran ilmaantuva psykoosi, uusiutuva psykoosi ja uusiutuva psykoosi, johon liittyy pitkäaikaisen toimintakyvyn heikkeneminen. Yhden kerran ilmaantuva psykoosi on kertaluonteinen, siihen liittyy usein selkeitä psykososiaalisia tai biologisia laukaisevia tekijöitä ja se kohenee muutamassa viikossa. Uusiutuvaan psykoosiin liittyy usein päihteiden väärinkäyttöä, sitä edeltää usein rajatilainen tai skitsoidityyppinen persoonallisuushäiriö. Näitä psykooseja kutsutaan myös sykloidisiksi tai skitsoaffektiivisiksi. Uusiutuva psykoosi, johon liittyy pitkäaikaisen toimintakyvyn heikkeneminen, on Cullbergin (2005, 144) mukaan kroonista skitsofreniaa. Osa tutkijoista (Koponen 2013) kutsuu tätä hoitoresistentiksi skitsofreniaksi.

Uusiutuva psykoosi, johon liittyy pitkäaikaisen toimintakyvyn heikkeneminen, voi oireilla jo vuosia ennen psykoosin puhkeamista (Cullberg 2005, 144). Psykoosia ennakoivat oireet voidaan jakaa alkuvaiheen ja välittömän riskivaiheen oireisiin. Alkuvaiheen oireet ovat erilaisia ajattelun, motoriikan ja havaintojen alueen outoja, subjektiivisia kokemuksia, kuten unettomuutta, levottomuutta, epäluuloisuutta ja eristäytymistä. Välittömän riskivaiheen oireina esiintyy ohimeneviä psykoositiloja tai lieviä, positiivisia psykoosioireita. Molempien vaiheiden

aikana voi ilmetä myös ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. (Salokangas ym. 2015; Lönnqvist 2014.)

Psykoosioireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet näkyvät korostuneena psyykkisenä toimintana. Positiivisia oireita ovat muun muassa harhaluulot ja aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiiviset oireet näkyvät puutosoireina, joita ovat muun muassa tunneilmaisun tai sosiaalisen käyttäytymisen heikkeneminen, puheen köyhtyminen ja haluttomuus tehdä asioita. (Suvisaari ym. 2014, 137.) Salokankaan ym. (2007, 18) mukaan psykoosikuntoutujan toimintakyvyn heikkeneminen ilmenee henkilön psykososiaalisen puutteellisuutena eli vetäytyneisyytenä tai ristiriitaisuutena ihmissuhteissa, opiskelun tai työkyvyn heikentymisenä, henkilökohtaisen hygienian tai muiden elämisen perustarpeiden laiminlyömisinä. Salokangas ym. (2015) erottaa psykoosioireiden joukosta myös epäspesifit psykoosioireet. Ne ovat toimintakykyyn liittyviä oireita, jotka voivat peittää alleen muut psykoosioireet. Epäspesifeinä psykoosioireina voidaan pitää muun muassa ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.

Psykoosioireita mitataan eri asteikkojen avulla. Diagnostisia mittareita ovat muun muassa SCID-II, MINI, WHO-SCAN ja RDC. Psykoosin vaikeusastetta mittaavat muun muassa YMRS, MontgomeryÅsberg, Calgary, BPRS, PANSS, SANS ja SAPS. Haittavaikutuksia mittaavia asteikkoja ovat muun muassa Simpson-Angus ja AIMS. Tämän opinnäytetyön toimintaympäristössä käytetyimpiä mittareita ovat BPRS ja PANSS-asteikot. BPRS:n (Brief Psychiatric Rating Scale) avulla seurataan psykoosioireita ja mielialoja sekä potilaan toimintakykyä. PANSS-asteikon avulla mitataan psykoosioireiden vakavuutta. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Psykoosiin johtavat sairaudet ovat usein seuraus keskushermoston hermoverkoston toiminnan häiriöistä tai lapsuuden aikaisista traumaattisista tilanteista. Toisinaan syynä voivat olla myös yksilön voimavaroja kuluttavat yhteiskunnalliset ja yhteisölliset olosuhteet. (Huttunen 2014; Isometsä ym. 2014.) Päihteiden käyttö ja erilaiset vaikeiden somaattisten sairauksien aiheuttamat tilat voivat johtaa vakaviin terveydellisiin ongelmiin ja sosiaalisiin haittoihin. Näiden tekijöiden vaikutuksesta ihmisen mieli järkkyy ja sairastuvuuden riski psykiatriisiin sairauksiin kasvaa. (Huttunen 2012.)

Yleisin uusiutuvan, toimintakykyä heikentävän psykoosin taustalla olevista sairauksista on kuitenkin skitsofrenia. Kyseessä on yleensä aikuisiän kynnyksellä alkava psyykkinen sairaus, jonka ennako-oireina esiintyy muun muassa ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja toimintakyvyn madaltumista. Ennako-oireet eivät aina johda varsinaisesti psykoosiin. Harhaluuloisuus, erilaiset aistiharhat, poikkeava tunneilmaisuus, ajattelun ja havainnointikyvyn vääristymät, outo käyttäytyminen sekä kiihtyneisyys asteittain näkyvät sairastuneesta tilanteen edettyä psykoosiin. Kokonaisuudessaan väestöstämme 0,5 - 1,5 % sairastaa skitsofreniaa. (Salokangas ym.

2015.) Viidestä skitsofreniaan sairastuvasta henkilöstä noin neljä sairastuu jo nuoruusiällä ja iän myötä sairastuvuus kasvaa. Tulevaisuudessa sairastuvuuden odotetaan kasvavan entisestään. Iäkkäiden ihmisten kohdalla kasvavana ongelmana nähdään heidän eristäytyneisyys elämässä. Hoidettaessa iäkkäitä skitsofreniaa sairastavia ihmisiä saadaan parannettua heidän elämänlaatua ja toimintakykyä, vaikka täyttä oireettomuutta hoidossa harvoin saavutetaan. (Talaslahti ym. 2011, 375.)

Psykoosin ja muiden mielenterveyden häiriöiden periytyvyys on selvää, vaikka geneettisen perimän vaikutuksia ei vielä täysin tunneta (Kieseppä 2007). Suomessa käynnistyi syksyllä 2015 laaja kansainvälinen tutkimus, jossa selvitetään psykoosisairauksien periytyvyysmekanismeja. Kyseessä on Helsingin yliopiston Suomen molekyyli lääketieteen instituutin (FIMM) ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhdessä toteuttama tutkimus, jonka tavoitteena on psykoosisairauksien geneettisen ja biologisen taustan tarkempi selvittely uusien ja tehokkaiden hoitojen kehityksen tueksi. Tutkimuksessa tavoitellaan Suomesta 10 000 näytettä kolmen vuoden aineiston keräyksen aikana. Rahoittajana tutkimuksella on yhdysvaltalainen Stanley Center for Psychiatric Research. (Palotie 2015.)

Psykoosikuntoutujan ravitsemusohjaukselle asettavat erityisvaatimuksia kuntoutujien taloudellinen tilanne, ruoan hinta ja henkilön kognitiivinen toimintakyky. Ruokaan käytettävä rahamäärä on useammilla henkilöillä noin 40 - 60 euroa viikossa. Ravitsemussuosituksen mukainen terveyttä edistävä ruoka on usein kallista ja edullisten, tuoreiden raaka-aineiden käsittely alusta alkaen vaatii vaivannäköä. Jokainen sairastettu psykoosi heikentää ihmisen kognitiivista toimintakykyä. Toisaalta suotuista terveyskäyttäytymisen vaatii kognitiivisia taitoja ja sosiaaliset taidot, arviointi- ja ongelmaratkaisutaidot sekä viestintä- ja tunnetaidot ovat myös olennaisia terveysvalinnoissa ja terveyskäyttäytymisessä. (Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2000.) Tässä toimintaympäristössä psykoosikuntoutujat asuvat yleensä omassa kodissaan ja tekevät itse ruokaostoksensa. Tästä syystä tässä opinnäytetyössä ravitsemusohjaukseen sisällytettiin myös elintarvikkeiden hankintaan ja ruoan valmistustapoihin liittyvät valinnat.

3.1.2 Metabolinen oireyhtymä

Metabolinen oireyhtymä (MBO) on elimistön aineenvaihdunnallinen häiriö, jolloin elimistöön kasautuu useita sydän- ja verisuonisairauksien sekä tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä. Metabolisen oireyhtymän syntyyn vaikuttavat geneettinen alttius ja elintapatekijät. Riskitekijöitä ovat keskivartalolihavuus, insuliinin tehottomuus, matala HDL-kolesterolipitoisuus, veren sokeripitoisuuden kohoaminen sekä verenpaineen nousu. Yleisesti ottaen terveyttä edistävä elintavat, kuten ylipainon, etenkin vatsaontelon sisäisen rasvakertymän välttäminen, liikunnallisuus sekä rasvaisten ruokien välttäminen ennaltaehkäisevät sairauden kehittymistä. (Syväne 2016; Mustajoki 2016.)

Metabolinen oireyhtymä määritellään tarkastelemalla riskitekijöitä (Liite 10). Tarkasteltavia riskitekijöitä ovat vyötärönympäryys, veren triglyseridipitoisuus, veren HDL-pitoisuus, verenpaine ja veren paastosokeriarvo. Riskitekijöiden lisäksi metabolisen oireyhtymän diagnostiin vaikuttaa, jos henkilöllä on niihin vaikuttava lääkehoito. Eurooppalaisilla vyötärönympärysmitta määritellään kahden riskin tasolle. Vyötärönympäryksen ollessa miehillä 94 cm ja naisilla 80 cm katsotaan, että riski sairastua verisuonisairauksiin ja diabetekseen on kohonnut. Vyötärönympäryksen ollessa miehillä 102 cm ja naisilla 88 cm, katsotaan, että riski sairastua on kohonnut huomattavasti. Käytännön työtä helpottamaan miesten vyötärönympärysmittan toimintatasoksi on pyöristetty 100 cm ja naisten 90 cm. (Mustajoki 2016.)

Riskitekijöiden raja-arvot, joilla MBO määritellään, ovat veren triglyseridipitoisuus yli 1,7 mmol/l, veren HDL-kolesterolipitoisuus miehillä alle 1,0 mmol/l ja naisilla alle 1,3 mmol/l, verenpaine vähintään 130/85 mmHg tai veren paastosokeriarvo vähintään 5,6 mmol/l. Määrittelyn kriteerit täyttyvät myös mikäli henkilöllä on verenpaineeseen, veren rasva-arvoihin tai sokeriin vaikuttava lääkitys. Metabolisen oireyhtymän tunnistamiseksi tulee täytyä vähintään kolme edellä mainituista riskitekijöistä. (Mustajoki 2016.)

Terveyttä edistävä ravitsemus ja säännöllinen liikunta ovat tärkeimpiä metabolista oireyhtymää ennaltaehkäiseviä ja sitä hoitavia tekijöitä (Heiskanen 2015, 19 - 20). Kestävyysliikunnan vaikutuksia metaboliseen oireyhtymään ja painonhallintaan yleensä on tutkittu paljon. Patten, Cornelissen, Eshghin ja Vanheesin (2013) mukaan metabolisen oireyhtymän osatekijöistä vyötärön ympäryys, HDL-kolesteroli- sekä verenpainetasot alenivat kestävyysliikuntaa harrastavilla. Lisäksi sydän- ja verisuonisairauksiin liittyen BMI, LDL-kolesteroli ja kokonaiskolesteroliarvot alenivat. Lakka ja Laaksonen (2007) toteavat, että säännöllisesti harrastettu kohtalainen tai reipas liikunta parantavat insuliiniherkkyyttä ja glukoosiaineenvaihduntaa. Liikunta auttaa korjaamaan metabolisen oireyhtymän ja sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä. Kokonaisuudessaan säännöllinen liikunta tukee lisäksi painonhallintaa.

Terveyttä edistäviä käypä hoito -suosituksia ovat dyslipidemiat, kohonnut verenpaine ja lihavuus (aikuiset) ja liikunta. Yhdistettäessä terveyttä edistävät elintapaohjaukset, voidaan tukea kuntoutujaa painonhallinnassa, ehkäistä sydän- ja verisuonitauteja ja diabetesta, siirtää lääkityksen aloittamista sekä tehostaa lääkehoidon vaikutusta. (Tikkanen ym. 2013; Jula ym. 2014; Pietiläinen ym. 2013; Rauramaa ym. 2016.)

Metaboliseen oireyhtymään liittyy usein ylipaino tai lihavuus. Lihavuus tarkoittaa tilaa, jossa elimistön rasvakudoksen määrä on suurentunut. Lihavuuden ilmaisemiseen käytetään painoindeksiä (BMI, Body Mass Index), joka kertoo kehon painon ja pinta-alan suhteen. Painoindeksi saadaan, kun jaetaan paino pituuden neliöllä (kg/m^2). Normaalipainon yläraja on $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, ylipaino on alueella $25 - 29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ ja lihavuus alkaa BMI-lukumasta $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Lihavuus mää-

ritellään vaikeaksi, jos painoindeksi on vähintään 35 kg/m² ja sairaalloiseksi, jos painoindeksi on vähintään 40 kg/m². Painoindeksin määrittystä voidaan täydentää vyötärön ympärysmittalla. Vyötärölihavuudesta puhutaan vasta, kun vyötärön ympärysmitta ylittää miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm. Vyötärölihavuus suurentaa huomattavasti sairauksien vaaraa. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2011, 159 - 160; Tarnanen ym. 2011; Mustajoki 2015.)

Lihavuus moninkertaistaa riskin sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, verenpainetautiin, kiihtiin, polven nivelrikkoon ja sappikivitautiin. Lihavuus ja erityisesti vyötärölihavuus altistavat myös tyypin 2 diabetekselle ja uniapnealle. (Haglund ym. 2011, 163.) Psykoosikuntoutujien ylipainon syyt johtuvat Koposen (2011, 730) mukaan ravinnon ja kulutuksen määrän kohtamattomuudesta. Kuntoutujan ylipainon syynä nähdään, että perusravitsemus koostuu vääristä komponenteista, kuten rasvan ja kuitujen suhteesta ravinnossa. Päivittäinen saatu energiamäärä kasvaa, mikäli lisäksi kulutetaan alkoholia. Psykoosikuntoutujan liikkuminenkin jää usein melko vähäiseksi.

Ratliff, Palmese, Reutenauer, Srihari ja Tek (2013) tutkivat ylipainoisten ihmisten riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Tutkimukseen osallistui vakavista mielenterveydenhäiriöistä kuntoutuvia henkilöitä ja yhdysvaltalaisista kantaväestöstä. Tulosten perusteella ylipainoisen skitsofreniaa sairastavan henkilön riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin oli ylipainoista kantaväestöstä suurempi. Verrattaessa henkilöiden verisuonistojen kuntoa, arvioitiin skitsofreniaa sairastavan ylipainoisen henkilön ikä keskimäärin 14,1 vuotta hänen todellista ikää vanhemmaksi. Vastaavasti kantaväestöön kuuluvan ylipainoisen henkilön verisuoniston perusteella ikä arvioitiin keskimäärin 6,7 vuotta todellista vanhemmaksi.

3.1.3 Ravitsemus

Ravitsemushoito on tehokas dyslipidemian ja metabolisen oireyhtymän hoitomuoto. Ravitsemushoidolla voidaan parhaimmillaan alentaa veren kokonaiskolesterolia ja triglyseridejä jopa 40 %. Ruokavaliohoidon vaikutusta voi tehostaa kasvistanolia tai -sterolia sisältävien tuotteiden käytöllä. Lisäksi hoidon teho edellyttää yksilöllistä ravitsemusohjausta, joka tukee ruokavalion muutosta. (Nuutinen ym. 2010, 90.)

Tämän opinnäytetyön ravitsemusohjaus pohjautuu Valtion ravitsemusneuvottelukunnan antaman suosituksen mukaiseen ruokavalioon. Suosituksessa tarkoitetaan ravitsemushoidolla sekä terveyttä edistävää ravitsemusta että sairastuneiden ravitsemushoitoa (Fogelholm ym. 2014, 8). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksiin liittyvät Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen kuvituskuvat ravintokolmio, ainekset ruokaan ja lautasmalli (Kuvio 1).



Kuvio 1: Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen ruokakolmio, ainekset ruokaan ja lautasmalli (Lyytikäinen & Kuusipalo 2016)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty Suomen ravitsemusterapeuttien yhdistyksen ruokakolmion, lautasmallin sekä niihin liittyvien ainekset ruokaan -kuvia. Kuvien käyttö on sallittua käytettäessä samalla RTY:n logoa. (Lyytikäinen & Kuusipalo 2016.) Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen ruokakolmiossa ovat pääroolissa kasvikset, hedelmät, juurekset ja vihannekset. Kuvissa ulkomaiset hedelmät ja vihannekset tuovat monipuolisuutta ja vaihtelua valikoimaan. Seuraavalla tasanteella ovat täysjyväviljatuotteet, jotka täydentyvät vähärasvaisilla maitotuotteilla, munilla, kalalla, siipikarjalla ja pehmeillä rasvoilla. Ruokakolmion huipulla pienessä roolissa ovat lihajalosteet, makkara ja makeat herkut. Ainekset ruokaan -kuvassa korostuvat samat ruoka-aineet; vihanneksiin sisältyy myös palkokasveja, kattilaan sujahtaa vihannesten lisäksi rasvaista kalaa ja pehmeää rasvaa. Viimeisessä kuvassa lautaselle on päätynyt puoli lautasellista vihanneksia, neljäsosa lautasesta on täytetty hiilihydraattipitoisilla perunoilla ja viimeinen neljännes runsaasti proteiineja sisältävällä siipikarjalla.

Suomessa on laajasti käytössä toinenkin ruokakolmio; muun muassa Sydänliiton ja Diabetesliiton ravitsemussuositukset perustuvat Itä-Suomen yliopiston ja pohjoismaisen tutkijaryhmän laatimaan Itämeren ruokavalioon, jossa on pohjana Harvardin yliopiston tutkijoiden vuonna 1993 julkistama Välimeren ruokavalio (Willett ym. 1995, 1403S). Yhtä lailla kasviksiin ja viljoihin pohjautuvaan Välimeren ruokavalioon kuuluu lisänä liikuntasuositus ja mukana on myös viinilasi. Itämeren ruokavalio on muokattu Välimeren ruokavalion tyyliin Suomen oloihin, liikunta ei ole mukana ja juomista mukaan kuuluvat vain maito ja piimä sekä janojuomana vesi. (Uusitupa ym. 2013, 53.) Itämeren ruokavalion on havaittu vaikuttavan suotuisasti veren rasva-arvoihin ja vähentävän matala-asteista tulehdusta (Uusitupa ym. 2013, 52).

Tässä opinnäytetyössä päädyttiin kuitenkin Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen ruokakolmion käyttöön, jossa kotimaisia kasviksia täydentävät ulkomaiset hedelmät ja vihannekset. Tämä opinnäytetyö toteutettiin keväällä ja ohjauksen pohjaksi tarvittiin monipuolisesti edulli-

sia vaihtoehtoja. Tässä opinnäytetyössä käytettävät käypä hoito -suositukset perustuvat tutkimustietoon ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksiin, joita havainnollistavat Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen laatima ruokakolmio ja lautasmalli. (Lyytikäinen & Kuusipalo 2016.) Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositusten pohjana ovat pohjoismaiset ravitsemussuositukset (Nordic Nutrition Recommendations, NNR), jotka on laadittu yli sadan asiantuntijan yhteistyönä ja laajan tieteelliseen näytön perusteella. Päähuomio kiinnitetään yksittäisten ruoka-aineiden sijaan ruokavalion kokonaisuuteen ja nautittavien ruoka-aineiden laatuun (Taulukko 1). Pohjoismaiset ravitsemussuositukset korostavat ruoan merkitystä ravintoaineiden lähteenä sekä ruoan yhteyttä terveyteen. (NNR 2012, 9 - 14.)

Suosi näitä	Muuta nämä	Rajoita näitä
Vihanneksia ja palkokasveja	Valkoiset viljatuotteet → täysjyvään	Prosessoitua ja punaista lihaa
Hedelmiä ja marjoja	Voi → kasviöljyihin	Virvoitusjuomia ja ruokia, joissa on lisättyä sokeria
Kalaa ja muita mereneläviä	Voilevitteet → kasvirasvalevitteisiin	Suolaa
Pähkinöitä ja siemeniä	Rasvaiset maitotuotteet → vähärasvaisiin maitotuotteisiin	Alkoholia

Taulukko 1: Tieteelliseen näyttöön perustuva ohje terveyttä edistävään ruokavalioon (mukailten NNR 2012, 23)

Monilla kasvipärisillä tuotteilla on matala energiatiheys ja korkea suojaravintoainepitoisuus, jolloin ne voivat auttaa painonhallinnassa. Kasvikset, juurekset, hedelmät, marjat, pähkinät, siemenet ja täysjyväviljat sisältävät paljon ravintokuitua, joka vähentää riskiä sairastua korkeaan verenpaineeseen, sydän- ja verisuonisairauksiin, tyypin 2 diabetekseen sekä joihinkin syöpiin. Rasvainen kala, pähkinät, siemenet ja kasviöljyt tarjoavat tyydyttymättömiä rasvahappoja. (NNR 2012, 21). Rapsi- ja pellavaöljy sisältävät paljon Omega 3 - ja Omega 6 -rasvahappoja. Tyydyttymättömän rasvan lähteiden käyttöä pääasiallisina rasvanlähteinä tukee vankka tieteellinen näyttö. Kalasta saatavilla pitkillä Omega 3 -rasvahappoketjuilla on erityisen tärkeä terveyttä edistävä merkitys. Valkoisia viljoja, sokeroituja juomia, runsaasti lihaa, makeisia ja jälkiruokia sisältävän ruokavalion on todettu lisäävän ylipainoa ja kasvattavan vyötärön ympäristä. Vähärasvaisten maitotuotteiden suuri kulutus on yhteydessä korkean verenpaineen, aivoverenvuotohäiriöiden ja tyypin 2 diabeteksen riskin vähenemiseen. (NNR 2012, 22.)

Liha, muna ja maitotuotteet ovat tärkeitä proteiinien ja mineraalien lähteitä ja niiden laatuun tulee kiinnittää huomiota. Prosessoidun ja punaisen lihan korvaaminen kalalla, siipikarjalla ja kasvisperäisillä proteiinivaihtoehdoilla, kuten palkokasveilla, perustuu siihen, että prosessoidulla lihalla on todettu olevan yhteys kohonneeseen suolistosyöpien, tyypin 2 diabeteksen, lihavuuden ja sydän- ja verisuonisairauksien riskiin. Punaisella lihalla on samanlainen, joskin heikompi yhteys. Sokeroitujen virvoitusjuomien käyttö on yhteydessä tyypin 2 diabeteksen riskin kohoamiseen. Runsas suolan käyttö lisää korkean verenpaineen riskiä. (NNR 2012, 22.) Alkoholin määrän ei pitäisi päivässä ylittää naisilla 10 g ja miehillä 20 g ja alkoholista saadun energiamäärän pitäisi jäädä korkeintaan viiteen prosenttiin vuorokauden energiamäärästä (NNR 2012, 28.)

Näiden näyttöjen pohjalta on laadittu ohjaajan tueksi laihdutusruokavalion periaatteet (Taulukko 2). Lihavuuden hoidossa ruokavaliolla on keskeinen merkitys. Pitkäaikaiseen laihduttamiseen suositellaan ruokavaliota, joka sisältää energiaa 2,1 - 4,2 MJ (500 - 1000 kcal) henkilön todellista energiankulutusta vähemmän. (Pietiläinen ym. 2013). Tällaisella ruokavaliolla paino putoaa keskimäärin 1/2 - 1 kg viikossa (Haglund ym. 2011, 17 - 18).

Laihdutusruokavalion periaatteet
<p>Noudata säännöllistä ateriarytmiä Syö lautasmallin mukaisesti Syö erittäin runsaasti kasviksia Syö päivässä 3 - 4 annosta marjoja tai hedelmiä Suosi täysjyväleipää, puuroja ja muita täysjyväviljoja Vähennä kovaa rasvaa ja leikkeleitä, lisää pehmeää rasvaa Valitse vähärasvaisia maitotuotteita Suosi kalaa, siipikarjaa, vähärasvaista lihaa ja palkokasveja Totuttele pienempiin ruoka-annoksiin, älä vähennä kasvien määrää Nauti makeita herkkuja ja alkoholia vain harvoin ja vähän Juo tarpeeksi vettä Älä napostele</p>

Taulukko 2: Laihdutusruokavalion periaatteet (mukaillen Haglund ym. 2011, 166; Pietiläinen ym. 2013; NNR 2012, 22 - 23)

Energiamäärää alennetaan vähentämällä ruokavaliosta valkoisia viljoja tai sokereita sisältäviä ruokia. Runsaasti rasvoja sisältäviä ruokia vähennetään huolehtien samalla riittävästä välttämättömien rasvahappojen saannista. Vastaavasti ruokavalioon lisätään vesi- ja ravintokuitupitoisia ruokia kuten kasviksia, hedelmiä, marjoja ja täysjyväviljoja. (NNR 2012, 22 - 23.)

3.1.4 Ohjaus

Ravitsemusohjauksen kontekstissa on keskeistä ruokailutottumusten muutoksen aikaansaaminen. Käyttäytymismuutosten aikaansaaminen on keskeistä etenkin lihavuuden hoitoon tähtää-

vässä ravitsemusohjauksessa. Mielialan vaihtelut ja motivaation muutokset ovat niin psykoosikuntoutujien kuin muunkin väestön kohdalla syynä pysyvien ja terveyttä edistävien ravitsemustottumusten toteutumisen vaikeuteen. (Yarborough, Stumbo, Yarborough, Young & Green 2015, 6 - 7; Blechert, Klackl, Miedl & Wilhelm 2016, 257.)

Tässä opinnäytetyössä tapahtuva ohjaus perustui pragmatistiseen oppimiskäsitykseen. Pragmatistisessa oppimiskäsityksessä oppimisen tuloksena syntyvä osaaminen nähdään tietämisen, taitamisen, ymmärtämisen ja tilanteiden hallintakyvyn integroituneena kokonaisuutena, jossa on keskeistä uusien toimintatapojen syntyminen. Oppiminen nähdään välineenä, jonka avulla muodostetaan uusia toimintatapoja. Tiedon nähdään sisältyvän toimintatapoihin, joiden avulla ympäristön kanssa toimiminen mahdollistuu. Kieltä, sanoja ja käsitteitä käytetään työvälineinä, jotka mahdollistavat entistä merkityksellisemmän tavan toimia. Todellisuus rakentuu toiminnan ja ajattelun vuorovaikutuksena. Pragmatismen toiminnassa on tärkeää toiminnallinen vuorovaikutus maailman kanssa. Ihminen nähdään luonnostaan toimivana olentona, jolle toiminta on myös palkitsevaa. Toiminta ohjaa ihmistä ja ympäristöä tarvittavaan muutokseen.

Dewey ym. (1917, 64) ovat painottaneet elämänläheisyyttä ja oppimista välineinä, joiden avulla tuotetaan ihmisen ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa uusia toimintatapoja. Pragmatistinen oppimiskäsitys perustuu yhdessä toimimiseen. Keskeisenä tekijänä toimintatapojen muutokselle nähdään ihmisen ja ympäristön vuorovaikutus. Oppiminen on aktiivista, siihen liittyy erilaisia toimintoja ja kokemuksia, joiden avulla uudet toimintatavat syntyvät. (Raij ym. 2011, 8.)

Kääriäinen (2007, 7) korostaa ohjauksen sidonnaisuutta kontekstiinsa ja toteaa ohjauksen olevan vuorovaikutuksessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Lähtökohtana ohjaustilanteessa on kuntoutujan ja hoitohenkilökunnan välinen konteksti, joka rakentuu kuntoutujan ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen avulla. Vuorovaikutus on keino rakentaa ohjaussuhdetta. Pratt ym. (2013, 297) ovat tutkineet vakavia mielenterveydenhäiriöitä sairastaneiden kuntoutujien selviytymistä ja itsehoidon kehittymistä. Tutkimuksessa kuntoutujat saivat sairaanhoitajalta ohjausta tekniikkaa hyväksi käyttäen. Tutkimustuloksien mukaan tekniikan hyödyntäminen ohjauksessa nähtiin toimivana ratkaisuna. Kuntoutujien kyky toteuttaa itsehoitoa koheni tutkimuksen aikana.

Ohjaus on osa kuntoutujan kokonaisvaltaista hoitotyötä ja sen tulee tapahtua suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti. Tarkoituksena on tukea ja kannustaa sekä auttaa kuntoutujaa löytämään omat voimavaransa ja ottamaan vastuu omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Ohjauksen tavoitteena hoitotyössä on vahvistaa kuntoutujan itsenäistä selviytymistä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5 - 6.) Hoitotyössä pyritään kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Kuntoutujan ja hoitajan tulee yhdessä asettaa realistiset ta-

voitteet ja varmistaa sitoutumisensa niihin. Hoitajan ja kuntoutujan välillä tulee olla toimiva ja luottavainen vuorovaikutussuhde, joka perustuu molemminpuoliseen aktiiviseen vuorovaikutukseen. Näin ohjauksella saadaan tuotettua hyvä tulos. (Kyngäs ym. 2007, 38 - 40.)

Motivoiva ohjaus on näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuva menetelmä, jonka avulla voidaan muuttaa ohjattavan ihmisen elintapoja terveyttä edistäviksi. Tämä hoitotyön menetelmä valmistaa ohjattavan miettimään itse omaa terveyttään ja hyvinvointiaan suhteessa elintapoihinsa sekä löytämään sieltä mahdollisia ristiriidassa olevia asioita. (Mustajoki & Kunnamo 2009; Dart 2011, 48.) Motivoivan haastattelun periaatteet ovat tutkitusti tehokkaita elintapohjauksessa. Tätä William Millerin (2009) kehittelemää toimintamallia voidaan hyvin käyttää myös psykoosikuntoutujien ravitsemusohjauksessa. Malli auttaa heitä yhdistelemään ravitsemukseen ja terveyteen liittyviä asioita ja vahvistamaan tarvittaessa muutoshalukkuutta toteuttamaan ravitsemussuositusten mukaista ruokavaliota. (Miller & Rose 2009, 527 - 537.)

Lihavuuden hoitoon liittyvässä ohjauksessa on oleellista ohjattavan oma halu muutokseen. Ohjaajan ja ohjattavan suhteessa korostuu tasa-arvoinen vuorovaikutus, jonka avulla tavoitellaan muutoksia käyttäytymisessä. Ohjattavaa rohkaistaan arvioimaan omia ruokailu- ja liikuntatottumuksiaan niin, että hän löytää itselle parhaiten sopivat muutoskohteet ja keinot muutosten toteuttamiseen. Ohjaaja toimii ohjattavaa tukevana asiantuntijana. (Haglund ym. 2011, 168.) Ohjaajan tueksi on laadittu kysymyksiä käytännön työhön (Taulukko 3).

Kysymyksiä psykoosikuntoutujan ravitsemusohjaukseen

Miksi psykoosikuntoutuja haluaa laihtua?
 Mikä on psykoosikuntoutujan tavoite ja onko se mahdollista saavuttaa?
 Onko psykoosikuntoutujan paino nyt korkeampi kuin koskaan aiemmin?
 Kuinka hyvin hän on aiemmin onnistunut laihduttamistavoitteissaan?
 Kuinka nopeasti hän toivoo laihtuvansa?
 Millainen on päivä- ja ateriarytmi?
 Missä hän ruokailee, mistä ostaa ruoan ja miten valmistaa aterian?
 Millainen perhe hänellä on, ovatko muut ylipainoisia, syökö perhe yhdessä?
 Mitä ruokia hän yleensä syö?
 Millaisiin muutoksiin hän on valmis?

Taulukko 3: Kysymyksiä ravitsemusohjaukseen (mukailen Haglund ym. 2011, 169; Pietiläinen ym. 2013)

Ohjauksen alussa psykoosikuntoutujan kanssa selvitetään, onko hänellä tarvetta tehdä muutoksia ruokailu- ja liikuntatottumuksiinsa. Jos psykoosikuntoutuja pitää muutoksia tarpeellisina, ohjaajan tehtävä on varmistaa, että psykoosikuntoutujalla on myös valmiudet tehdä muutokset tämän hetkessä elämäntilanteessaan. Tavoitteet laaditaan yhdessä. Niiden tulee olla realistisia ja ne kirjataan muistiin. Ensimmäisten tapaamisten aikana voidaan lisäksi pohtia, mitä muutoksia psykoosikuntoutuja on jo aiemmin tehnyt, mikä on jäänyt pysyväksi ja mikä

on ollut onnistumisen salaisuus. Tavoitteet voi pilkkoa pieniin osatavoitteisiin, jolloin niiden saavuttaminen tuntuu helpommalta, askel kerrallaan. Ohjaukset tarjotaan tavallisesti 10 - 20 kertaa (Haglund ym. 2011, 164; Kaukua 2010). Tärkeää on tuki, kannustaminen ja syömisen hallinnan taitojen opettelu niin, että lipsahdukset nähdään oppimistilanteina, joista ei lannistuta vaan opitaan uutta ja jatketaan eteenpäin (Haglund ym. 2011, 169; Kaukua 2010; Pietiläinen 2013).

Ohjaukseen liittyviä lakeja ja suosituksia ovat muun muassa Suomen perustuslaki (1999/731), kuntalaki (1995/365), kansanterveyslaki (1972/66), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), erikoissairaanhoidonlaki (1989/1062) ja eri ammattihenkilöitä koskeva lainsäädäntö. Toimintaa ohjaavat myös yleiset suositukset, oppaat, käytänteet ja yleiset periaatteet, ohjaajan arvot ja asenteet sekä hyvät tavat. (Kyngäs ym. 2007, 13.)

Tässä opinnäytetyössä ohjauksen tarkoituksena oli tukea ja ohjata psykoosikuntoutujaa omaan ravitsemukseen liittyvissä asioissa sekä antaa tietoutta metaboliseen oireyhtymään vaikuttavista seikoista ja niiden terveysvaikutuksista. Ohjaus toteutettiin osittain pelillisen materiaalin avulla, mikä teki yhtäläisyyksien ymmärtämisestä käytännön elämässä helpompaa. Ohjausta toteutettaessa huomioitiin myös sen jatkuvuus. Psykoosikuntoutujille annettiin tietoa, mistä kuntoutuja voi saada apua tai tukea vielä hankkeen päätyttyäkin.

3.1.5 Pelillistäminen ja hyötypelit

Pelillistämällä tarkoitetaan erilaisten todellisten ympäristöjen sijoittamista pelien maailmaan. Pelillistämällä arkea voidaan motivoida, kannustaa ja sitouttaa pelaajaa hausalla tavalla suoriutumaan erilaisista tehtävistä ja arjen velvollisuuksista. Pelissä kannustetta tuovat erilaiset saavutukset, edistymispalkit, tunnustukset ja tulostaulut sekä ansaittu virtuaalivaluutta. Onnistumisen tunnetta ja kannustusta luodaan selkeillä pienillä tavoitteellisilla tehtävillä, joista pelaaja saa tunnustusta edetessään kohti suurempaa tavoitetta ja korkeampaa tasoa. Pelillistäminen on noussut suureen suosioon tämä päivänä. Pelejä käytetään oppimista tukevana menetelmänä kouluissa, opinnoissa ja työelämässä. (Vesterinen & Mylläri 2014, 56.) Hyötypelit voivat myös auttaa käyttäytymisen muutoksessa. (Jansson 2014; Kivinen 2008, 21, Pekonen 2014.)

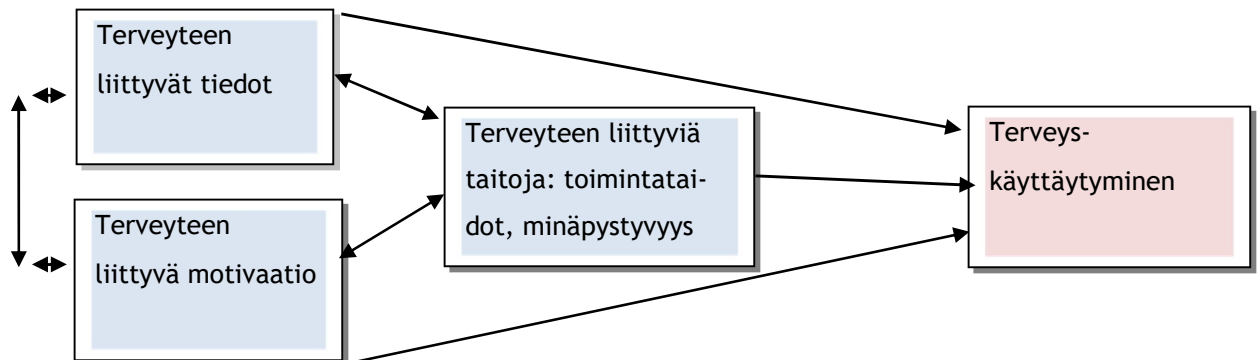
Hyötypelillä tarkoitetaan peliä, joka ohjaa tai opastaa pelaajaa kohti jotain hyödyllistä tavoitetta (Jansson 2014). Hyötypelien, etenkin terveyspelien tavoitteena on ohjata pelaajaa kohti terveellisempiä elämäntapoja. Peli voidaan sijoittaa esimerkiksi ruokakauppaan, jolloin tarkoituksena on toteuttaa terveyttä edistäviä valintoja ravitsemuksen suhteen tai kuntosalille, jolloin tarkoituksena on tehdä liikkumisesta säännöllistä ja kohottaa kuntoa. Hyötypelejä voi-

daan hyödyntää kaikissa ikäryhmissä pelaajan hyvinvoinnin tukemiseksi. (Jansson 2014; Kivinen 2008, 21.)

Jansson (2014) uskoo, että pidemmällä tähtäimellä hyötypelien avulla voidaan ehkäistä sairauksia, nopeuttaa potilaiden kuntoutumista ja saavuttaa suuria säästöjä terveydenhuollon kustannuksissa. Tässä opinnäytetyössä kehitettiin pelillistä ohjausmateriaalia psykoosikuntoutujille. Pelin on tarkoitus ohjata psykoosikuntoutujaa arjen ruokavalinnoissa. Peliä kehitettiin yhdessä kohderyhmän ja eri alojen ammattilaisten kanssa. Tämä koettiin tärkeänä, jotta pelistä saatiin rakennettua toimiva ja tarkoituksenmukainen kokonaisuus. Pelillisen materiaalin julkaisemista verkossa pohdittiin toteutettavan HUS:n aikuisten mielenterveystalon kanssa. Verkossa julkaistavasta materiaalista kuitenkin luovuttiin ja pelistä kehitettiin pelikortit ja omalle koneelle ladattava versio, joka toimii ilman verkkoyhteyttä ohjaustilanteessa.

3.2 Työssä käytetty terveyskäyttäytymisen malli

Tässä opinnäytetyössä käytetyn teoreettisen mallin pohjana on kansainvälinen IMB (Information-Motivation-Behavioral Skills Model, Kuvio 2) eli Tiedot-Motivaatio-Käyttäytymistaidot -malli (Fisher, Amico, Fisher & Harman 2008, 198 - 200) sekä OECD:ssä kehitetty kompetenssimalli (Kuvio 3), joka muodostuu kolmesta pääkategoriasta: vuorovaikutteinen osallistuminen sosiaalisesti monimuotoisessa ryhmässä, itsenäinen toimiminen sekä työvälineiden interaktiivinen käyttäminen (DeSeCo 2005).

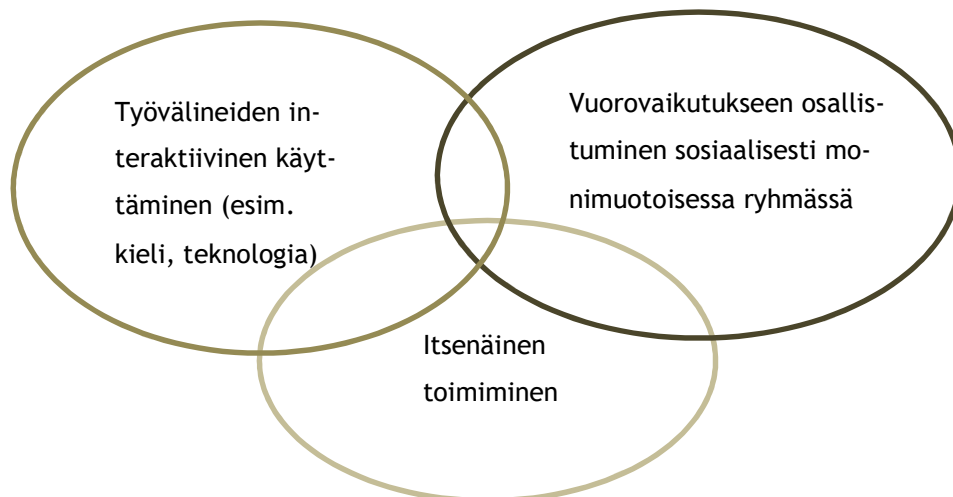


Kuvio 2: Terveyskäyttäytymisen osatekijöitä (mukaillen Fischer ym. 2008, 198 - 200)

Tieto (information) on terveydentilan perustieto, joka voi vaikuttaa siihen, millä tavalla ja mihin suuntaan sairaus etenee ja millaisilla keinoilla sitä voidaan hallita. Motivaatio (motivation) käsittää henkilökohtaiset asenteet hoitoon sitoutumiseen, havaitun sosiaalisen tuen ja ihmisen omat subjektiiviset käsitykset siitä, miten muut vastaavassa tilassa olevat henkilöt käyttäytyisivät. Käyttäytymistaidot (behavioral skills) sisältävät varmistuksen siitä, että ihmi-

sellä on hoitoon sitoutumiseen tarvittavat käyttäytymiseen liittyvät työvälineet tai strategiat, kuten sosiaalinen tuki ja itsesäätelystrategiat. (Models 2003, 141.)

IMB-mallin mukaan tiedon (information) tulee olla terveyskäyttäytymiseen liittyvää. Sen tulee olla helposti omaksuttavaa ja arkipäivän ympäristöön sovellettavissa olevaa. Lisäksi tiedon tulee olla ajankohtaista, ymmärrettävää, tarkkaa ja tutkittua. Tieto ei itsessään johda myönteiseen terveyskäyttäytymiseen. Prosessointi, jonka avulla tietoa ymmärretään ja käytetään arkitilanteissa, puoltaa myönteistä terveyskäyttäytymistä. Tiedon lisäksi pitää olla myös motivaatiota (motivation) hyödyntää tietoja omaan käyttäytymiseen. Motivaatio koostuu henkilökohtaisesta motivaatiosta (asenne terveyskäyttäytymiseen), sosiaalisesta motivaatiosta (sosiaaliset normit, koettu sosiaalinen tuki) sekä emotionaalista motivaatiosta. IMB-mallin mukaan käyttäytymistaidot (behavioral skills) ovat terveyskäyttäytymistä määrittäviä tekijöitä. Terveiden edistämiseksi tarvitaan tietojen ja motivaation lisäksi taitoa soveltaa tietoja arkielämään. (Bandura 1997; Fisher ym. 2008, 198 - 200.)

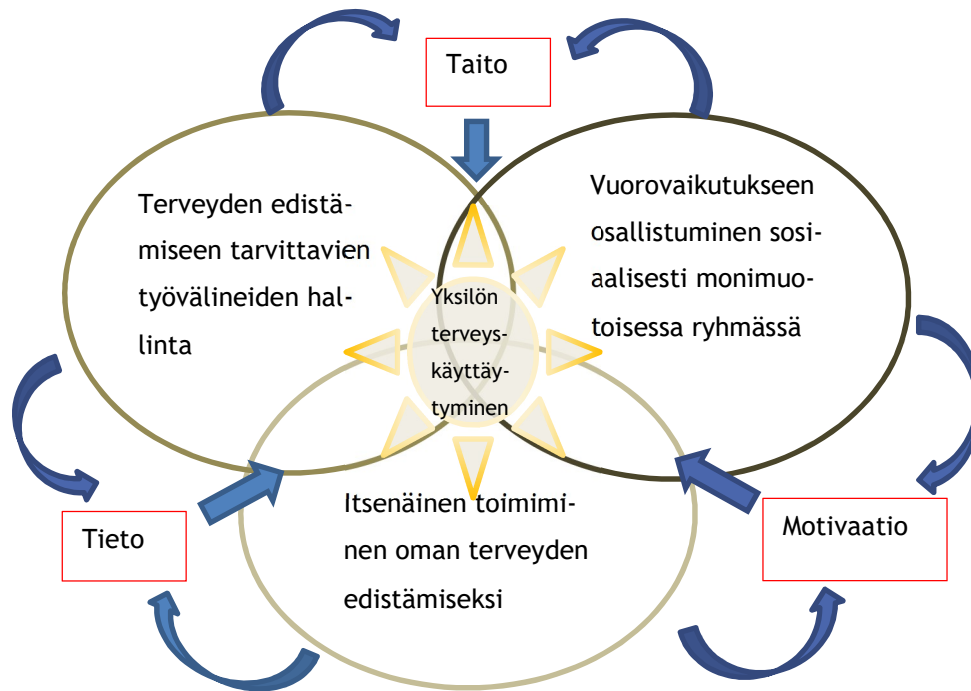


Kuvio 3: OECD:n kompetenssimalli

Tässä opinnäytetyössä käytetty teoreettinen malli yhdistää IMB-mallin ja OECD-kompetenssit, jotka vastaavat globaalin informaatioyhteiskunnan tarpeisiin. Lisääntynyt tiedon saatavuus on muuttanut ohjaajan roolia tiedon antajasta tiedon äärelle opastajaksi. Toimintataidon, minäpystyvyyden tunteen ja motivaation syntyminen edellyttää kykyä toimia sekä itsenäisesti että osallistua vuorovaikutukseen monimuotoisessa ryhmässä (Kuvio 4).

Tässä opinnäytetyössä yhdistettiin IMB-malli ja OECD:n kompetenssimalli. Niiden avulla tarkasteltiin osaamiskokonaisuuksia eli kompetensseja, joita tarvitaan nykyisessä globaalissa tietoyhteiskunnassa selviämiseen. Malli korostaa joustavuutta, yritteliäisyyttä ja henkilökohtaista vastuuta. Mallin keskiössä on yksilön kyvykyys ajatella itseään moraalisena ja älyllisenä kyp-

syiden ilmentymänä sekä ottaa vastuuta omasta oppimisestaan ja käyttäytymisestään. Osiot eivät ole toisiinsa nähden irrallisia, vaan ne liittyvät yhteen. (DeSeCo 2005, 8.)



Kuvio 4: Opinnäytetyössä käytetty terveyskäyttäytymisen malli

Tässä opinnäytetyössä tiedolla tarkoitetaan ravitsemukseen liittyviä tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvia seikkoja, joiden avulla psykoosikuntoutujan ravitsemustilaa voidaan muuttaa terveyttä edistäväksi. Taidolla tarkoitetaan psykoosikuntoutujan osaamisen kehittymistä ravitsemukseen liittyvän tiedon soveltamisesta käytännön toimintaan. Motivaatiolla tarkoitetaan mielenterveyskuntoutujalle hyvän olon kautta muodostuvaa halua hyödyntää ravitsemukseen liittyvää tietoa ja taitoa päivittäisessä toiminnassa. (Models 2003, 141.)

3.3 Aikaisempi tutkimustieto

Tätä opinnäytetyötä varten tehtiin tiedonhaku käyttäen tietokantoja Medic, PsycARTICLES (ProQuest), PubMed, CINAHL ja Cochrane Library. Valintakriteereinä oli, että artikkelin tulee käsitellä mielenterveyskuntoutujaa ja kansansairauksille altistavia tyypillisiä terveyshaittoja. Tutkimuksen julkaisujankohdan tuli sijoittua tammikuun 2010 ja lokakuun 2015 välille. Lisäksi rajaus oli tehty koskemaan aikuisia mielenterveyskuntoutujia, joilla psykoosi oli sairastettu muusta kuin mielialahäiriöstä johtuvasta syystä. Tutkimuksen julkaisukieleksi rajattiin englanti, suomi, ruotsi ja unkari. Asiasanat ja hakutermit, joita käytettiin, olivat: schizophrenia, psychosis, psychoses, hyperlipidemia, metabolic syndrome, diabetes, obesity, weight management ja treatment. Prosessin dokumentointi parantaa työn luotettavuutta. Tästä syystä

tiedonhakuvaiheen tulokset koottiin alusta lähtien taulukkoon, josta ilmenee käytetyt tietokannat, hakusanat, rajaukset sekä tulosten ja valintojen määrät (Liite 1).

Tietokannoista poimittiin 68 artikkelia. Lisäksi valittiin seitsemän artikkelia manuaalisesti. Yhteensä 76 potentiaalisesti relevantin artikkelin kriittisen tarkastelun ja analyysin jälkeen mukaan valittiin 23 artikkelia. Artikkelit rajattiin ulkopuolelle, mikäli ne sisälsivät mielialahäiriöistä johtuvista syistä aiheutuvia psykooseja, lasten psykooseja, ensipsykooseja tai syömishäiriöitä tai jos ne eivät käsitelleet toistuvia psykooseja. Artikkelit luokiteltiin tutkimusraportteihin, kirjallisuuskatsauksiin, yleiskatsauksiin ja asiantuntijatyöhön perustuviin julkaisuihin. Lisäksi niistä mainittiin tutkimusmenetelmän lähestymistapa, laadullinen, määrällinen tai triangulaatio sekä tutkimuksessa käytetyt metodit ja aineiston koko (Liite 2).

Mukaan valituista 23 artikkelista 10 oli tutkimusraportteja, kuusi kirjallisuuskatsauksia (Laurson, Nordentoft & Mortensen 2014; Ringen, Engh, Birkenaes, Dieset & Andreassen 2014; Mitchell, Vancampfort, Sweers, Winkel & De Hert; Mizock 2012; McDaid & Smyth 2015.), neljä yleiskatsauksia (Saari, Raiskila, Moilanen, Jääskeläinen & Niemelä 2015; Heald 2010; Koponen 2011; Penttilä ym. 2015), kaksi väitöskirjaa (Heiskanen; Viacheslav) ja yksi asiantuntijatyöhön perustuva julkaisu (Mäkelä & Laitinen 2012).

Tutkimusraporteista neljä perustui kvantitatiiviseen tutkimukseen, kolme kvalitatiiviseen tutkimukseen ja kolme yhdistettyyn menetelmään. Kvantitatiiviset tutkimukset oli toteutettu pääasiassa survey-tutkimuksina ja niissä tarkasteltiin ylipainoisten psykoosipotilaiden painonhallintaan vaikuttavia tekijöitä. Kvalitatiiviset tutkimukset sisälsivät asiantuntijoiden ja kohderyhmän haastatteluja.

Kahdessa tutkimuksessa kohderyhmä sisälsi muihinkin vakaviin mielisairauksiin sairastuneita ja kaksi keskittyi metaboliseen syndroomaan skitsofreniapotilailla. Tutkimusraporteista yhdeksän pohjautui pohjoisamerikkalaiseen aineistoon ja yksi oli tehty suomalaisten keskuudessa. Yhteensä viisi tutkimusta käsitteli ainoastaan skitsofrenian aiheuttamia psykooseja ja neljä muita psykooseja aiheuttavia vakavia mielisairauksia. Suurin otanta oli Viertiön ym. tutkimuksessa (2012, n = 8028) ja pienin Liun ja Spauldingin (2010, n= 19) tutkimuksessa.

Keskeisistä terveysalan tietokannoista ei työtä aloitettaessa löytynyt lainkaan psykoosikuntoutujan ravitsemusohjausta käsittelevää tutkimusta, jossa esiintyi ruokapyramidi, ruokakolmio tai lautasmalli. Tämän vuoksi tulosta täydennettiin manuaalisesti edellisten tulosten lähteiviittausten avulla. Lisäksi tietoa haettiin manuaalisesti yleisimpien psykoosilääkkeiden vaikutuksesta painoon, IMB-mallin soveltamisesta ravitsemusohjaukseen ja pelillisyyden soveltamisesta ohjaukseen. Tämän opinnäytetyön toteuttamisen aikana valmistui samaan työyhteisöön

kohdistuva Kiiskisen (2016) opinnäytetyö, joka keskittyi metabolisen oireyhtymän tunnistamiseen.

Pelillisyyteen ja hyötypeleihin kohdistuvia kirjallisuuskatsauksia on tehty vasta muutamia. Niiden perusteella aiheeseen liittyvän tutkimustiedon on todettu olevan vielä puutteellista. Lisäksi pelien sisällyttämisestä opetukseen käytännössä on tietoa vähänlaisesti. Kirjallisuuskatsausten perusteella oikeastaan vasta tältä vuosituhannelta on alettu perustelemaan pelien käyttöä opetuksessa teoreettisesta ja pedagogisesta näkökulmasta. (Koskinen, Kangas & Krokfors 2014, 24.)

Psykoosilääkkeet tuovat kuntoutujan ravitsemukseen ja painonhallintaan sellaisen omaleimaisen lisähaasteen, jota muilla kuin psykoosilääkkeitä käyttävillä ei ole. Psykoosilääkkeillä, kuten muillakin lääkeaineilla on todettu olevan runsaasti haittavaikutuksia (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2008, 17). Huttusen (2015b) mukaan perinteisten psykoosilääkkeiden vaikutusmekanismi perustuu siihen, että ne salpaavat aivojen D2-dopamiinireseptoreita. Toisen polven psykoosilääkkeiden vaikutusmekanismi perustuu enemmänkin siihen, että ne salpaavat voimakkaammin aivojen serotoniinireseptoreita 5-HT-2 ja niiden D2-dopamiinireseptoreiden salpaaminen on heikompaa. Vanhat neuroleptit aiheuttavat useammin ekstrapyramidaalioireita eli hermostollisia tahattomia liikkeitä kuten lihaksiston kouristelua, hidastunutta motoriikkaa ja sammaltavaa puhetta tai lihasten pakkoliikkeitä. Huttusen (2015b) ja Wahlbeckin (2003) mukaan toisen polven psykoosilääkkeiden etuna vanhoihin neurolepteihin nähdään ekstrapyramidaalioireiden ja lihasten pakkoliikkeiden väheneminen.

Toisen polven psykoosilääkkeiden haittavaikutuksena on useimmiten painonnousu. Hintikka ja Niskanen (2005) toteavat, että painonnousuun puuttuminen varhaisessa vaiheessa edesauttaa painonhallintaa ja että 5 % painonnousu on vielä kohtalaisen helppo laihduttaa ennen kuin ylipainoa kertyy enemmän. Useiden kansainvälisten tutkimusten (Tarricone, Ferrari Gozzi, Serretti, Greico & Berardi 2009; Barnett ym. 2007, 359; Baptista 1999, 10 - 11) mukaan noin puolella potilaista nousee paino psykoosilääkkeiden käytön ensimmäisten kuukausien ja ensimmäisen vuoden aikana.

Partosen (2010) mukaan potilaille tulee miettiä tehokkaita keinoja painonhallintaan jo lääketoitoa aloitettaessa. On tärkeää, että psykoosikuntoutuja saadaan motivoitua lääketoitoon sen haittavaikutuksista huolimatta. Sillä tutkimusten mukaan (Tiihonen, Wahlbeck, Lönnqvist, Klaukka, Ioannidis & Haukka 2006; Tiihonen ym. 2009) niillä psykoosipotilailla, jotka eivät käyttäneet sairautensa hoitoon lääkitystä, kuolleisuus oli lääkkeitä käyttäviin verrattuna suurempaa ja itsemurhariski selvästi koholla.

Psykoosikuntoutujan lääkehoito tuo osaltaan lisähaastetta ravitsemukseen ja painonhallintaan, sillä osa psykoosilääkkeistä vaikuttaa epäedullisesti painoon sekä lipidi- ja glukoosiaineenvaihduntaan. (Gaulin, Markowitz, Caley, Nesbitt ja Dufresne 1999, 1271; Koro ym. 2002, 1024; Sheitman, Bird, Binz, Akinli, Sanchez ja Hill 1999). Hintikka ja Niskanen (2005, 705) toteavat eniten painoa nostaviksi psykoosilääkkeiksi olantsapiinin ja klotsapiinin. Koron ym. (2002, 1024) mukaan olantsapiinilla on lisäksi vahva yhteys hyperlipidemiaan. Tuominen (2013) toteaa myös klotsapiinin käyttöön liittyvän lipidiarvojen häiriöitä ja lisäksi olantsapiinin ja klotsapiinin aiheuttavan veren glukoosiarvojen häiriöitä.

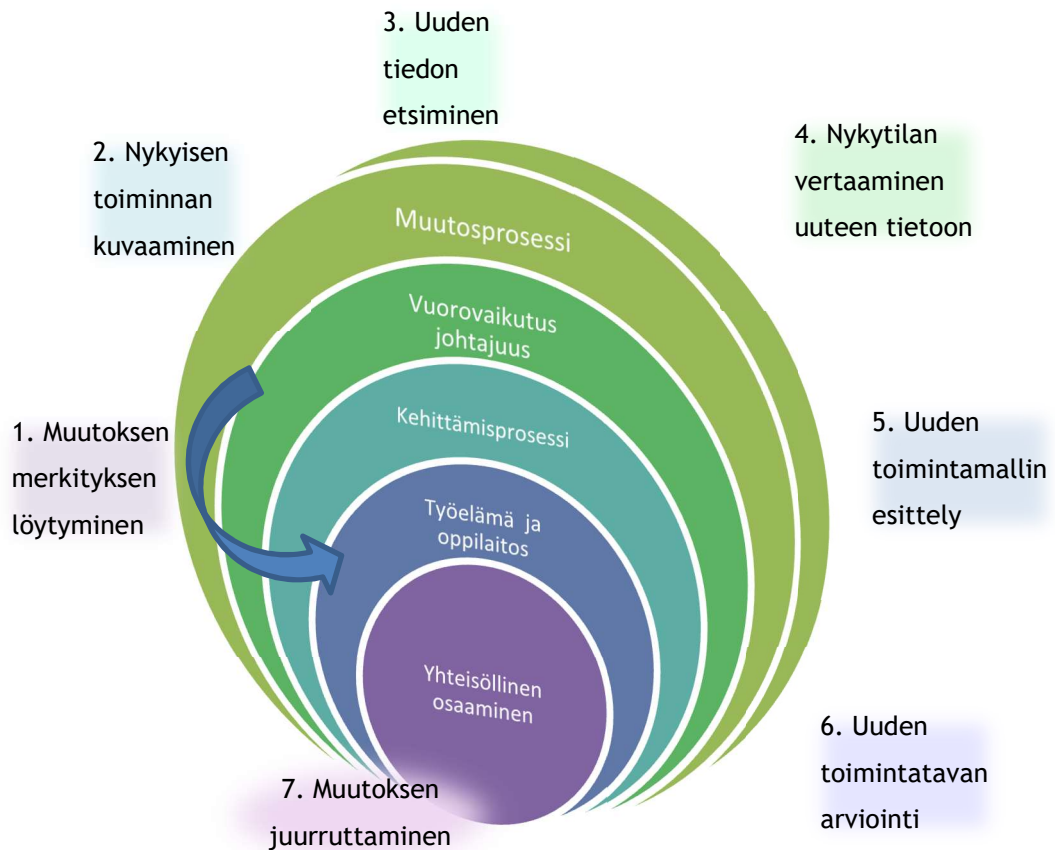
Osborn, Amico, Fischer, Egede ja Fischer (2010, 1201 - 1213) ovat soveltaneet IMB-mallia analysoidessaan diabetesta sairastavan aikuisväestön ruokavalio- ja liikuntaohjausta. Tutkimus kehitti omahoitoon soveltuvaa materiaalia. Tutkimuksessa yhdistettiin määrällistä ja laadullista menetelmää. Laadullinen mittaaminen toteutettiin havainnoimalla ja haastattelemalla. Määrällisesti mitattiin veren glukoosipitoisuutta. Havainnoimalla kerätty tieto poikkesi haastattelun avulla saadusta tiedosta.

Havainnoinnin avulla saatiin tietoa myös sellaisista asioista, jotka haastattelussa jäivät kulttuurisista kertomatta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 213). Johtopäätöksenä oli, että diabetespotilaan ruokavalio-ohjauksen tulee keskittyä asenteisiin ja taitoihin. Lisäksi todettiin sosiaalisen ryhmän merkityksen ruokavalio- ja liikuntaohjauksessa vaativan vielä lisätutkimusta.

3.4 Työelämän kehittäminen

Tämän opinnäytetyön kehittämistyön lähtökohtana oli Laurea-ammattikorkeakoulussa kehitetyn oppimismallin (Learning by Developing, LbD) mukainen työelämän kehittäminen uuden osaamisen luomisella, osaamisen levittämällä sekä oppimisen mahdollistamisella yhteistyöverkostossa (Rauhala 2009, 5). Oppilaitoksen tiivis vuorovaikutus toimintaympäristön kanssa oli avainasemassa työelämälähtöiseen kehittämiseen. (Kallioinen 2008, 6.)

Tässä opinnäytetyössä kehittämistyötä tehtiin työpaikalla yhteistyössä johdon ja henkilöstön kanssa. Kehittämisen menetelmänä oli juurruttamisen menetelmä (Kuvio 5). Kehittämistyön tavoitteena on parantaa työyhteisöjen toimivuutta ja uudistumista. Kehittämistyötä tapahtuu työprosesseissa ja menetelmissä sekä toiminta- ja johtamistavoissa. Tarkoituksena on hyödyntää ja kehittää koko henkilöstön osaamista. (Raij 2011, 6.)



Kuvio 5: Juurruttamisen vaiheet työelämän ja oppilaitoksen kehittämisprosessina (mukaillen Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 27)

Tämä opinnäytetyö kehitti työelämää auttaen löytämään ratkaisuja psykoosikuntoutujan terveyttä edistävän ravitsemuksen toteuttamiseen. Samalla luotiin uusia toimintatapoja ja -malleja työyhteisölle tukemaan psykoosikuntoutujan ravitsemusohjausta ja työelämän hyödynnettäväksi (Kuvio 5). Keskiössä työelämän kehittämisen mallissa on yhteisöllinen oppiminen, joka tapahtuu oppilaitoksen ja työelämän välisessä yhteistyössä ja kumppanuuden rakentamisessa. Kehittämisprosessi käynnistyy yhdessä valitusta aidosta kehittämistarpeesta ja jatkuu muutosprosessina, jossa ovat keskeisellä sijalla johtajuus ja vuorovaikutus. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 24 - 26.)

3.5 Tutkimusmenetelmät

Työelämän kehittämisen menetelmänä käytetty juurruttamisen menetelmä muodosti työlle toiminnallisen viitekehyksen (Kuvio 5). Viitekehyksen sisällä käytettiin erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tutkimusmenetelmät koostuvat tavoista ja käytännöistä, joilla kerätään havaintoja ja tietoa tutkittavasta kohteesta (Hirsjärvi ym. 2010, 183). Tutkimusmenetelmiä ovat aineistonkeruumenetelmät ja analyysimenetelmät. Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelminä käytettiin teemahaastattelua ja havainnointia. Opinnäytetyön analyysiosiossa keskityttiin il-

miöiden huolelliseen analysointiin deduktiivisen sisällönanalyysimenetelmän avulla. (Hirsjärvi ym. 2010, 164.) Deduktiivista sisällönanalyysiä täydennettiin induktiivisella menetelmällä. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset johdettiin opinnäytetyössä käytettävästä terveyskäyttämisen mallista. Niiden avulla haettiin vastauksia työelämän kehittämistarpeisiin.

3.5.1 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset johdettiin työssä käytettävästä terveyskäyttämisen mallista. Terveyskäyttämiseen vaikuttavien tietojen, taitojen ja motivaation taustalla olevia kompetensseja ovat terveyden edistämiseen tarvittavien työvälaineiden hallinta, vuorovaikutukseen osallistuminen sosiaalisesti monimuotoisessa ryhmässä ja itsenäinen toimiminen oman terveyden edistämiseksi. Vastauksia haettiin seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia psykoosikuntoutujan terveyskäyttämiseen vaikuttavia kehittämistarpeita henkilö toi esiin?
2. Miten pelillinen ohjausmateriaali tuki psykoosikuntoutujan ravitsemusohjausta?

Tutkimuskysymykset rajattiin koskemaan psykoosikuntoutujan terveyskäyttämiseen vaikuttavia kehittämistarpeita sekä pelillisen ohjausmateriaalin toiminnallisuutta. Tutkimuskysymykset muotoiltiin kuitenkin väljästi, jotta saatiin mahdollisuus selvittää myös mallin ulkopuolelle jääneet kehittämistarpeet ja muutokset terveyskäyttämisenä.

3.5.2 Aineistonkeruumenetelmät

Teemahaastattelu (Liite 3) toteutettiin keskustelunomaisena tilanteena, jossa osallisina olivat haastattelijat ja haastateltavat (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Hirsjärvi ja Hurme (2010, 48) toteavat, että haastattelu perustuu vuorovaikutukseen, jolloin tilanteeseen vaikuttaa haastattelussa käytetyt sanat, sanojen kielellinen merkitys ja niiden yksilöllinen tulkinta.

Teemahaastattelusta käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu. Puolistrukturoidulle menetelmälle on ominaista, että osa toteutuksesta toteutuu kaikille haastateltaville samalla tavalla. Se antaa kuitenkin haastateltavalle mahdollisuuden vastaamisen vapauteen ja oikeuden omalle puheelle. Haastattelukysymykset esitetään kaikille haastateltaville samassa muodossa. Kysymysten järjestystä tai teemoista keskustelemisen laajuutta voidaan muuttaa tilanteen mukaan. Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu edellyttää haastattelijalta huolellista perehtymistä aiheeseen. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47.)

Tässä opinnäytetyössä kerättiin tietoa myös havainnoimalla. Havainnointi sopii tutkimusmenetelmäksi silloin, kun halutaan saada tietoa siitä, miten asiat todellisuudessa tapahtuvat. Tieteellisessä havainnoinnissa on kyse tarkkailusta, ei vain näkemisestä. Menetelmä on aika työläs, mutta sen avulla voidaan saada suoraa ja välitöntä tietoa toiminnasta. (Hirsjärvi ym. 2010, 212 - 213.)

Tässä opinnäytetyössä havainnointi kohdistettiin pelillisen ohjausmateriaalin toiminnallisuuden ja sen tarkoituksena oli kerätä tietoa pelin kehittämistä varten. Molemmat opinnäytetyön tekijät pitivät omaa havainnointipäiväkirjaa toimien toisistaan riippumattomina rinnakkaishavainnoijina (Hirsjärvi ym. 2010, 214). Havainnointi tapahtui pelin testauksilanteissa, joissa moniammatillinen henkilöstö ja psykoosikuntoutujat pelasivat peliä yhdessä. Havainnoinnin lajina käytettiin osallistuvaa havainnointia. (Hirsjärvi ym. 2010, 216.) Havainnoimalla kerätyt tiedot yhdistettiin ja niitä käytettiin pelillisen ohjausmateriaalin jatkokehittämiseen.

3.5.3 Analyysimenetelmät

Havainnoimalla ja haastatteleamalla kerätty aineisto analysoitiin käyttäen deduktiivista sisällönanalyysiä. Teemahaastattelun teemat ja deduktiivisen sisällönanalyysin luokittelu perustuvat samaan terveystieteen malliin (Kuvio 4) ja siitä johdettuihin tutkimuskysymyksiin. Mallin pohjana olevaa IMB-mallia on testattu paljon (Miller & Rose 2009, 527 - 537; Osborn ym. 2010, 1201 - 1213) ja OECD:n kompetenssimallia käytetään mm. Pisa-tutkimusten mittaamisen mallina (DeSeCo 2005, 3). Deduktiivinen sisällönanalyysi soveltuu hyvin menetelmäksi silloin, kun sovelletaan uutta mallia ensimmäistä kertaa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 25.) Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelun apuna käytettiin haastattelulomaketta, joka toimi myös analyysirunkona (Liite 3).

Sisällönanalyysiä käytetään paljon hoitotieteellisissä tutkimuksissa tutkimusaineiston analyysimenetelmänä. Menetelmän avulla voidaan kuvailla ja määrittellä tutkittavia ilmiöitä ja käsitteellistää erilaisia ilmiöitä. Sisällönanalyysin avulla muodostetaan erilaisia malleja, joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan tiivistetysti esittää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.)

Hirsjärvi ym. (2010, 233) kutsuvat eri tutkimusmenetelmien samanaikaista käyttämistä triangulaatioksi. Tämän termin lisäksi tutkimusmenetelmien yhdistämisestä käytetään useita nimityksiä, kuten metodien yhdistäminen (mixing methods), monimetodinen lähestymistapa sekä kiteyttäminen (crystallization). Nimityksiä käytetään erityisesti yhdistettäessä määrällistä ja laadullista tutkimusta. Tätä tutkimustapaa kuvataan ilmaisemalla se kristalliin katsomiseksi. Näin ollen tutkimuksen tuloksiin vaikuttaa se, miten kukin tutkija on kristallia katsonut ja mitä hän kristallista on nähnyt. (Hirsjärvi ym. 2010, 233.)

Havainnointiaineiston yhdistämisessä hyödynnettiin triangulaatiota, jonka avulla yhdistettiin havainnoimalla kerätyt aineistot. Molemmat opinnäytetyön tekijät pitivät omaa havainnointipäiväkirjaa, joten havainnointiaineistot perustuvat kahden eri henkilön havaintoihin. Kahden eri opinnäytetyöntekijän havaintopäiväkirjoja yhdistämällä voidaan hyödyntää tutkijatriangulaatiota. (Hirsjärvi ym. 2010, 213.) Tutkimustulosten luotettavuutta parantaa eri tutkimusmenetelmien avulla saadut samankaltaiset tulokset (Hirsjärvi & Hurme 2010, 31). Tässä opinnäytetyössä yhdistettiin kahta laadullista menetelmää ja kahden opinnäytetyöntekijän havainnointiaineistoja.

4 Opinnäytetyön toteutus

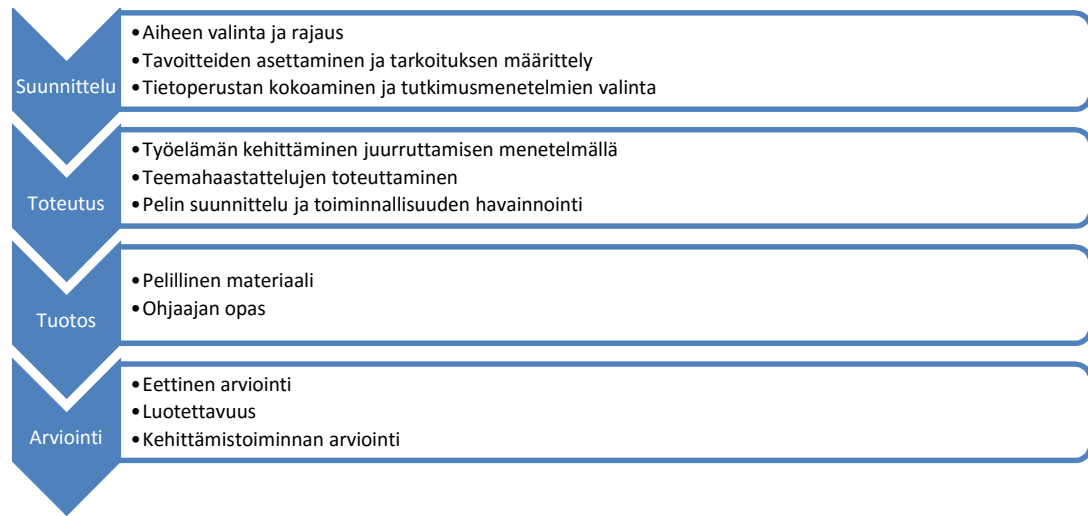
Tämän opinnäytetyön toteuttamisympäristönä oli HUS HYKS Psykiatriaan kuuluva psykoosipoliklinikka. Psykoosipoliklinikalla hoidetaan psykoosikuntoutujia, joilla on pitkäaikaisesti tai toistuvasti psykoosisairaus. Psykoosipoliklinikalla ei hoideta mielialasairauksiin liittyviä psykooseja ja hoitoon hakeudutaan aina lääkärin läheteellä. (Leppävaaran psykoosipoliklinikka 2015.) HUS HYKS Psykiatriaan kuuluva psykoosipoliklinikka on osa Psykiatrian tulosityksikköä, joka vastaa Espoon, Kauniaisten ja Kirkkonummen aikuisten psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestämisestä tiiviissä yhteistyössä alueen muiden toimijoiden, kuten perusterveydenhuollon kanssa. (Psykiatria 2015.)

Työyhteisössä potilaan hoidosta vastaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja ja fysioterapeutti. Tämän opinnäytetyön toteuttamisen aikana samaan työyhteisöön valmistui Kiiskisen (2016) opinnäytetyö, joka keskittyi metabolisen oireyhtymän tunnistamisen valmiuksiin.

Tätä opinnäytetyötä varten saatiin tutkimuslupa HUS:stä. Tutkimuslupa kattoi henkilöstöön kohdistuvan teemahaastattelun ja pelilliseen ohjausmateriaaliin kohdistuvan havainnoinnin. Opinnäytetyön pelillisissä materiaaleissa hyödynnettiin Valion kuvapankin kuvia, joiden käyttämiseen saatiin lupa Valiolta. Tämä opinnäytetyö oli luonteeltaan toiminnallinen ja keskittyi psykoosikuntoutujien ravitsemusohjaukseen sekä siihen liittyvän ohjausmateriaalin kehittämiseen.

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin moniammatillisen henkilöstön näkemyksiä psykoosikuntoutujan terveyskäyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä ja kehitettiin pelillistä ohjausmateriaalia psykoosikuntoutujan ravitsemusohjaukseen.

Tämä opinnäytetyö eteni nelivaiheisena prosessina: suunnittelu, toteutus, tuotos ja arviointi (Kuvio 6).



Kuvio 6: Opinnäytetyön etenemisprosessi: suunnittelu, toteutus, tuotos ja arviointi

Prosessi käynnistyi ideointivaiheella toukokuussa 2015 yhdessä työelämän yhteyshenkilöiden kanssa. Kesän ja alkusyksyn aikana syvennyttiin psykoosisairauksiin ja psykoosipotilaiden erityispiirteisiin. Pelin ideointi aloitettiin syyskuussa 2015 Laurean Leppävaaran toimipisteessä järjestetyssä Game Jam -tapahtumassa. Kolmipäiväisen Game Jam -tapahtuman tuotoksena syntyi ensimmäinen versio ravitsemusohjaukseen tarkoitetusta pelistä. Alustavat tutkimuskysymykset muotoiltiin lokakuussa 2015 ja sen jälkeen aloitettiin systemaattinen tiedonhaku sekä tutkimussuunnitelman kirjoittaminen. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Laureassa joulukuussa 2015 ja HUS:n tutkimuslupa saatiin helmikuussa 2016. Haastattelut toteutettiin helmi - maaliskuussa 2016. Haastattelutulosten analysoimisen jälkeen tutkimuskysymyksiä muokattiin. Analyysituloksissa tuli esiin henkilöstön osaamisen kehittämisen tarpeita, jotka päätettiin ottaa osaksi työtä opinnäytetyötä. Pelillisen ohjausmateriaalin toiminnallisuuden testaaminen havainnoimalla ja siihen perustuva kehitystyö toteutettiin helmi - maaliskuussa 2016 ja opinnäytetyö esiteltiin ja hyväksyttiin opinnäytetyöseminaarissa huhtikuussa 2016.

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi pelillistä ohjausmateriaalia psykoosikuntoutujan ravitsemusohjaukseen ja siihen liittyvä ohjaajan opas. Pelillinen ohjausmateriaali koostui pelikorteista, joissa maat muodostuivat aterioista: aamupala, lounas, päivällinen ja välipala. Ohjaajan opas sisältää tutkimukseen ja näyttöön perustuvaa tietoa ravitsemusohjauksen tueksi. Oppaan lopussa on työkalu MBO:n tunnistamiseen, varhaisen ohjauksen hoitomalli ja psykoosikuntoutujan fyysisen terveyden tarkistuslista. Nämä syntyivät henkilöstön ja työelämän kehittämistarpeiden pohjalta.

Tämä opinnäytetyö eteni projektina, joka on osa Laurean ja HUS HYKS Psykiatriaan kuuluvan psykoosipoliklinikan kumppanuustoimintaa. Projektioorganisaatio koostuu opinnäytetyön toteuttajista, ohjaajista ja kumppanuusyhteyshenkilöistä. Opinnäytetyössä keskeistä oli suunnitella ja tuottaa ohjausmateriaalia psykoosikuntoutujien ravitsemusohjauksen tueksi ja juurruttaa näitä käytäntöjä osaksi työyhteisön toimintaa (Kuvio 7). Työelämän kehittämisen yhteydessä syntyivät MBO:n kolmen rastin lomake, varhaisen ohjauksen toimintamalli ja psykoosikuntoutujan fyysisen terveyden tarkistuslista. Nämä koottiin mukaan ohjaajan oppaaseen, joka on toinen tämän opinnäytetyön tuotoksista. Toisena tuotoksena syntyi pelillinen ohjausmateriaali, jonka toiminnallisuutta kehitettiin havainnointitulosten pohjalta.

4.1 Työyhteisön kehittämistoiminta

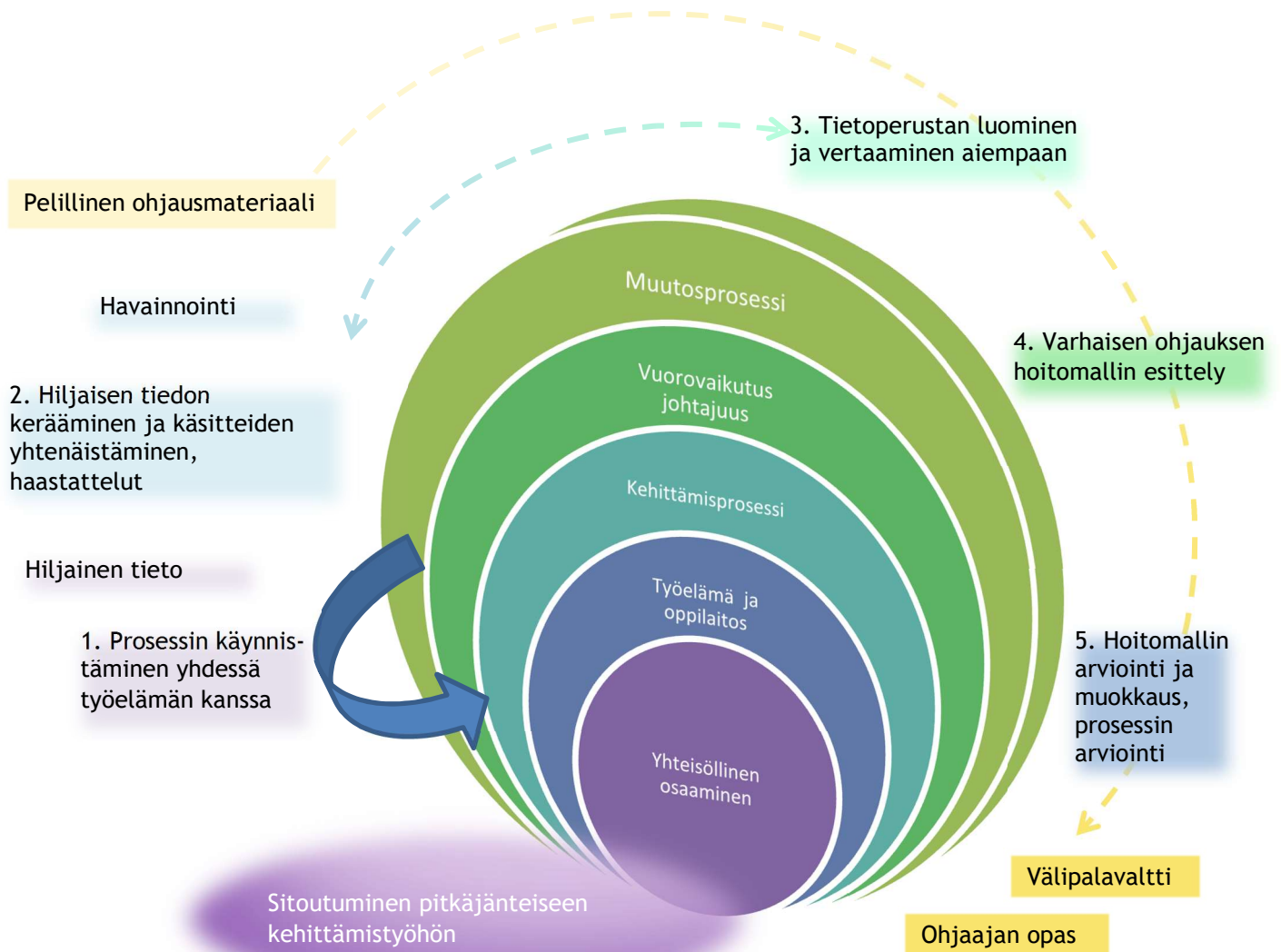
Prosessi käynnistettiin toukokuussa 2015 yhdessä työelämän kanssa käydyn keskustelun tuloksena. Kehittämistoiminta eteni viidestä kierroksesta koostuvina sykleinä noudattaen kehittämishankkeen etenemismallia (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 23). Ensimmäisessä vaiheessa käynnistettiin hiljaisen tiedon kokoaminen.

Tässä opinnäytetyössä hiljaisen tiedon kokoaminen perustuu osin myös Kiiskisen (2016) julkaisemaan opinnäytetyöhön, jolle tämä opinnäytetyö muodostaa jatkumon. Kiiskinen haastatteli saman työyhteisön jäseniä metabolisen oireyhtymän tunnistamisen näkökulmasta ja sai tulokseksi kolme yhdistävää kategoriaa: valmiuden tunnistaa potilaan tilanne, ohjausmenetelmät ja potilasohjauksen kehittämisen (Kiiskinen 2016, 22 - 28). Prosessin ensimmäisessä vaiheessa käynnistettiin myös teorian tiedon kokoaminen tätä opinnäytetyötä varten (Kuvio 7).

Tässä opinnäytetyössä hiljainen tieto käsitteellistettiin ja esiteltiin yksikössä. Ennen haastatteluja käytiin läpi tässä työssä käytettävä terveyskäyttäytymisen malli ja siihen liittyvät käsitteet. Sen jälkeen käytiin haastattelut, joilla pyrittiin selvittämään tarkemmin, millaisia terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia kehittämistarpeita henkilöstö havaitsee psykoosikuntoutujilla olevan. Haastattelut käytiin pienryhmissä ja yksilöhaastatteluina. Tulokset koottiin teemoitain. Etukäteen suunniteltujen teemojen lisäksi keskustelussa nousivat voimakkaasti esiin myös psykoosikuntoutujan yksilöllinen persoona ja sairaudesta johtuvat kognitiiviset puutteet sekä henkilöstön osaaminen ja hoitoprosessi. Prosessin toisessa vaiheessa käynnistettiin myös pelin kehittämisen, jota jatkettiin loppumetreille saakka (Kuvio 7).

Kolmannella kierroksella haettiin teoreettinen ja tutkittu tieto, työstettiin ne käsittekartaksi ja esiteltiin yksikössä; käytiin käsittekarttojen vertailusta syntynyt keskustelu ja tarkennettiin kehittämiskohdetta. Teoreettista tietoa haettiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsaus toteutettiin systemaattisesti. Tiedonhaku tehtiin tietokannoista ja sitä täydennettiin manuaalisesti. Tietoperustan täydentämistä jatkettiin työn kuluessa. Teoriatietoa ja hiljaista

tietoa verrattiin toisiinsa ja vuoropuhelua työyhteisön kanssa käytiin eri teemojen merkityksellisyydestä. Kehittämiskohteiksi nousivat konkreettisen tiedon antaminen, taitojen ohjaaminen kädestä pitäen, riittävä toistojen määrä, henkilöstön osaaminen ja hoitoprosessi. Lisäksi keskustelussa konkretisoitui henkilöstön tarve saada käyttöön työkalu MBO:n tunnistamiseksi. Prosessin kolmannen vaiheen lopuksi käynnistettiin MBO:n kolmen rastin lomakkeen ja varhaisen ohjauksen hoitomallin suunnittelu (Kuvio 7).



Kuvio 7: Tässä opinnäytetyössä toteutettu työelämän kehittäminen prosessi (mukaillen Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 27)

Neljännellä kierroksella valmistui uuden varhaisen ohjauksen hoitomallin ehdotus, joka esiteltiin työyhteisössä. Tämän jälkeen käytiin keskustelu hoitomallin muokkaamisesta työyhteisön käyttöön sopivaksi. Keskustelussa tuli esiin, että heti hoitoprosessin alussa tulee kartoittaa MBO:n riski. Psykoosikuntoutujan voinnin salliessa aloitetaan elämäntapaohjaus ja seuranta

jatketaan säännöllisesti koko hoitoprosessin ajan. Prosessin neljännen vaiheen lopussa tämän opinnäytetyön tulokset alkoivat muotoutua ja niiden jalostaminen tuotoksiksi käynnistyi (Kuvio 7).

Viidennellä kierroksella uusi hoitomalli viimeisteltiin ja arvioitiin työyhteisön kanssa käydyn keskustelun pohjalta (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 23). Tähän opinnäytetyöhön liittyvän työelämän kehittämistoiminnan tuloksena syntyivät MBO:n tunnistamisen ohje, varhaisen ohjauksen hoitomalli ja fyysisen terveyden tarkistuslista, jotka liitettiin osaksi tätä opinnäytetyöraporttia (Liitteet 8, 9 ja 10). Näiden tulosten pohjalta koottiin työyhteisön käyttöön tarkoitettu psykoosikuntoutujan ravitsemusohjauksen opas. Prosessin viidennen vaiheen lopussa valmistui myös pelillinen ohjausmateriaali Välipalavaltti, joka luovutettiin työyhteisön käyttöön.

Kehittämistoiminnan pohjana oli juurruttamisen menetelmä, jossa uusi tieto muodostuu sykleittäin etenevässä vuorovaikutusprosessissa. Vuorovaikutusprosessissa keskeistä oli hiljaisen tiedon ja tutkimustiedon vuoropuhelu. Tieto nähtiin kahdenlaisena: hiljaisena tietona ja tutkimustietona. Hiljainen tieto on kokemuksellista ja toiminnassa olevaa tietoa, joka on sidottu kontekstiin. Hiljainen tieto käsittää yksilön ja yhteisön tietoa siitä, miten tulee toimia tietyssä toimintaympäristössä. Tutkimustieto puolestaan on näkyvää ja luettavissa olevaa tietoa, joka perustuu tutkittuun tietoon. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 22.)

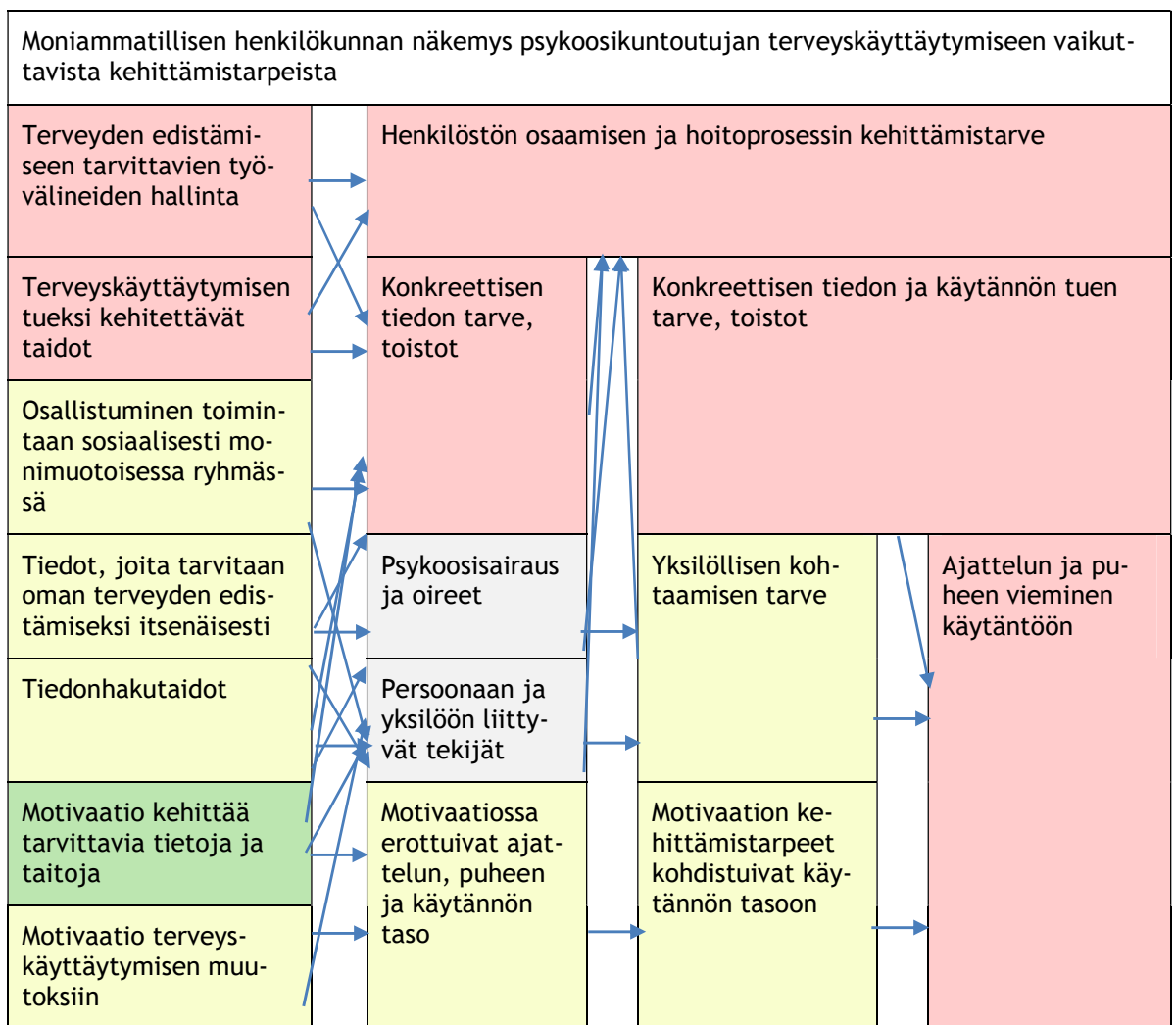
4.2 Teemahaastattelut

Teemahaastattelujen avulla haettiin vastauksia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Millaisia psykoosikuntoutujan terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia kehittämistarpeita henkilöstö toi esiin? Tässä opinnäytetyössä asiantuntijoina haastateltiin (Liite 3) psykoosipoliklinikan moniammatillista henkilöstöä. Henkilöstöön kuuluvasta 22 henkilöstä teemahaastatteluun osallistui 20 henkilöä. Osallistumisaktiivisuus oli 90,91 prosenttia.

Haastattelun saatteeksi laadittiin saatekirje (Liite 4). Haastatteluteemat suunniteltiin opinnäytetyössä käytettävän terveyskäyttäytymismallin pohjalta. Teema-alueiksi muodostuivat: terveyden edistämiseen tarvittavien työvälineiden hallinnan kehittämistarpeet, terveyskäyttäytymisen tukemiseksi kehitettävät taidot, toimintaan osallistuminen sosiaalisesti monimuotoisessa ryhmässä, itsenäiseen terveyden edistämiseen tarvittavat tiedot, tiedonhakutaidot, motivaatio kehittää tarvittavia tietoja sekä taitoja ja motivaatio terveyskäyttäytymisen muutoksiin. Teemahaastattelut toteutettiin 24.2. - 18.3.2016 HUS HYKS psykoosipoliklinikalla. Osallistuminen toteutui henkilöstön työkalentereiden sallimien aikataulujen rajoissa pienryhmissä ja yksilöhaastatteluina. Ryhmähaastattelut olivat kestoltaan 60 minuuttia ja yksilöhaastattelut 15 - 30 minuuttia. Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 5 tuntia 15 minuuttia.

4.2.1 Aineiston käsittely

Aineiston käsittely aloitettiin litteroimalla haastattelun avulla saatu aineisto. Litteroinnin jälkeen kuunneltiin lopuksi vielä haastattelut kokonaisuudessaan ja seurattiin litteroitua tekstiä. Näin varmistettiin, että kaikki haastatteluaineisto saatiin mukaan. Aineisto myös luettiin useita kertoja kokonaisuutena, jotta kokonaisuus haastatteluiden tuloksista avautui selkeästi. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Terveyskäyttäytymisen mallin pohjalta laadittiin tähän opinnäytetyöhön soveltuva teemahaastattelurunko, joka toimi myös analyysirunkona (Liite 3), johon haastatteluaineiston sisältö sijoitettiin.



Taulukko 4: Teemahaastatteluaineiston tyypittely

Teemahaastatteluaineisto tyypiteltiin värikoodein: punainen, keltainen ja vihreä. Värit kuvaavat kehittämistarpeiden määrää eri ryhmissä. Eniten kehittämistarpeita tuli esiin terveyden edistämiseen tarvittavien työvälineiden hallinnan ja terveystyöskäytännön tueksi kehitettävien taitojen ryhmissä. Nämä kehittämistarpeet jaettiin pelkistämisen jälkeen henkilo-

tön osaamisen ja hoitoprosessin kehittämistarpeisiin sekä konkreettisen tiedon ja toistojen tarpeisiin. Konkreettisen tiedon ja toistojen tarve tuli esille myös muihin ryhmiin kuuluvissa ilmaisuissa, jotka yhdistettiin analyysissä (Taulukko 4).

Kun strukturoituun analyysirunkoon poimitaan aineistosta nousevat asiat, on kyse samalla myös kategorioiden ja mallin testaamisesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 8.) Haastatteluaineisto ryhmiteltiin deduktiivisen analyysimallin mukaisesti sijoittamalla aineisto ensin valmiiseen runkoon ja pelkistämällä ilmaisut sen jälkeen vaiheittain. Pelkistämisen jälkeen aineisto tyytellettiin.

Kun aineistoa pelkistettiin, siitä nousivat esille myös psykoosikuntoutujan yksilöllinen persoona ja sairaudesta johtuvat kognitiiviset puutteet, jotka merkittiin harmaalla ja rajattiin tämän työn ulkopuolelle. Vähiten kehittämistarvetta oli haastatteluaineiston mukaan psykoosikuntoutujan motivaatiossa kehittää tarvittavia tietoja ja taitoja. Haastatteluissa tuli esille, että motivaatiota tietojen ja taitojen kehittämiseen on, joten se merkittiin vihreällä. Motivaatioteemoissa tuli esiin myös motivaation jakautuminen kolmelle eri tasolle: ajattelun, puheen ja käytäntöön viemisen tasoille. Eniten kehittämisen tarvetta tuli esiin käytäntöön viemisen tasolla. Tähän liittyi myös konkreettisen tuen ja toistojen tarve.

Haastatteluaineisto käsiteltiin kuvaamalla kategorioiden sisällöt eli mitä kategoriat tarkoittavat (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Ensimmäinen ryhmä muodostui psykoosikuntoutujan terveyden edistämiseen tarvittavien työvälineiden hallinnan kehittämistarpeista. Pelkistämisen jälkeen tähän ryhmään jäi useita hyvin konkreettisia työvälineitä: verenspännemittari, elohopeamittari, vaaka, kuntosalilaitteet ja ranneke. Lisäksi tuli esille välineiden käyttöönotto, uudet välineet, kehonhahmotus ja työmuisti. Myös raha ja resurssit mainittiin.

Toisessa ryhmässä oli sisältönä terveyskäyttäytymisen tueksi kehitettävät taidot. Tähän ryhmään muodostui pelkistämisen jälkeen osin samanlaisia konkreettisiin taitoihin liittyviä sisältöjä kuin edelliseen ryhmään. Psykoosikuntoutujien terveyskäyttäytymisen tueksi kehitettäviksi taidoiksi ilmenivät säännöllinen arkirytmä ja terveyttä edistävät elintavat ja niiden säilyttäminen. Osan psykoosikuntoutujista todettiin tarvitsevan konkreettista tietoa terveyttä edistävästä elintavoista voidakseen ottaa ne osaksi arjen rutiineja. Psykoosikuntoutujien terveyskäyttäytymisen taitojen todettiin kehittyvän ajan kanssa ja prosessiin tarvittavan runsaasti työntekijän tukea ja kannustusta.

Kolmannessa ryhmässä oli sisältönä osallistuminen toimintaan monimuotoisessa ryhmässä. Neljännessä ryhmässä tarkastelun kohteena olivat tiedot, joita tarvitaan oman terveyden edistämiseksi itsenäisesti. Viidennen ryhmän sisältönä olivat tiedonhakutaidot. Niiden todettiin olevan yhteydessä tietokoneen käyttötaitoihin ja sairauden aiheuttamiin oireisiin.

Kaksi viimeistä ryhmää keskittyivät motivaatioon. Kuudennessa ryhmässä tarkasteltiin motivaatiota kehittää tietoja ja taitoja ja seitsemännessä ryhmässä oli sisältönä motivaatio terveyskäyttäytymisen muutoksiin. Tietojen ja taitojen kehittämisessä tuli kaikkein vähiten kehittämistarpeita. Motivaatioteemojen yhteydessä tuli esille motivaation jakautuminen ajattelun, puheen ja käytäntöön viemisen tasoihin. Ylivoimaisesti eniten kehittämistarpeita todettiin käytäntöön viemisen tasolla.

Tulosten käsittelyä jatkettiin pelkistämällä ilmauksia ja teemoittelemalla niitä tutkimuskysymyksen mukaisesti. Tässä työssä rajattiin jatkokehittelyn ulkopuolelle psykoosikuntoutujan yksilölliseen persoonaan ja psykoosisairaudesta johtuvat kehittämistarpeet. Ne otetaan tässä työssä huomioon eräänlaisina reunaehtoina, joihin ei tämän työn yhteydessä pyritä vaikuttamaan.

Aineistossa tuli esiin yllättävän paljon henkilöstön ja hoitoprosessin kehittämiseen liittyviä ilmaisuja. Niitä ei kysytty erikseen teemahaastattelussa. Kuitenkin monet haastateltavista ottivat aiheet itsenäisesti esille ja ne nousivat aineistosta selvästi omaksi ryhmäkseen. Tässä kohtaa poikettiin tiukasta deduktiivisuudesta ja päätettiin täydentää analyysiä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Henkilöstön osaamisen ja hoitoprosessin kehittäminen päätettiin ottaa mukaan jatkokehittelyvaiheeseen ja se sisällytettiin osaksi ensimmäistä tutkimuskysymystä.

Ryhmittelyn jälkeen aineisto abstrahoitui ja siitä muodostettiin yläkategorioita. Yläkategoriat muodostivat teemahaastattelun tulokset. Teemahaastatteluista muodostui kolme keskeistä tulosta: konkreettisen tiedon, tuen ja toistojen tarve, ajattelun käytäntöön viemisen sekä henkilöstön osaamisen ja hoitoprosessin kehittämistarpeet.

4.2.2 Teemahaastattelun tulosten tarkastelu

Teemahaastatteluista muodostui kolme keskeistä tulosta: konkreettisen tiedon ja toistojen tarve, ajattelun vieminen käytäntöön sekä henkilöstön osaaminen ja hoitoprosessi. Tuloksina esitetään analyysien perusteella muodostettu kaavio kategorioineen (Taulukko 4) ja aineistosta esiin nousseet pelkistetyt ilmaisut. Kategorioiden sisällöt kuvataan yksityiskohtaisesti taulukoista poimittujen pelkistettyjen ilmausten avulla. Suorat lainaukset haastatteluaineistosta lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Suoria lainauksia käytetään esimerkkeinä tuloksia esitellessä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Konkreettisen tiedon ja toistojen tarve tuli esiin useissa eri teemoihin liittyvissä vastauksissa. Psykoosipotilaat tarvitsevat konkreettista tietoa ja toistoja. Haastatteluissa todettiin psykoosipotilaan terveyden edistämiseen tarvittavien työvälineiden hallinnan kehittämistarpeiksi muun muassa verenpainemittarin, kuumemittarin ja verensokerimittarin käyttötaidot. Sen

lisäksi, että laitetta tulee osata käyttää todettiin, että sen käyttöön ottaminen on toisille hyvinkin vaikeata. Terveyttä edistävien mittauslaitteiden säännöllisen käyttämisen ja käyttöön-oton rutinoitumisen koettiin olevan psykoosipotilaalle haasteellista. Saman suuntaisia toteamuksia esiintyi useissa eri haastatteluissa. Tulosten tarkasteluun poimittiin muutamia suoria lainauksia.

Verenpainemittaria ei kaikki osaa käyttää.

... voi olla joku elohopeemittari kotona eikä rohkene käyttää sitä.

Ettei pysy yllä rutiinit, että pystyis mittaamaan säännöllisesti vaikka verenpainetta.

Ajattelun ja puheen vieminen käytäntöön nousi myös esiin useissa eri teemoissa. Psykoosipotilaiden motivaatio tietojen ja taitojen kehittämiseen sekä terveyskäyttäytymistä koskeviin muutoksiin jaoteltiin useissa vastauksissa ajatuksen, puheen ja käytännön tasolle. Potilaiden luonteen ja sairauden aiheuttamien kognitiivisten häiriöiden todettiin vaikuttavan osaltaan motivaatioon.

Jos sairaus on pinnalla niin se vaikuttaa... ja myös osittain luonne vaikuttaa siihen.

Sellaset, jolla kognitiivinen kapasiteetti on suhteellisen hyvä ja se psykoosisairaus ei oo vielä niin voimakkaasti muuttanu heit tai kapeuttanut heidän elämänsä...

Aineistossa todettiin, että yleensä nuoremmilla psykoosipotilailla tai myöhäisemmässä iässä sairastuneilla sairauden vaikutukset olivat vähäisemmät ja motivaatio ainakin ajatuksen ja puheen tasolla saattoi olla hyvinkin korkealla.

... vaikka tunnistaiski, että pitäisi opetella uusia taitoja tai ottaa uusia asioita haltuun, että vaikka sen tiedostaa, niin se on pitkä matka että pitäis alkaa toteuttamaan.

... pulmat tulee siinä alueella kun pitäisi käytännössä toimia.

Verbaalisella tasolla se motivaatio voi olla hyvinkin korkea, mutta käytännön toiminnan tasolla ei oo taitoa siirtää sitä toimintaan.

... nuoremmilla on kiinnostusta näitten taitojen kehittämiseen...

lääkäämillä psykoosipotilailla motivaation ja halun kehittää tarvittavia tietoja ja taitoja terveyskäyttäytymisen hyväksi todettiin olevan vähäinen.

... aatellaan yli 60-vuotiaita, niin tää sähkönen resepti on ihan juttu mitä jännitetään niinku kaikkee uutta.

Yleisesti ottaen todettiin, että harva psykoosipotilaista onnistuu varsinaisesti viemään muutokset käytäntöön saakka.

... pitäis valita terveellisempää ruokaa tai lähtee kävelylle tai pitäis mennä kuntosalille, on kaveriki puhuttu mukaan mut se vaan ei toteudu.

Terveyskäyttäytymiseen liittyvän muutoksen käytäntöön viemisen todettiin vaatineen joko psykoosipotilaaseen itseensä tai läheiseen kohdistuneen vakavan somaattisen sairastumisen tai muun pakkotilanteen.

... motivaatio voi tulla kun on kova kovaa vastaa, pakkotilanne (vakava somaattinen sairastuminen).

Yhteistyön erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei todettu olevan saumatonta. Uutena asiana psykoosipoliklinikan potilaille on saatu kaupungin järjestämät terveystarkastukset, joihin vastuutyöntekijöillä on velvollisuus omat potilaat ohjata. Käytännön tasolla terveystarkastukseen ohjaaminen ei vielä kaikilla terveysasemilla toimi toivotulla tavalla.

... hyvä yhteistyö meidän (erikoissairaanhoido) ja perusterveydenhuollon välissä... on näitä terveydenhoitajan ajanvarauksia, mut se ei toimi sillälailla ku on ajateltu.

... tarvii selkokielen informaation ja työntekijän vielä mukaan että tulee ymmärretyksi.

Haastatteluissa todettiin, että painosta ja muista psykoosilääkkeiden haittavaikutuksista tulisi keskustella potilaan kanssa avoimesti jo lääkehoitoa aloitettaessa.

... avoin keskustelu potilaan kanssa, et miten saattaa vaikuttaa vaikka painoon se lääke.

Aineistossa todettiin, että psykoosipotilaan on vaikea hakeutua itsenäisesti somaattisesta terveydenhoidosta vastaavaan yksikköön.

Psykoosipotilaat ei pysty huolehtimaan itsestään sillai kokonaisvaltaisesti. Ei ole asiat hoitunu ku potilas ei oo sinne (terveysasemalle) ite päässy menemään.

Muun muassa hoitoon hakeutumisen vaikeuden todettiin johtuvan sairauden tuottamista kognitiivisista häiriöistä.

... puutosoireet laskee toimintakykyä, että ei pysty operoimaan samalla tasolla kuin muut.

... oma terveydenkuva, se saattaa olla erilainen kuin mitä täällä terveydenhuollon ammattilainen katsoo. Selkeästi näkyviä terveysvaikeuksia ei välttämättä itse miellä.

Äärimmillään ihminen ei hakeudu lääkäriin kovassakaan kivussa.

... osalla vaikuttaa sairaus, ettei pysty keskittymään tai omaksumaan uutta tietoa tai ei pysty soveltamaan käytäntöön.

Psykoosipotilaiden todettiin olevan tottuneita hakemaan apua psykoosipoliklinikalta. Heidän todettiin myös helposti ottavan yhteyttä poliklinikan työntekijään, jos voinnissa tapahtui muutosta. Tästä syystä muun muassa perusterveydenhuollon diabeteshoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolle hakeutumisen ei todettu potilailta itsenäisesti luonnistuvan. Perusterveydenhuollon vastaanotolle menttiin, mikäli poliklinikan työntekijä varasi sieltä potilaalle ajan ja huolehti hänet vastaanotolle.

Ei meidän potilaat hyppää itse bussiin ja lähe ajaan Jorviin diabeteshoitajan konsultaatiota varten, ne tarvii konkreettisesti siihen ihmisen mukaan viemään.

Yllättävää oli, että vain harva totesi lääkityksen tuovan lisähaastetta psykoosipotilaiden painonhallintaan. Lääkkeen todettiin vaikuttavan myös rasva-aineenvaihduntaan. Toisaalta tuloksissa tuli heikosti esiin myös se, että lääkitys parantaa psykoosipotilaiden toimintakykyä niin paljon, että he kykenevät lääkityksen avulla huolehtimaan itsestään ja että heidän elinajan odote kasvaa. Osa haastateltavista toi ilmi, että lihominen johtuu itsekurin puutteesta, lohtusyömisestä tai siitä, että ei ole lapsena oppinut hyviä elämäntapoja.

... lääkitys vaikuttaa rasva-aineenvaihduntaankin.

Leponex-lääkityshän on semmonen, että sen on todettu että se pidentää elinikää, koska se parantaa toimintakykyä niin paljon, että he pystyy huolehtimaan itsestään.

Haastattelun tuloksia tarkasteltaessa, nousi selkeästi esiin, että konkreettisen tiedon ja käytännön tuen tarve ja toistot sekä ajattelun ja puheen vieminen käytäntöön vaativat henkilöstön osaamisen ja hoitoprosessin lisäkehittämistä. Konkreettisen tuen tarve korostui sitä enemmän, mitä pitemmälle psykoosisairaus on edennyt, mitä useampia psykooseja on sairastettu ja mitä nuorempa sairaus on alkanut.

Myös yksilöllisyyden huomioon ottaminen asettaa haasteita henkilöstön osaamisen, hoitoprosessien ja ohjausmateriaalien kehittämiseksi. Jotta yksilöllisyys voi toteutua, se vaatii henkilökunnalta suurta asiantuntemusta ja voi tarkoittaa osalle lisäkoulutusta. Kun sovitaan yhdessä käytännön ohjeet ja hoitoprosessiin liittyvät käytännöt, niin kaikki vastuuhoitajat pystyvät sitoutumaan niihin. Ohjeista ei tule tehdä liian tiukkoja, vaan on hyvä tarjota monipuolisesti erilaisia joustavia vaihtoehtoja, sillä psykoosipotilaatkin ovat erilaisia, kuten meistä jokainen.

4.3 Pelillisen ohjausmateriaalin kehittäminen

Tämän opinnäytetyön tuotoksena kehitettiin pelillistä ohjausmateriaalia psykoosikuntoutujan ravitsemusohjauksen tueksi. Pelillisellä ohjausmateriaalilla nähtiin olevan laaja-alaiset mahdollisuudet ravitsemusohjauksessa. Pelin avulla voidaan helpottaa kuntoutujaa suunnittelemaan päivittäistä tai viikoittaista terveyttä edistävää ravitsemusta ja auttaa herättämään psykoosikuntoutujan mielenkiinto terveyttä edistävään ravitsemukseen. (Jansson 2014; Kivinen 2008, 21.)

Pelin tarkoituksena oli tukea psykoosikuntoutujan terveystyöskäytännön muutoksen toteuttamista. Ohjausprosessissa henkilöstö sovelsi motivoivan ohjauksen menetelmää, jonka avulla voidaan tutkitusti muuttaa kuntoutujan elintapoja terveyttä edistäviksi. (Mustajoki & Kunnamo 2009; Dart 2011, 48.) Henkilöstö ohjasi psykoosikuntoutujaa ymmärtämään ravitsemuksen ja liikunnan merkitystä terveyden kannalta. Ohjauksessa hyödynnettiin opinnäytetyön tuotoksena valmistunutta pelillistä ohjausmateriaalia, jota kehitettiin ja paranneltiin käytännössä havaittujen muutostarpeiden ja havainnointipäiväkirjojen pohjalta. Moniammatillinen henkilöstö käytti myös toiminnan ohjauksen keinoja vahvistamaan psykoosikuntoutujan motivaatiota elämäntapamuutosten toteuttamiseen. (Miller & Rose 2009, 527 - 537.)

Tämän opinnäytetyön toteutuksen aikana moniammatillinen henkilöstö toteutti ravitsemusohjauksen psykoosipoliklinikalla. Henkilöstön toteuttamaan ravitsemusohjaukseen osallistui 18 psykoosikuntoutujaa. Ravitsemusohjauksen alkuvaiheessa henkilöstö selvitti psykoosikuntoutujan motivaation tehdä muutoksia ruokavalio- ja liikuntatottumuksiinsa. Psykoosikuntoutujaa motivoi usein elämäntapamuutokseen jokin fyysinen terveysriski tai lääkkeen painoa nostava vaikutus (luku 4.1.2). Samansuuntaista tulosta ovat raportoineet myös Yarborough ym. (2015, 6). Kun motivaation taso oli tiedossa, henkilöstö selvitti psykoosikuntoutujan valmiudet tehdä muutoksia nykyisessä elämäntilanteessaan. Tämän jälkeen henkilöstö laati yhdessä psykoosikuntoutujan kanssa yksilölliset ja realistiset tavoitteet, joilla muutosta voitiin lähteä toteuttamaan. Tavoitteet laadittiin pienin askelin toteutettaviksi konkreettisiksi tavoitteiksi ja ne kirjattiin lyhyesti paperille. Näin varmistuttiin siitä, että psykoosikuntoutuja koki ne itselle sopiviksi ja sitoutui noudattamaan sovittuja asioita. Psykoosikuntoutujaa tuettiin ja kannustettiin koko prosessin ajan yksilöllisesti tavoitteiden saavuttamiseen. Vastoinkäymisten ja epäonnistumisen kynnyksellä yhteistyön merkitys ja itsetunnon kohottaminen muodostuivat yhä tärkeämmiksi.

Pelillisen materiaalin toiminnallisuutta havainnoitiin ohjaustilanteissa. Peliä kehitettiin sen toiminnallisuuteen liittyvän havainnoinnin perusteella. Yksi pelin toiminnallisuuden muodoista oli konkretisoida ravitsemukseen liittyvää näyttöön perustuvaa tietoa. Pelillinen ohjausmate-

riaali tuki ohjausta ja sai hyvää palautetta osallistujilta. Sen todettiin olevan toimiva peli, jonka avulla voidaan suunnitella ravitsemusta terveyttä edistäväksi ja ylläpitäväksi.

4.3.1 Hyvät eväät

Ensimmäisen pelin kehitys alkoi Game Jamissa syyskuussa 2015 ja jatkui helmikuulle 2016. Peli oli nimeltään Hyvät eväät (Liite 6). Kyseessä on yksin pelattava roolipeli, jossa pelaaja valitsee useista eri hahmoista parhaiten itselle sopivan vaihtoehdon. Hahmoja suunniteltiin aluksi kahdeksan. Jokainen niistä oli huolella suunniteltu yksityiskohtaisine taustatietoineen tarkasti määriteltynä. Hahmoilla esiintyi taustastaan riippuen erilaisia heikkouksia ja vahvuuksia, jotka tulivat esiin pelin edetessä. Heikkouksilla ja vahvuuksilla oli oma merkityksensä pelissä, ne joko helpottivat tai hankaloittivat etenemistä. Peli eteni erilaisten arkielämän tapahtumien kautta, jotka aiheuttivat pelaajalle haasteita muun muassa painonhallintaan. Pelaaja joutui pelissä toistuvasti vaikeiden valintojen eteen ja päättämään, kuinka toimia erilaisissa tilanteissa. Pelaajan valinnat joko kerryttivät tai heikensivät hänen fyysistä ja psyykkistä terveyttään.

Fyysisen ja psyykkisen terveyden lisäksi pelissä oli voimavarapalkki myös sosiaaliselle hyvinvoinnille, joka koostui menestyksekkäästä etenemisestä pelissä eletyn elämän kaikilla osa-alueilla yhteensä. Valitsemalla pelissä kokonaisvaltaisesti terveyttä edistäviä vaihtoehtoja päivittäisen ravitsemuksen, liikunnan ja sosiaalisen hyvinvoinnin turvaamiseksi, pelissä toimiminen ja etenemisestä tuli sujuvaa. Valintojen kääntyessä terveyden kannalta epäedullisempina pidettyihin vaihtoehtoihin pelaajan voimavarat vähenivät ja lopulta pelissä eteneminen pysähtyi. Lopulta pelaajan voimavaroista kertovat palkki hiipui ja tyhjени kokonaan pelin päättyessä.

Hyvät eväät -pelin ongelmaksi muodostui terveyden kannalta suotuisampien ja epäedullisempien vaihtoehtojen määrittely. Ratkaisut tuntuivat muodostuneen kovin stereotyyppisiksi ja osoitteleviksi. Ruoan tai ruoka-aineen kieltäminen itseltä lisää sen kulutusta eikä näin ollen puolla painonhallintaa, sillä saatavuuden rajoittaminen johtaa useimmiten siihen, että kyseistä ruokaa tai ruoka-ainetta kulutetaan entistä enemmän sitten kun sitä on taas saatavilla. (Borg 2012; Blechert, Klackl, Miedl & Wilhelm 2016, 258.)

Kankainen (2015, 69) on todennut, että roolipelin pelaaminen yksin tietokoneella ei vahvista sosiaalista kanssakäymistä, koska siitä puuttuu fyysinen yhdessäolo. Koska psykoosikuntoutujan osallistumista sosiaalisesti monimuotoiseen ryhmään tuli haastattelutulosten (luku 4.1.2) mukaan vahvistaa konkreettisen tiedon avulla, pelin jatkokehittäminen keskeytettiin. Pelin kehittämisestä opittiin kuitenkin tässä vaiheessa paljon. Hyvät eväät -peliä kehittäessä havaittiin myös se, että pelissä tarvittavia kuvia ei tarvitse piirtää itse, vaan internetissä on saa-

tavilla creative commons -lisensoitua kuvamateriaalia esimerkiksi Pixabay-kuvapankissa. Tätä ensimmäistä peliä suunniteltaessa syntyi näkemys siitä, mitkä asiat peleissä tuntuvat tylsiltä ja mitkä taas voivat tuoda peliin elämyksellisyyttä ja herättää sen kautta pelaajan mielenkiinto pelaamaan peliä aina uudelleen ja uudelleen.

4.3.2 Välipalavaltti ja pisteiden keruu

Jatkokehittämissä korostuivat pelillisuus ja pelaajan motivoiminen ja kannustaminen suoriutumaan pelistä hausalla tavalla arjen eri tilanteissa. Tuloksena syntyi Välipalavaltti (Liite 7). Välipalavaltti toteutettiin korttipeliksi, jota pelataan ohjausryhmässä yhdessä vertaisten, kokemusasiantuntijoiden ja ohjaajan kanssa. Kun on pelattu lasten kanssa ohjatusti peliä kortteilla, joihin on painettu vihannesten ja hedelmien kuvia, tämä on johtanut vihannesten ja hedelmien tärkeyden ymmärtämiseen osana terveyttä edistävää ruokavaliota (Torkar, Pintar & Koch 2010, 79 - 80.)

Korttien kuva-aiheet valittiin moniammatillisen henkilöstön toteuttamassa ravitsemusohjauksessa esille tulleiden aiheiden pohjalta. Korttien numerot ja kuvat toteutettiin käyttäen avointa kuvamateriaalia, jota täydennettiin myöhemmin Valion aineistopankin tuotekuvilla. Tähän saatiin lupa Valiolta. Kortit suunniteltiin Power Point -dioina ja tallennettiin yksittäisinä JPEG-kuvatiedostoina, joista ne muutettiin kokoon 6,2 cm x 9,5 cm ja tulostettiin kartongille, jonka toinen puoli oli kuvioitu. Tulostuksen jälkeen kuvat leikattiin yksitellen kartongista irti ja laminoitiin kestäviksi pelikorteiksi.

Pelikorttien kuvat suunniteltiin vastaamaan tavallisia aamupalaksi, lounaaksi, päivälliseksi, välipalaksi tai iltapalaksi valmistettavia ruokia. Korttipakan maat ovat: aamupalamaa (risti), lounasmaa (hertta), päivällismaa (pata) ja iltapala-/välipalamaa (ruutu). Maltti on painonhallinnassa valttia, joten iltapala-/välipalamaan kortit suunniteltiin valttikorteiksi, joita voi käyttää pelissä sitomatta niitä kellonaikoihin. Välipaloja saattoi myös jakaa pienempiin osiin, jolloin niitä saattoi syödä useammassa erässä päivän aikana. Tästä syntyi korttipakalle nimi Välipalavaltti. Pelikorteissa olevat ateriat on suunniteltu niin, että yhtä suuret kortit muodostavat yhden päivän ateriakokonaisuuden, jossa on lähtökohtaisesti terveyttä edistäviä ateriointia koottuna.

Kuten myös van Nee, Larsen ja Fischer (2016) toteavat, tämänkin pelin testauksessa huomattiin, että houkuttelevat kuvat herättivät mieliteon tunteita ja lisäsivät kyseisten ruokien nauttimista. Tässä opinnäytetyössä pelin toiminnallisuus ja värikkäät kuvat lisäsivät mielenkiintoa kalan, rahkan, kasvien ja hedelmien nauttimiseen.

Kaikki ateriat koostettiin Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuositusten mukaisesti (Fogelholm ym. 2014, 8). Päivittäiset ateriakokonaisuudet sisältävät proteiininlähteitä, hiilihydraatteja ja terveyttä edistäviä rasvoja. Pelin lähtökohtana oli alusta alkaen motivoida kuntoutujaa säännöllisen ateriarytmin noudattamiseen. Tästä syystä korttipakan neljä maata säilytettiin. Korttipakan neljään eri maahan liittyvät ateriakokonaisuudet helpottavat hahmottamaan säännöllisen ateriarytmin. Säännölliseen ateriarytmiin on hyvä kuulua aamupalan, lounaan ja päivällisen lisäksi tarvittaessa 1 - 2 välipalaa (Fogelholm ym. 2014, 24). Pietiläisen ym. (2013) mukaan säännöllinen ateriarytmi ennaltaehkäisee lihavuutta.

Välipalavalttia suunniteltiin toteutettavan niin, että päivän kokonaisravitsemus pisteytetään vastaamaan 1800 kcal:n energiansaantia. Aamupalat suunniteltiin valmiiksi vastaamaan kokonaisuudeltaan 400 kcal, lounaat 550 kcal, päivälliset 650 kcal ja iltapalat/välipalat 200 kcal. Pelissä voitiin kerätä pelillisyyden aikaansaamiseksi kilokaloreista koostuvia pistesaldoja esimerkiksi tätä 1800 kcal. Luovuimme pian energiamäärien laskemisesta, koska se tuntui pelissä työläältä ja vei pelaamisesta iloa. Toinen syy oli, että aterian energiamäärä on kuitenkin riippuvainen myös annoskoosta eikä korttipakan kuvia saatu riittävän selkeästi kuvaamaan aterian sisältämää kalorimäärää. Kolmas syy luopumiselle oli, ettei eri aterioiden energiamäärille ole riittäviä tieteellisiä perusteita. Ruokavaliossa on kyse nimenomaan kokonaisuudesta; ruoan kokonaisenergiämäärä ja laatu ovat tärkeämpiä kuin yksittäiset ateriat tai nautittujen aterioiden määrä (Aro 2015). Niinpä Välipalavaltin kehittäilytyötä jatkettiin.

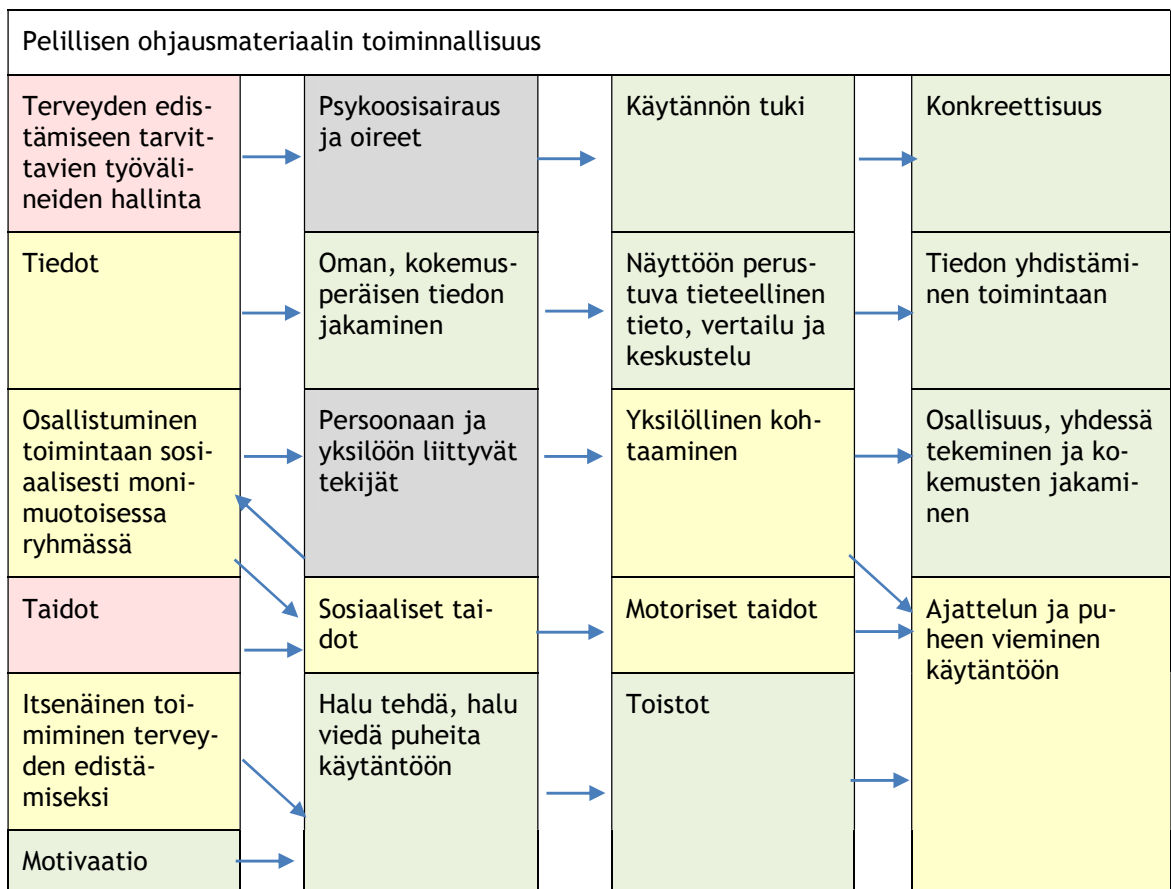
4.3.3 Välipalavaltti ja haastekortit

Välipalavaltin toisessa versiossa päivittäisestä kokonaisenergiämäärästä luovuttiin, mutta aterioiden ja ruoka-aineiden nimet jätettiin kortteihin. Korttipakalla voidaan pelata mitä tahansa korttipeliä pasianssista ristiseiskaan. Valttikorteilla toteutetaan erilaisia oikeuksia tai etuuksia pelissä. Pelattaessa esimerkiksi korttipeliä nimeltä Paskahousu, iltapala-/välipalamaan kortin voi laittaa minkä tahansa kortin päälle, mikäli kädessä olevista korteista ei muuta sopivaa pelipöydälle löydy. Valttikorttiin voi laittaa päälle ainoastaan suuremman valttikortin. Mikäli suurempaa korttia ei ole, pelaaja joutuu nostamaan pöydälle laitettut kortit.

Pelin toiminnallisuutta seuraavien havainnointipäiväkirjojen perusteella korttipakka ja pelaaminen haastekorteilla todettiin kivaksi. Värikkäät ja iloiset kuvat piristivät ja toivat ideoita arjen aterioiden suunnitteluun ja lisäsivät välipalavaihtoehtoja. Peliä pelattaessa heräsi erilaisia mielitekoja ja yleisesti keskustelua ruoan laittamisesta sekä eri ruokien ja ruoka-aineiden sisältämistä kalorimääristä.

Peliin otettiin mukaan myös haastepakka, johon lisättiin harvoin nautittavia ruoka-aineita ja painonhallinnan kannalta haasteita lisääviä aterioita ja muita tuotteita, kuten suuri määrä pizzaa, hampurilaisateria, suuri jäätelö, karamellit ja olutta. Nämä synnyttivät pelitilanteessa yllättävänkin voimakkaita hylkimisreaktioita. Korteista, joissa oli painonhallintaa vaikeuttavia kuvia, haluttiin pelissä nopeasti eroon. Alkoholiannoksia kuvaavat kortit herättivät pelin aikana pohdintaa alkoholin sisältämästä energiamäärästä, jota samalla verrattiin maitoon ja muihin juomiin. Välipala- ja iltapalakortit toteutettiin energiamäärältään melko suurina, koska niiden tarkoituksena oli havainnollistaa energian jakautumista tasaisesti päivän aikana.

Peliä pelattiin yksilöohjauksen lisäksi myös painonhallintaryhmässä, jossa moniammatillinen henkilöstö käsitteli viikon kuulumiset ja eteen tulleet ravitsemukselliset haasteet. Pelin toiminnallisuuden monimuotoistamiseksi voitiin tavallisten korttien tilalle vaihtaa haastekortteja keskustelussa esille tulleiden tilanteiden mukaan. Pelin toiminnallisuutta voitiin myös toteuttaa niin, että ohjaaja lisäsi ennen ryhmäohjauksen aloittamista haastepakkaan pelaajille edellisellä viikolla ilmenneet haasteet, esimerkiksi pizzaa, hampurilaisaterian, suklaata tai kuohuviiniä.



Taulukko 5: Havainnointiaineiston tyypittely

Välipalavaltin kolmannessa versiossa muokattiin lautapelin rinnalle yksin tietokoneella pelattava pasianssi. Pasiassin pohjana käytettiin avoimella lähdekoodilla toteutettua PySol-pasianssiohjelmia ja Oxymoron-korttipakkaa. Kortit tallennettiin PySoliin sopivaan GIF-muotoon pelin data-kansioon. Tässä vaiheessa huomattiin, että kuvien resoluutio pieneni huomattavasti ja osa niistä muuttui epäselviksi. Kuvista poistettiin tekstit, koska niitä oli vaikea lukea pasianssipelin matalan resoluution vuoksi.

Pelin toiminnallisuutta testattiin havainnoimalla. Havainnointiaineisto kerättiin pelitilanteista, joista osa tapahtui yksilöohjauksen ja osa ryhmäohjauksen yhteydessä. Alkutilanteen arvio terveyden edistämiseen tarvittavien työvälineiden hallinnasta ja taidoista perustui havaintoihin. Korttien kuvamateriaalia ja tekstejä hiottiin useita kertoja pelitestauksen välissä. Pyrkimyksenä oli saada mukaan sellaisia ruokia, joita on helppo toteuttaa, jotka ovat maistuvia, ja jotka tukevat painonhallintaa. Osa ateriakorteista vaihdettiin kokonaan. Kuvan merkitys oli suuri: jos kuva ei ollut riittävän houkutteleva, osallistujat eivät ilmaisseet halua kokeilla kuvassa olevaa ruokaa. Kun Valiolta saatiin lupa käyttää heidän aineistopankin kuvamateriaalia, korttien kuvat muutettiin selkeämmiksi. Pelikertojen ja toistojen myötä oli havaittavissa myös vaikutusta siitä, että puheet siirtyivät ainakin osaksi myös käytännön toimintaan.

Taulukossa 5 on kuvattu havainnointiaineiston tyypittely. Lähtökohtana on ollut työssä käytetty terveyskäyttäytymisen malli, joka kuvattiin luvussa 2.3. IMB-mallista saatiin tiedot, taidot ja motivaatio ja OECD:n kompetenssimallista terveyden edistämiseen tarvittavien työvälineiden hallinta, osallistuminen toimintaan sosiaalisesti monimuotoisessa ryhmässä sekä itsenäinen toimiminen terveyden edistämiseksi. (Fischer ym. 2008, 193 - 203; DeSeCo 2005, 8.)

5 Arviointi

Tämän opinnäytetyön tuloksena syntyi laadullista tutkimustulosta ja toiminnallisia tuotoksia. Laadullisia tutkimustuloksia tarkasteltiin vastauksina tutkimuskysymyksiin. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä tarkasteltiin, millaisia psykoosikuntoutujan terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia kehittämistarpeita henkilöstö toi esiin. Teemahaastattelun tuloksena kehittämiskohteiksi havaittiin konkreettisen tiedon ja toistojen tarve, ajattelun vieminen käytäntöön sekä henkilöstön osaamisen ja hoitoprosessin kehittäminen.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa psykoosikuntoutujille terveyshyötyä. Terveys-hyödyn tuottamiseksi kehitettiin työelämää juurruttamisen menetelmällä ja tämän tuloksena syntyi uusia konkreettisia toimintamalleja ja työkaluja. MBO:n kolmen rastin lomake, varhaisen ohjauksen hoitomalli ja psykoosikuntoutujan fyysisen terveyden tarkistuslista muodostavat yhdessä tiivistetyn teoriaosuuden kanssa ohjaajan oppaan, jonka tarkoituksena on auttaa psykoosikuntoutujan terveyttä edistävän ja ylläpitävän ravitsemusohjauksen toteuttamisessa.

Ohjaajan opasta suunniteltiin ja toteutettiin tiiviissä vuorovaikutuksessa psykoosipoliklinikan moniammatillisen henkilöstön kanssa. Oppaan sisältöä muokattiin vastaamaan moniammatillisen henkilöstön tarpeita saadun palautteen perusteella. Työyhteisön moniammatillinen henkilöstö arvioi ohjaajan oppaan toimivaksi ja päivittäistä työtä helpottavaksi työkaluksi.

Saadun palautteen mukaan ohjaajan opas oli selkeä ja potilastyön arkea koskeva. Opas koettiin myös arkea helpottavana, tarpeellisenä, innostavana ja voimavaralähtöisenä ja potilaan näkökulmaa esiin nostavana. Palautteen mukaan ohjaajan opas on selkeä, informatiivinen ja siinä olevaa tietoa on helppo käyttää motivoinnissa, muistilista auttaa tarkistamaan kaikki tarpeelliset asiat ja opas aiottiin ottaa osaksi arkea.

Tämän opinnäytetyön toiminnallisena tavoitteena oli kehittää pelillistä ohjausmateriaalia psykoosikuntoutujan ravitsemusohjauksen tueksi. Pelillinen materiaali toteutettiin tiiviissä yhteistyössä työyhteisön kanssa. Pelillisestä ohjausmateriaalista muodostui pitkäjänteisen kehityksen jälkeen Välipalavaltti, joka toteutettiin lautapelinä ja tietokoneelle ladattavana versiona. Pelin tarkoituksena on esittää konkreettisia, terveyttä edistäviä ja ylläpitäviä vaihtoehtoja arjen ravitsemukseen. Välipalavalttia voidaan käyttää yhdessä ohjaajan oppaan kanssa, mutta molemmat tuotoksista toimivat myös yksittäisinä työkaluina ravitsemusohjauksessa. Välipalavalttia kehitettiin havainnointipäiväkirjojen perusteella psykoosikuntoutujien tarpeita vastaavaksi.

Toisessa tutkimuskysymyksessä tarkasteltiin, miten pelillinen ohjausmateriaali tuki psykoosikuntoutujan ravitsemusohjausta. Kehittämistyö perustui tietoperustaan ja pelin toiminnallisuuden havainnointiin. Havainnointitulosten pohjalta jatkettiin pelillisen ohjausmateriaalin kehittämistä sellaiseksi, että se tukee sosiaalista vuorovaikutusta, antaa konkreettista tietoa ja tuo toistoja.

5.1 Eettinen tarkastelu

Eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna psykoosikuntoutujalle on tärkeää välittää konkreettista, riittävän vakuuttavaa ja perusteltua tietoa terveydestä. Hoitotyöntekijällä on sekä tehtävä- että ihmisvastuu. Sen lisäksi, että tiedon on oltava tutkittuun tietoon tai näyttöön perustuvaa, on kunnioitettava myös kuntoutujan itsenäisyyttä ja omia toiveita. Ohjaustilanteessa on pystyttävä perustelemaan kasvatuksellisten toimintojen sisältö ja huomioimaan ohjauksessa myös kuntoutujan omat näkemykset. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 188 - 189.)

Eettisestä näkökulmasta on myös hyväksyttävä, että lyhytaikaisella terveyteen liittyvällä ohjauksella on epärealistista odottaa olevan suuria vaikutuksia. Pitkäaikaiset terveystottumukset, jotka ovat osa ihmisen elämää ja perustuvat hänen terveyttä koskeviin arvoihinsa, synty-

vät hiljalleen. Arvot muodostuvat perheen ja elinympäristön vaikutuksessa ja ne muuttuvat hitaasti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 192.)

Tutkimuseettisiä kysymyksiä esiintyi tämän opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. Pohdittaessa opinnäytetyön tarkoitusta, tulee miettiä sen vaikutusta psykoosikuntoutujan terveyden edistämiseksi ja pohtia, parantaako opinnäytetyö psykoosikuntoutujan elämää tai asemaa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 20.)

Suunnitelmavaiheessa eettisiksi kysymyksiksi nousivat haastateltavien suostumus tämän opinnäytetyön tutkimukselliseen osuuteen, luottamuksellisuuden takaaminen haastateltaville sekä mahdolliset opinnäytetyön tutkimuksellisesta osuudesta aiheutuvat seuraukset haastateltaville. Tässä opinnäytetyössä kohderyhmälle selvitettiin, että teemahaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista (Hirsjärvi & Hurme 2010, 85). Osallistujien oikeus anonymiteettiin taattiin tarkastelemalla aineistoa kokonaisuutena. Tämän opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden tulokset raportoitiin kokonaistuloksina niin, että yksittäisten osallistujien osuutta ei voida tunnistaa. Raportoinnin tukena käytettävissä suorissa lainauksissa ei käytetty nimiä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Haastatteluvaiheessa otettiin huomioon tietojen ehdoton luottamuksellisuus ja varmistettiin, että opinnäytetyöhön liittyvä haastattelu ei aiheuta haastateltaville henkilöille minkäänlaista fyysistä tai psyykkistä kuormitusta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 20.)

Litterointivaiheessa eettisenä kysymyksenä oli luottamuksellisuus. Haastateltavien sanontoja käytettiin tarkasti aineiston litteroinnissa. Analyysivaiheen eettiset kysymykset keskittyivät haastatteluaineiston syvälliseen ja kriittiseen analysointiin sekä haastateltavien tulkintaan siitä, kuinka heidän puhettaan on analysoitu. Haastattelun raportointivaiheessa eettisenä kysymyksenä otettiin huomioon luottamuksellisuus sekä julkaistun raportin aiheuttamat seuraukset teemahaastatteluun osallistuneille tai heitä koskeville sidosryhmille. Lisäksi tässä opinnäytetyössä esitettiin ainoastaan ehdottoman varmaa tietoa koskien koko tutkimusprosessia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 20.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin noudattaen hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012) ohjeiden mukaisesti hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kaikissa prosessin eri vaiheissa. Opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden tuloksia sovelletaan Hyvän tieteellisen käytännön ohjeita (2012, 6 - 7) noudattaen ainoastaan tähän opinnäytetyöhön ja tämän opinnäytetyön mahdollisiin jatkotutkimuksiin. Haastatteluaineistoja ei luovuteta eteenpäin.

Tämän opinnäytetyön tekemisessä noudatettiin lisäksi Sairaanhoidajien eettisiä ohjeita, jotka ohjaavat sairaanhoitajan toimintaa päivittäisessä työssään. Eettisissä ohjeissa sairaanhoitajan toiminta määritellään ihmisen terveyttä ylläpitäväksi ja edistäväksi sekä sairauksia ehkäise-

väksi ja ihmisen kärsimystä lievittäväksi toiminnaksi. Sairaanhoidaja työskentelee kuntoutujan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen ja arvostaen, kohdellen kuntoutujia tasa-arvoisina ja arvokkaina yksilöinä huomioiden heidän itsemääräämisoikeuden ja vakaumuksen. Tavoitteena on, että hoitosuhde perustuu aina avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Sairaanhoidaja toimii yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa, kehittäen ja parantaen hoitotyötä ja sen laatua. Sairaanhoidajat tukevat yhteisönsä jäseniä päätöksenteon, työssä jaksamisen ja ammatillisen kehittymisen osa-alueilla (Sairaanhoidajaliitto 2014.)

5.2 Kehittämistoiminnan arviointi

Tämä opinnäytetyö oli luonteeltaan toiminnallinen; kehittämistoiminnan lähtökohtana oli pragmatistinen lähestymistapa ja kehittämispohjainen oppiminen sekä uusien toimintatapojen luominen (Raij ym. 2011, 8). Toiminnallisen osuuden arvioinnissa keskityttiin juurruttamisen, pelin kehittämisen ja vaikuttavuuden arviointiin.

Opinnäytetyön toiminnallista vaikuttavuutta, kattavuutta, etenemistä ja vakiinnuttamista mitattiin laadullisesti RE-AIM-muistilistan avulla (Glasgow, Vogt & Boles 1999, 1324). Tämän opinnäytetyön ohjauksen vaikuttavuuden arvioinnissa käytettiin kvalitatiivista menetelmää (Hirsjärvi ym. 2010, 140). Kvalitatiivisen analyysimenetelmän avulla pystyttiin tarkastelemaan opinnäytetyössä kehitettävien uusien toimintatapojen sisällöllisten tavoitteiden toteutumista ja niiden vastaamista kohderyhmän tarpeisiin (Hirsjärvi ym. 2010, 247; Vilkkä & Airaksinen 2003, 58 - 64). Kun arviointi kohdistuu oppimisen kaltaiseen toimintaan, on tärkeää tutkia, miten tulokset ovat syntyneet. Kehittämistyössä käytettyjen menetelmien ja toimintamallin vaikutuksia arvioitaessa myös ympäristö ja osallistujat vaikuttavat tulosten aikaansaamiseen, joten ne ovat osa arviointia. Juurruttamisen menetelmän arvioinnissa arvioinnin kohteena ovat näiden lisäksi myös tiedon käsittelyn kierrokset ja yhteisöllisen oppimisen prosessit. (Ora-Hyytiäinen & Ahonen 2009, 52 - 63). Arvioinnin tukena käytettiin RE-AIM-muistilistaa. RE-AIM tulee sanoista reach - effectiveness - adoption - implementation - maintenance (tavoittaminen - vaikutukset - osallistuminen - toteuttaminen). (Glasgow ym. 1999, 1324.)

	Määrä
Osallistuvat työyksiköt	1
Henkilöstö	22
Opettajat	4
Opinnäytetyön tekijät	2

Taulukko 6: Opinnäytetyön toimintaan osallistuneiden määrä

Reach tarkoittaa toimintaan osallistuneiden ihmisten määrää, osuutta ja edustavuutta kohdejoukossa. Tämä kohta antoi vastauksen kysymykseen, ”kuinka hyvin olemme onnistuneet saavuttamaan kohdejoukon ja houkuttelemaan heidät mukaan toimintaan?” (Glasgow ym. 1999, 1324.) Opinnäytetyössä toteutettiin teemahaastattelu moniammatilliselle henkilökunnalle. Pelillisen ohjausmateriaalin kehittäminen tapahtui opinnäytetyön tekijöiden havaintojen perusteella. Moniammatillisen henkilökunnan teemahaastatteluun osallistui 90,91 % henkilökunnasta ja pelillistä ohjausmateriaalia havainnoitiin yksilö- ja ryhmätilanteissa pelin kehittämisen näkökulmasta. Opettajaresursseihin laskimme mukaan ohjaajien lisäksi suomen kielen ja englannin opettajat.

Efficacy/Effectiveness/Cost-effectiveness tarkoittaa vaikutuksia. Keskeinen kysymys oli ”Mistä tiedämme, että toiminnalla on vaikutusta?” Tässä opinnäytetyössä toteutettavan ruokavalio-ohjauksen vaikuttavuutta arvioitiin psykoosipoliklinikan Henkilökunnan näkökulmasta. Henkilökunta mittasi psykoosikuntoutujilta painon osana psykoosipoliklinikan normaalia toimintaa. Psykoosikuntoutujilta mitattiin henkilökunnan toimesta painon lisäksi myös vyötärönympäryys, verenpaine, verensokeri ja veren rasva-arvot. Lisäksi mitattiin pituus, jotta voitiin määrittää BMI. Nämä kaikki toteutettiin osana psykoosipoliklinikan normaalia toimintaa eikä potilastietoja raportoida tämän opinnäytetyön yhteydessä. Ravitsemusohjauksella on kuitenkin yleensä suotuisa vaikutus painonhallintaan (Suokas ym. 2014).

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin myös toiminnan taloudellisia ja eettisiä vaikutuksia. Ravitsemusohjauksen toteuttaminen on ennaltaehkäisevää terveyden edistämistä, joka voi tuoda pitkällä aikavälillä taloudellisia säästöjä väestötasolla. Pelissä koettu osallisuus voi vahvistaa positiivista muutosta terveyskäyttäytymisessä. (Glasgow, ym. 1999, 1324.) Eettinen tarkastelu tehtiin erikseen luvussa 5.1.

Adoption pitää sisällään ohjelman toteuttaneiden toimijoiden ja organisaatioiden lukumäärän, osuuden ja edustavuuden. Tarkasteltava kysymys tässä kohtaa oli ”Miten saamme eri organisaatiot ja niissä toimivat henkilöt mukaan toimintaan?” Tässä opinnäytetyössä pohdittiin, mitkä tekijät vaikuttavat osallistumishalukkuuteen ja miten niihin voi vaikuttaa. (Glasgow ym. 1999, 1324.) Tämän opinnäytetyön toimintaympäristön moniammatillinen henkilökunta osallistui aktiivisesti kehittämistoimintaan ja sen yhteydessä toteutettuihin teemahaastatteluihin. Myös muut projektiorganisaation toteuttajat, ohjaajat ja kumppanuuksyhteyshenkilöt osallistuivat aktiivisesti kaikkiin prosessin eri vaiheisiin.

Implementation tarkoittaa toteuttamisen laatua ja luotettavuutta eri toteuttajatahoilla. Tässä tapauksessa tarkasteltiin toiminnassa mukana olevien henkilöiden pysymistä aikatauluissa, toiminnan hankesuunnitelman mukaista toteutumista sekä kohderyhmän sitoutumista noudattamaan ohjattua ruokavaliota. Arvioinnin kannalta keskeinen kysymys kuului ”Miten varmistete-

taan, että toiminta etenee suunnitellulla tavalla?” (Glasgow ym. 1999, 1324.) Henkilöstölle toteutettavien teemahaastattelujen ajat sovittiin etukäteen heti tutkimusluvan varmistuttua. Pelillisen ohjausmateriaalin testausaika sovittiin myös hyvissä ajoin ja aikatauluista pidettiin kiinni.

Maintenance tarkoittaa tässä yhteydessä vakiinnuttamista. Tässä kohtaa tarkasteltiin, miten ja missä määrin toiminta oli tarkoituksenmukaista ja mahdollista ottaa osaksi vakiintuneita käytäntöjä. Kysyttiin myös, minkälaisia pitkäaikaisvaikutuksia tällä opinnäytetyöllä saavutetaan, ja onko opinnäytetyössä tehdyllä toiminnalla yleensä yli kuuden kuukauden päähän ulottuvia vaikutuksia. Vaikka opinnäytetyö on tyypillisesti määräaikainen ja ajallisesti rajallinen projekti, niin tämä työ liittyi aiempaan (Kiiskinen 2016) opinnäytetyöhön. Myös tämän opinnäytetyön pitkäaikaisvaikutuksia on mahdollista seurata esimerkiksi toisen opinnäytetyön puitteissa Laurean ja HUS HYKS psykiatriaan kuuluvan psykoosipoliklinikan yhteistyötä jatkamalla, ja toiminta on mahdollista vakiinnuttaa implementoimalla opinnäytetyössä kehitetty peli osaksi toimeksiantajan toimintaa. (Glasgow ym. 1999, 1324 - 1325.)

5.3 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validius

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin opinnäytetyössä käytettävän käsitejärjestelmän, toteutettavan tutkimuksen ja siihen liittyvien menetelmien osalta. Käsitejärjestelmänä oli työssä käytettävä terveyskäyttämisen malli ja käytettäviä tutkimusmenetelmiä olivat teemahaastattelu, deduktiivinen sisällön analyysi ja havainnointipäiväkirja.

Koska tässä opinnäytetyössä teemahaastattelun rungon (Liite 3) ja deduktiivisen sisällön analyysin kategorioiden (Liite 4) muodostaminen tapahtui terveyskäyttämisen malliin perustuen, oli kategorioiden luotettavuus osa teoreettisen viitekehyksen ja mallin luotettavuuteen liittyvää ongelmaa. Tässä opinnäytetyössä käytetty terveyskäyttämisen malli perustuu Fischerin ym. (2008) IMB-malliin ja OECD:n kompetenssimalliin (DeSeCo 2005,8). Malli ja siitä johdettu analyysikehikko eivät kuitenkaan täysin sitoneet haastatteluaineiston tulkintaa. Sisällönanalyysivaiheessa aineistosta nousivat analyysikehikon valmiiden teemojen lisäksi esiin henkilöstön osaamisen ja psykoosikuntoutujan kognitiivisten puutteiden kategoriat, jotka lisättiin mukaan analyysikehikkoon.

Laadullisessa tutkimuksessa validius on ratkaiseva laadun kriteeri, joka kertoo johtopäätösten luotettavuudesta. Validius käsitteenä pitää sisällään sen, miten hyvin tutkimus tutkii tai mitata sitä mitä sen oli tarkoituskin tutkia tai mitata. (Hirsjärvi ym. 2010, 231; Saukkonen 2011.) Käsitejärjestelmän ja teorian avulla voidaan myös arvioida tutkimuksen sisäistä validiutta. Konstruktiovalidius toteutuu varmistamalla, että tutkijoiden valitsemat käsitteelliset ja teoreettiset valinnat vastaavat tutkimukseen osallistuvien käsityksiä, kokemuksia ja arvopohjaa

esimerkiksi ohjauksen pedagogisen lähestymistavan suhteen. (Saukkonen 2011.) Tämä varmistettiin käymällä läpi työssä käytettävä terveystyökalun malli ja keskeiset käsitteen jokaisen haastattelun alussa.

Sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnin kannalta on ongelmallista, ettei tutkimuksen tekijä pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu aina enemmän tai vähemmän tutkijan omaan näkemykseen asiasta. Tämä voi aiheuttaa reliabiliteettiongelman etenkin aineistolähtöisessä, induktiivisessa analyysitavassa, jossa analyysivaiheen tehtävä on sisällön pelkistäminen sellaisiksi kategorioiksi, jotka kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä ja joka osoittaa yhteyden tutkittavan aineiston ja tuloksen välillä. (Hirsjärvi ym. 2010, 229; Kyngäs & Vanhanen 1999, 11.)

Tässä opinnäytetyössä käytettävässä deduktiivisessa sisällön analyysissä käytetään kuitenkin aiempaan tutkimukseen ja malliin perustuvia kategorioita, joten kategorioiden muodostamista ei tehdä analyysivaiheessa. Myös analyysivaiheessa tulee kuitenkin tutkijan omaa tulkintaa siinä vaiheessa, kun valitaan, mitkä asiat aineistossa liittyvät analyysirungossa mihinkin asiaan. Tutkimustulosten reliabiliteettia parantaa kahden henkilön suorittama arviointi, josta lasketaan yksimielisyyskerroin. Yleensä, jos yksimielisyyskerroin on 80 - 85 %, analyysin tulos voidaan pitää luotettavana. (Hirsjärvi ym. 2010, 232; Kyngäs & Vanhanen 1999, 11.)

Reliabiliteettia voi parantaa myös face-arviointi eli tuloksen esittäminen niille, jotka ovat tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa ja heidän tekemänsä arviointi siitä, vastaako tulos todellisuutta. Face-arvioinnin heikkoutena on kuitenkin se, että usein face-arvioijat ovat tutkittavia eivätkä hahmota tulosta samalla tavalla kuin tutkijat. Parempi luotettavuus saadaan asiantuntijapaneelilla, johon osallistuu myös ulkopuolisia asiantuntijoita. (Hirsjärvi ym. 2010, 229; Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Opinnäytetyön tuloksissa esitetään kategorioiden sisällöt eli mitä kategoriat tarkoittavat. Lisäksi nostetaan esille joitakin suoria lainauksia aineistosta, mikä osaltaan parantaa luotettavuutta.

Pelillisen ohjausmateriaalin testauksessa käytettiin osallistuvaa havainnointia. Havainnointipäiväkirjaan kirjattiin pelin toiminnallisuutta. Havainnoinnin avulla saatiin kerätyksi konkreettista tietoa pelin kehittämisestä ja pelattavuudesta. Havainnointia kutsutaan myös todellisen elämän ja maailman tutkimiseksi. Havainnointi eroaa tässä muista käytetyistä aineistonkeruumenetelmistä, joiden haasteena on usein väritetyn todellisuuden mahdollisuus. Havainnoinnin haittana voidaan pitää tilanteiden muuttumista haastattelijan saapuessa paikalle. Tämä on kuitenkin vältettävissä ihmisten tottuessa havainnoijaan ja hänen läsnäoloonsa. (Hirsjärvi ym. 2010, 212 - 213.)

5.4 Johtopäätökset ja pohdinta

Teemahaastattelun perusteella psykoosikuntoutujilla riittää henkilökunnan kokemana motivaatiota elintapojensa parantamiseen ajatuksen ja puheen tasolla, mutta vaikeuksia ilmenee muutoksen viemisessä käytännön tasolle. Moniammatillisen henkilökunnan toteuttama pelillinen ohjaustilanne edisti osallistujien osallisuutta ryhmässä, kehitti motorisia ja sosiaalisia taitoja sekä lisäsi ravitsemukseen liittyvän tiedon määrää. Lisäksi pelillisen materiaalin toiminnallisuuden havainnoinnissa (Luku 4.3.3) saatiin viitteitä siitä, että toistojen ja konkreettisen ohjauksen avulla edistettiin ajatuksen ja puheen siirtymistä seuraavalle motivaatiotasolle. Tämän opinnäytetyön tuotoksena valmistettiin kahdet Välipalavaltti-kortit. Toisen pakan käyttöönotto mahdollistaa muistipelin pelaamisen ja lyhytkestoisen työmuistin kehittämisen.

Toisena tämän opinnäytetyön johtopäätöksenä on, että keskusteluterapian sijaan huomiota kannattaa keskittää nykyistä enemmän konkreettiseen toiminnan ohjaukseen. Toiminnan ohjauksen taidot ovat psykoosikuntoutujan kuntoutumisen kannalta keskeisessä asemassa, sillä ne hyödyntävät erilaisia psyykkisiä prosesseja, kuten toimintaa sosiaalisessa ryhmässä, motorisia taitoja sekä tietojen ja taitojen yhdistämistä ja viemistä käytäntöön. Myös Suvisaari ym. (2014, 147) ovat todenneet, että kognitiivisten toimintojen keskeisimmät häiriöt liittyvät muistiin, keskittymiseen, tarkkaavaisuuteen ja toiminnan ohjaukseen.

Kolmantena tämän opinnäytetyön johtopäätöksenä on, että yhteistyöorganisaation ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyön kannattaa jatkua. Esitämme, että HUS HYKS Psykiatriaan kuuluvalla psykoosipoliklinikalla tulee jatkumaan sairaanhoitajaopiskelijoiden antama terveyttä edistävä ravitsemusohjaus ja liikunnan saattaminen säännölliseksi osaksi elämää uusien opiskelijoiden toimesta. Terveyttä edistävien elintapojen toteuttaminen ja niihin sitoutuminen vaativat pitkäjänteisyyttä. Psykoosikuntoutujien fyysinen terveydentila on muuta väestöä heikompi. Jotta ero saadaan kavennettua, tarvitaan vielä paljon tekoja, jotta psykoosikuntoutajat voivat toteuttaa terveyttä edistäviä elämäntapoja (Viertio ym. 2012, 863; Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013, 15.).

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (2009, 3 - 5) korostaa mielen terveyttä voimavarana, jota meidän kaikkien tulee vaalia. Elinympäristön vaikutus nähdään merkityksellisenä mielenterveyteen. Hyvä mielenterveystyö tukee ihmisen omaa itsestä selviytymistä elämässä huomioiden ihmisen yksilönä ja kunnioittaen itsemääräämisoikeutta. Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli huoli psykoosikuntoutujien fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä sekä elinajan ennusteesta, joka on 15 - 20 vuotta lyhempi, kuin väestölämme yleensä.

Psykoosikuntoutujan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen voidaan vaikuttaa kiinnittämällä huomiota kuntoutujan hyvinvointiin elämän kaikilla eri osa-alueilla. Ravitsemuksella on tässä suuri merkitys. Psykoosikuntoutujan terveyttä edistävän ravitsemuksen toteuttaminen on haasteellista. Terveyttä edistävä ruoka on Suomessa usein kallista ja edullisten raaka-aineiden avulla itse toteutettu terveyttä edistävä ravinto vaatii vaivannäköä. Vaivannäkö puolestaan edellyttää hyviä kognitiivisia taitoja, joita psykoosisairaus itsessään usein heikentää. Sen lisäksi, että terveyttä edistävän ravitsemuksen toteuttaminen ja ruokavalion noudattaminen on haastavaa lisähaastetta siihen tuo psykoosikuntoutujan lääkehoito. Toisen polven neurolepteista olantsapiinin ja klotsapiinin haittavaikutuksena on todettu (Hintikka & Niskanen 2005, 705) usein merkittävä painonnousu ja monet muut psykoosilääkkeet vaikuttavat (Gaulin ym. 1999, 1271; Koro ym. 2002, 1024; Sheitman ym. 1999) epäedullisesti veren glukoosi- ja rasva-arvoihin. Toisaalta on osoitettu (Tiihonen ym. 2006; Tiihonen ym. 2009), että lääkkeet helpottavat potilaan elämää pitämällä psykoosisairauden oireet kurissa ja mahdollistamalla pidemmän ja laadukkaamman elämän.

Tutkimusten mukaan (Tarricone ym. 2009; Barnett ym. 359 ja Baptista 1999, 10 - 11) psykoosilääkkeiden käytön ensimmäisten kuukausien ja ensimmäisen vuoden aikana paino nousee noin puolella potilaista. Voimakkaimmaksi painonnousu on todettu klotsapiinia tai olantsapiinia käyttävillä potilailla. HUS HYKS psykoosipoliklinikalla on kiinnitetty erityistä huomiota psykoosikuntoutujien fyysiseen terveydentilaan. Aihe on erittäin tärkeä ja ajankohtainen ja tarjoaisi oivallisen aiheen myös jatkotutkimuksille.

Pohdittaessa keinoja, joilla psykoosipotilaan fyysinen terveys saadaan lähentymään muun väestön tasoa, hoitotyön keinot ovat keskeisessä asemassa. Hoitotyössä tulee kiinnittää huomiota psykoosikuntoutujan terveyden edistämiseen somaattisella alueella ja toisaalta myös kannustaa ja tukea kuntoutujia lääkehoitoon sitoutumiseen. Hoitotyötä tulee toteuttaa mahdollisimman pitkälle yhteisymmärryksessä ja luottamukselliseen vuorovaikutukseen perustuvassa hoitosuhteessa tukien ihmisen omia yksilöllisiä voimavaroja. Myös läheiset ja kuntoutujan muut tukiverkosto tulee huomioida hänen toivomallaan tavalla. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2009, 5.)

Tämän opinnäytteen myötä meille tarjoutui tilaisuus tutustua muun muassa hoitotyön tutkimusmenetelmiin, systemaattiseen tiedonhakuun ja sisällön analyysiin. Deduktiivinen lähestymistapa haastatteluaineiston käsittelyyn nousi esiin kuin itsestään. Tarkastelemalla aihetta yksin IMB-mallin tai OECD:n kompetenssimallin kautta havaitsimme, että tulosten tarkastelu komponenttitasolla jätti työhön suuria aukkoja. Näimme nämä kaksi mallia toisiaan täydentävinä ja yhdistettyämme mallit saimme kokonaisvaltaisemman lähestymistavan ja näkemyksen aiheeseen.

Tämä vuoden mittainen suuri projekti, opinnäytetyön tekeminen, on ollut äärimmäisen palkitseva ja huikea oppimiskokemus. Valikoiduimme työpariksi tähän opinnäytetyöhön toisiamme juurikaan tuntematta, intuition kautta. Alusta alkaen työtä on tehty yhdessä ja erikseen hyödyntäen molempien opinnäytetyöntekijöiden aiempaa työkokemusta, osaamista ja osaamisen vahvuusalueita. Näin työstä on muodostunut kokonaisuus, johon olemme enemmän kuin tyytyväisiä, hämmästyneenä ja haikein mielin katselemme aikaansaannostamme, koska tämä työ on meille enemmän kuin tekijöidensä summa. Tässä opinnäytetyössä näkyy vahvasti osaaminen ja sen syventäminen teorian tiedon ja oppimisen näkökulmasta. Vahvasta teorian tiedosta huolimatta tämän opinnäytetyön keskipiste onnistuttiin kuitenkin pitämään käytännön hoitotyössä, mikä ei aina ollut helppoa.

Sen lisäksi, että oma ymmärryksemme ja osaamisemme syventyi tätä opinnäytetyötä tehdessä eri alueilla, oli myös hienoa huomata, että tämän opinnäytetyön kautta kyettiin tuomaan työelämän yhteistyöorganisaatiolle uutta ja tärkeää tietoa. Opinnäytetyö kokosi yksiin kansiin pelillisen ohjausmateriaalin eli Välipalavaltin ja siihen liittyvän ohjausmateriaalin. Teema-haastattelun tulosten pohjalta vahvistui aiemman opinnäytetyön (Kiiskinen 2016) tarve kehittää työyhteisölle työkalu helpottamaan metabolisen oireyhtymän tunnistamista. Työkalu kehitettiin ja se on nyt leviämässä organisaation käyttöön. Lisäksi työyhteisössä havaittiin tarve psykoosikuntoutujan fyysisen terveyden edistämiseen laaditusta tarkistuslistasta, mikä työstettiin organisaation käyttöön. Yhteistyöorganisaatiolle laadittiin myös varhaisen ohjauksen hoitomalli ennaltaehkäisemään psykoosikuntoutujan fyysisiä terveysriskejä. Mallissa sovelletaan Englannissa käytössä olevaa hoitomallia Suomeen sopivaksi. Kehittämällä yhteistyössä psykoosikuntoutujan ravitsemusohjauksen suuntaa ja mahdollistamme psykoosikuntoutujille hyvän fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen elämä, johon meillä kaikilla tulisi olla mahdollisuus lähtökohdistamme huolimatta.

Lähteet

- Baptista, T. 1999. Body weight gain induced by antipsychotic drugs: mechanisms and management. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 100, 3 - 16.
- Barnett, A., Mackin, P., Chaudhry, I., Farooqi, A., Gadsby, R., Heald, A., Hill, J., Millar, H., Peveler, R., Rees, A., Singh, V., Taylor, D., Vora, J. & Jones, P. 2007. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *Journal of Psychopharmacology*. 4, 357 - 373.
- Blechert, J., Klackl, J., Miedl, S. & Wilhelm, F. 2016. To eat or not to eat: Effects of food availability on reward system activity during food picture viewing. *Appetite*. 99, 254 - 261.
- Cullberg, J. 2005. *Psykoosit - kokoava näkökulma*. Helsinki: Therapeia-säätiö.
- Dart, M. 2011. *Motivational interviewing in nursing practice: empowering the patient*. Canada: Jones & Bartlett publishers.
- Fisher, J., Amico, K., Fisher, W. & Harman, J. 2008. The Information-Motivation-Behavioral Skills model of antiretroviral adherence and its applications. *Current HIV/AIDS Reports*. 4, 193 - 203.
- Fogelholm, M., Hakala, P., Kara, R., Kiuru, S., Kurppa, S., Kuusipalo, H., Laitinen, J., Marniemi, A., Misikangas, M., Roos, E., Sarlio-Lähteenkorva, S., Schwab, U. & Virtanen, S. 2014. *Terveyttä ruoasta - Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014*. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Juvenes Oy.
- Gaulin, B., Markowitz, J., Caley, C., Nesbitt, L. & Dufresne, R. 1999. Clozapine-Associated Elevation in Serum Triglycerides. *Am J Psychiatry*. 156, 1270 - 1272.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Lahtinen-Hakala, P. 2011. *Ihmisen ravitseminen*. Helsinki: WSOYpro.
- Heiskanen, T. 2015. *Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla*. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Hintikka, J. & Niskanen, L. 2005. Skitsofrenia lisää diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 121, 705 - 707.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. *Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Jääskeläinen, E. & Miettunen, J. 2011. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 16, 1719 - 1725.
- Kallioinen, O. 2008. *Oppiminen Learning by Developing -toimintamallissa*. Teoksessa O. Kallioinen (toim.) *Oppiminen Learning by Developing - toimintamallissa*. Vantaa: Laurea University of Applied Sciences.
- Kankainen, V. 2015. *Kahden maailman vuorovaikutuksessa: Tapaustutkimus Blood Bowl - lautapelin ja sen digitaalisten versioiden tarjoamista pelikokemuksista*. Pro gradu. Tampereen yliopisto.
- Kiesepää, T. 2007. Psykoosisairauksien perinnöllisyydestä: totta vai tarua? *Psykoterapia-lehti*. 3, 150 - 158.

- Kiiskinen, V. 2016. Työntekijöiden valmiudet metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi moniammatillisessa työyhteisössä. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Kivinen, J. 2008. Pohjoismaiset hyötypelit. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto.
- Koponen, H. 2011. Painonnousu psyykenlääkkeiden haittavaikutuksena. Lääkärilehti. 9, 729 - 733.
- Koro, C., Fedder, D., Lítalien, G., Weiss, S., Magder, L., Kreyenbuhl, J., Revicki, D. & Buchanan, R. 2002. An Assessment of the Independent Effects of Olanzapine and Risperidone Exposure on the Risk of Hyperlipidemia in Schizophrenic Patients. *Archgenpsychiatry*. 59, 1021 - 1026.
- Koskinen, A., Kangas, M. & Krokfors, L. 2014. Oppimispelien tutkimus pedagogisesta näkökulmasta. Teoksessa L. Krokfors, M. Kangas ja Kopisto K. (toim.) Oppiminen pelissä. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 3 - 12.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulu.
- Lakka, T. & Laaksonen, D. 2007. Physical activity in prevention and treatment of the metabolic syndrome. *Applied physiology, Nutrition and Metabolism*. 32, 76 - 88.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Leskinen, L. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2000. Terveiden lukutaito ja sen kehittäminen: Passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. *Terveiden edistämisen lehti*. 4 - 5, 22-25.
- Miller, W. & Rose, G. 2009. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*. 6, 527 - 537.
- Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M-L., Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palveluja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita.
- Ora-Hyytiäinen, E. & Ahonen, O. 2009. Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistoiminnan (LbD) vaikuttavuuden arvioinnin haasteita - esimerkki arvioinnin toteutuksesta. Teoksessa E. Ora-Hyytiäinen (toim.) 2009. Learning by Developing -toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Vantaa: Laurea University of Applied Sciences.
- Osborn, C., Amico, K. R., Fischer, W., Egede, L. E. & Fischer, J.D. 2010. An Information-Motivation-Behavioral Skills Analysis of Diet and Exercise Behavior in Puerto Ricans with Diabetes. *Journal of Health Psychology*. 15, 1201 - 1213.
- Partonen, T. 2010. Kun psykoosilääkehoito alkaa, paino nousee. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Erikoislääkärin uutiset. 2, 137.
- Pattyn, N., Cornelissen, V., Eshghi, S. & Vanhees, L. 2013. The effect of exercise on the cardiovascular risk factors constituting the metabolic syndrome: a meta-analysis of controlled trials. *Sports Medicine*. 43, 121 - 133.

- Penttilä, M., Juola, P., Seppälä, J., Kaivosoja, M. Raiskila, T., Niemelä, S. & Jääskeläinen, E. 2015. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. *Lääkärilehti*. 13, 875 - 880.
- Pratt, S., Bartels, S., Naslund, J., Wolfe, R., Pixley, H., Mueser, K. & Josephson, L. 2013. Feasibility and Effectiveness of an Automated Telehealth Intervention to Improve Illness Self-Management in People With Serious Psychiatric and Medical Disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 4, 297 - 305.
- Rauhala, P. 2009. Esipuhe. Teoksessa E. Ora-Hyytiäinen (toim.) *Learning by Developing - toimintamalli ja arvioinnin haasteet*. Vantaa: Laurea University of Applied Sciences.
- Sajama, S. 2015. Toisen luokan potilaita. *Tehy-lehti*. 10, 42 - 46.
- Salokangas, R., Heinimaa, M., Svirskis, T., Huttunen, J., Laine, T., Korkeila, J., Ilonen, T., Ristkari, T., Vaskelainen, L., Rekola, J., Heinisuo, A-M., Heikkilä, J., Syvälahti, E., Hirvonen, J., Parkkola, R., Hietala, J., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Graf von Reventlov, H., Linszen, D., Dingemans, P., Birchwood, M. & Patterson, P. 2007. Psykoosille altis potilas. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 91*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Sheitman, B., Bird, P., Binz, W., Akinli, L. & Sanchez, C. 1999. Olanzapine-Induced Elevation of Plasma Triglyceride Levels. *American Journal of Psychiatry*. 156, 1471 - 1472.
- Suhonen, R. 2010. Käsitemaalyysi. Teoksessa R. Suhonen, H. Vaartio-Rajalin, K-M. Lonkila ja H. Leino-Kilpi (toim.) *Harjoituksia eettisten ongelmien tarkasteluun*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:60. Turku
- Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Talasilahti, T., Alanen, H-M. & Leinonen, E. 2011. Vanhusten vaikeat psykoosit - skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 4, 375 - 82.
- Tarricone, I., Ferrari, Gozzi, B., Serretti, A., Grieco, D. & Berardi, D. 2010. Weight gain in antipsychotic-naive patients: a review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 40, 187 - 200.
- Tiihonen, J., Wahlbeck, K., Lönnqvist, J., Klaukka, T., Ioannidis, J. & Haukka, J. 2006. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ*. 6, 1 - 6.
- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. & Haukka, J. 2009. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *The Lancet*. 22, 620 - 627.
- Torkar, G., Pintari, M. & Koch, V. 2010. Fruit and vegetable paying cards. *Nutrition & Food Science*. 40, 74 - 80.
- Vertiö, S., Perälä, J., Saarni, S.I., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henriksson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. *Lääkärilehti*. 11, 863 - 869.
- Veräjänkorka, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2008. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Vesterinen, O. & Mylläri, J. 2014. Peleistä pelillisyyteen. Teoksessa L. Krokfors, M. Kangas ja Kopisto K. (toim.) *Oppiminen pelissä*. Tampere: Vastapaino.

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

Wahlbeck, K. 2003. Toisen polven psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 19, 1807 - 1809.

Yarborough, B., Stumbo, S., Yarborough, M., Young, T. & Green, C. 2015. Improving Lifestyle Interventions for People With Serious Mental Illnesses: Qualitative Results From the STRIDE Study. Psychiatric Rehabilitation Journal. 3, 33 - 41.

Sähköiset

Aro, A. 2015. Aterialukumäärä. Terveysportti. Viitattu 20.2.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00073

Bandura, A. (ed.) 1997. Self-efficacy in changing societies. Viitattu 3.9.2015.
<http://books.google.fi/books?id=JbJnOAoLMNEC&printsec=frontcover&dq=bandura+self-efficacy&hl=sv&sa=X&ei=KUEIT4-IBsKe-waa19SqAQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage&q=bandura%20self-efficacy&f=false>

Borg, P. 2012. Laihdutuksen tutkitut ja hutkitut keinot. You Tube. Viitattu 22.3.2016.
<https://www.youtube.com/watch?v=yZSLN1SIYKY>

DeSeCo 2005. The Definition and Selection of Key Competencies. Executive summary. Viitattu 3.9.2015.
<http://www.deseco.admin.ch/bfs/deseco/en/index/02.parsys.43469.downloadList.2296.DownloadFile.tmp/2005.dskcexecutivesummary.en.pdf>

Dewey, J. 1917. The need for a recovery of philosophy. Teoksessa A. Moore, H. Brown, G. Mead, B. Bode, H. Stuart & H. Kallen (toim.) Creative Intelligence: Essays in the pragmatic attitude. New York; Holt. 3 - 69. Viitattu 25.11.2015.
https://www.brocku.ca/MeadProject/Dewey/Dewey_1917b.html

Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013. EUR/RC63/Conf.Doc./8. World Health Organization WHO. Viitattu 9.9.2015.
https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf

Glasgow, R., Vogt, T. & Boles, S. 1999. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. American Journal of Public Health. 9/1999. Viitattu 5.9.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508772/pdf/amjph00009-0018.pdf>

Huttunen, J. 2012. Alkoholi ja terveys. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 6.9.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120

Huttunen, M. 2014. Masennustilat eli depressiot. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 6.9.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538

Huttunen, M. 2015a. Mitä ovat psykoottiset tilat? Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 14.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00025

Huttunen, M. 2015b. Psykoosilääkkeiden tyypit. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 23.2.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/tk.koti?p_artikkeli=lam00028&p_haloperidoli

Hyvä tieteellinen käytäntö 2012. Tutkimusneuvottelukunta. Viitattu 23.11.2015.
<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Isometsä, E. ym. 2014. Depressio. Käypä hoito-suositus. Viitattu 6.9.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023>

- Jansson, K. 2014. Suomalaiset hyötypelit yrittävät vallata maailman ensimmäisenä - ”Vastavanlaisia hyöty- ja terveyspelejä ei ole vielä muilla”. Yle. Viitattu 26.11.2015.
http://yle.fi/uutiset/suomalaiset_hyotypelit_yrittavat_vallata_maailman_ensimmaisena__vas-taavanlaisia_hyoty-_ja_terveyspeleja_ei_ole_viela_muilla/7697909
- Jula, A. ym. 2014. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Viitattu 11.6.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04010>
- Kaukua, J. 2010. Lihavuus. Endokrinologia. Duodecim Oppiportti. Viitattu 15.4.2016.
<http://www.oppoportti.fi/dtk/oppi/end02101>
- Koponen, H. 2013. Klotsapiini hoitoresistentissä skitsofreniassa. Käypä hoito - Näytönastekatsaus. Viitattu 19.3.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06263>
- Kuolemansyytilasto 2014. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. Kuolemansyyt vuonna 2013 . Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 9.9.2015.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_001_fi.html
- Leppävaaran psykoosipoliklinikka 2015. HUS. Psykiatria. Viitattu 13.11.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/jorvin-sairaala/psykiatria/Sivut/Leppävaaran-psykoosiklinikka.aspx>
- Lyytikäinen, A. & Kuusipalo, H. 2016. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Kuvapankki. Viitattu 11.4.2016. <http://rty.fi/kuvapankki/>
- Lönnqvist, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt. Psykiatria. Duodecim oppikirjat. Viitattu 10.9.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597
- Models 2003. Adherence to long term therapies. Evidence for action. Geneve: WHO. Viitattu 28.11.2015. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>
- Mustajoki, P. 2015. Painoindeksi (BMI). Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 13.3.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001
- Mustajoki, P. 2016. Metabolinen oireyhtymä (MBO). Duodecim Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045
- Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Sairauksien ehkäisy. Terveysportti-sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 3.9.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00489&p
- van Nee, R., Larsen, J. & Fischer, J. 2016. Direct Effects of Food Cues Seen During TV Viewing on Energy Intake in Young Women. *Appetite* (2016). Accepted manuscript. Doi: 10.1016/j.appet.2016.02.148.
- NNR 2012. Nordic Nutrition Recommendations. Viitattu 13.3.2016. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>
- Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Viitattu 12.12.2015.
<https://www.laurea.fi/dokumentit/Documents/2.%20OraHyyti%C3%A4inen%20et%20al%20Hoito%20kehittaminen%20juurruttamalla.pdf>
- Palotie, A. 2015. Psykoosisairauksien periytyvyyttä selvittävä suurhanke käynnistyy Suomessa. Viitattu 11.4.2016. <http://www.superfinland.fi/tutkimuksesta>

Pekonen, M. 2014. Pelillisuus ja hyötypelit. Prezi. Viitattu 26.11.2015.
https://prezi.com/8ar_m6bkzsb3/pelillisuus-ja-hyotypelit/

Pietiläinen, K., Saarni, S., Fogelholm, M., Hakala, P., Keinänen, S., Koivukangas, V., Laine, M., Marttila, J., Pekkarinen, T., Rissanen, A. & Kukkonen-Harjula, K. 2013. Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Viitattu 21.3.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010>

Psykiatria 2015. HUS. Psykiatria. Viitattu 13.11.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/jorvin-sairaala/psykiatria/Sivut/default.aspx>

Raij, K., Niinistö-Sivuranta, S., Ahonen, O., Immonen-Orpana, P., Pääskyyvuori, M., Rantanen, T. & Lassila, E. 2011. Kehittämispohjaista oppimista. LbD-opas. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.11.2015. http://www.oamk.fi/docs/tapahtumat/lbd_opas.pdf

Ratliff, J., Palmese, L., Reutenauer, E., Srihari, V. & Tek, C. 2013. Obese Schizophrenia Spectrum Patients Have Significantly Higher 10-year General Cardiovascular Risk and Vascular Ages than Obese Individuals without Severe Mental Illness. *Psychosomatics Journal*. Viitattu 26.11.2015. [http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182\(12\)00042-4/fulltext](http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(12)00042-4/fulltext)

Rauramaa, R., Kukkola-Harjula, K., Arokoski, J., Hohtari, H., Ketola, E., Kettunen, J., Komulainen, P., Kujala, U., Laukkanen, J., Pylkkänen, L., Savela, S., Savonen, K., Tikkanen, H., Hautala, A., Lakka, T. & Virtapohja, H. 2016. Liikunta. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Viitattu 11.4.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.10.2015.
<http://fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 16.10.2014.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salokangas, R., Tuominen, L., Koponen, H., Laukkala, T., Oksanen, J., Pirkola, S. & Saxen, U. 2015. Skitsofrenia. Käypä hoito-suositus. Viitattu 6.9.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>

Saukkonen, P. 2011. Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto. Viitattu 19.10.2015.
<http://www.mv.helsinki.fi/home/psaukkon/tutkielma/index.html>.

Suokas, J., Alenius, H., Ebeling, H., Haapasalo-Pesu, K-M., Järvi, L., Koskinen, M., Laukkanen, E., Meskanen, K., Morin-Papunen, L. & Ryöppönen, A. 2014. Syömishäiriöt. Käypä hoito-suositus. Viitattu 20.3.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>

Syvänne, M. 2016. Metabolinen oireyhtymä. Lääkärin käsikirja. Terveyskirjasto. Viitattu 9.4.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00565&p_haku=metabolinen%20oireyhtym%E4

Talasilahti, T. 2015. Finnish Older Patients with Schizophrenia. Antipsychotic Use, Psychiatric Admissions, Long-Term Care and Mortality. *Acta University Tamperensis* 2014. Tampere University Press. Viitattu 8.12.2015. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98095/978-951-44-9935-7.pdf?sequence=1>

Tarnanen, K., Pietiläinen, K., Hakala, P., Koivukangas, V., Kukkonen-Harjula, K., Marttila, J., Rissanen, A. & Saarni, S. 2011. Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -potilasversiot. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00017>

Tikkanen, M., Syväne, M., Kesäniemi, A., Ketola, E., Kovanen, P., Kukkonen-Harjula, K., Laatikainen, T., Salo, M. K., Schwab, U., Strandberg, T. & Vanhanen, H. 2013. Dyslipidemiat. Käypä hoito -suositus. Viitattu 11.4.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50025>

Tuominen, L. 2013. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Käypä hoito -suositukset - Skitsofrenia - Lisätietoa. Viitattu 7.3.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01049&suositusid=hoi35050>

Uusitupa, M., Hermansen, K., Savolainen, M.J., Schwab, U., Kolehmainen, M., Brader, L., Mortensen, L.S., Cloetens, L., Johansson-Persson, A., Önnig, G., Landin-Olsson, M., Hertzig, K-H, Hukkanen, J., Rosqvist, F., Iggman, D., Paananen, J., Pulkki, K.J., Siloaho, M., Dragsted, L., Barri, T., Overvad, K., Bach Knudsen, K. E., Hedemann, M.S., Arner, P., Dahlman, I., Borge, G.I. A., Baardseth, P., Ulven, S.M., Gunnarsdottir, I., Jónsdóttir, S., Thorsdottir, I., Orešič, M., Poutanen, K.S., Risérus, U. & Åkersson, B. 2013. Effects of an isocaloric healthy Nordic diet on insulin sensitivity, lipid profile and inflammation markers in metabolic syndrome - a randomized study (SYSDIET). *Journal of Internal Medicine*. Vol 274, issue 1. Viitattu 7.9.2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12044/epdf>. 52 - 66.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta ETENE 2009. Mielenterveysetiikka - sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. ETENE. Viitattu 22.3.2016.
<http://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisu+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d>

Willett, W.C., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferro-Luzzi, A., Helsing, E. & Thrichopoulos, D. 1995. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 6/2015, 1402S - 1406S. Viitattu 8.12.2015.
<http://ajcn.nutrition.org/content/61/6/1402S.full.pdf+html>.

Lait

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/106.
 Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
 Kuntalaki 17.3.1995/365.
 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.
 Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
 Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
 Tartuntatautilaki 25.7.1986/583.
 Terveystieteidenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Kuviot

Kuvio 1: Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen ruokakolmio, ainekset ruokaan ja lautasmalli (Lyytikäinen & Kuusipalo 2016).....	12
Kuvio 2: Terveyskäyttäytymisen osatekijöitä (mukaillen Fischer ym. 2008, 198 - 200).....	18
Kuvio 3: OECD:n kompetenssimalli	19
Kuvio 4: Opinnäytetyössä käytetty terveystyöskäytännön malli.....	20
Kuvio 5: Juurruttamisen vaiheet työelämän ja oppilaitoksen kehittämissuunnitelmassa (mukaillen Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 27)	24
Kuvio 6: Opinnäytetyön etenemisprosessi: suunnittelu, toteutus, tuotos ja arviointi	28
Kuvio 7: Tässä opinnäytetyössä toteutettu työelämän kehittämissuunnitelma (mukaillen Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 27).....	30

Taulukot

Taulukko 1: Tieteelliseen näyttöön perustuva ohje terveyttä edistävään ruokavalioon (mukaillen NNR 2012, 23)	13
Taulukko 2: Laihdutusruokavalion periaatteet (mukaillen Haglund ym. 2011,166; Pietiläinen ym. 2013; NNR 2012, 22 - 23).....	14
Taulukko 3: Kysymyksiä ravitsemusohjaukseen (mukaillen Haglund ym. 2011, 169; Pietiläinen ym. 2013).....	16
Taulukko 4: Teemahaastatteluaineiston tyypittely.....	32
Taulukko 5: Havainnointiaineiston tyypittely.....	42
Taulukko 6: Opinnäytetyön toimintaan osallistuneiden määrä	46

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaun taulukko	63
Liite 2. Mukaan valitut artikkelit.....	64
Liite 3. Teemahaastattelun runko henkilökunnalle ja analyysirunko.....	75
Liite 4. Teemahaastattelun saatekirje	76
Liite 5. Teemahaastattelun suostumuslomake	77
Liite 6. Hyvät eväät	78
Liite 7. Välipalavaltti.....	79
Liite 8. Varhaisen ohjauksen hoitomalli	80
Liite 9. MBO - kolmen rastin lomake	81
Liite 10: Tarkistuslista	82

Liite 1. Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
Medic	Schizophrenia, psychoses, hyperlipidemia, metabolic syndrome, obesity, treatment, weight management	lapset ja nuoret, ensipsykoosit, julkaisukieli englanti, suomi, ruotsi tai unkari, julkaisuajankohta tammikuun 2010 ja loka-kuun 2015 välillä	9	5
PsycARTICLES (ProQuest)	Psychosis, schizophrenia, hyperlipidemia, metabolic syndrome, obesity	lapset ja nuoret, ensipsykoosit, julkaisukieli englanti, suomi, ruotsi tai unkari, julkaisuajankohta tammikuun 2010 ja loka-kuun 2015 välillä	43	4
PubMed	Psychosis, schizophrenia, hyperlipidemia, metabolic syndrome, obesity	lapset ja nuoret, ensipsykoosit, julkaisukieli englanti, suomi, ruotsi tai unkari, julkaisuajankohta tammikuun 2010 ja loka-kuun 2015 välillä	11	6
CINAHL	Schizophrenia, hyperlipidemia, metabolic syndrome, treatment	lapset ja nuoret, ensipsykoosit, julkaisukieli englanti, suomi, ruotsi tai unkari, julkaisuajankohta tammikuun 2010 ja loka-kuun 2015 välillä	1	1
Cochrane Library	Schizophrenia, metabolic syndrome, weight management	lapset ja nuoret, ensipsykoosit, julkaisukieli englanti, suomi, ruotsi tai unkari, julkaisuajankohta tammikuun 2010 ja loka-kuun 2015 välillä	1	0
Manuaalinen			7	7

Liite 2. Mukaan valitut artikkelit

Mukaan valitut artikkelit esitellään viidessä sarakkeessa: (1) tietokanta, (2) tekijä ja maa, (3) metodi ja otanta, (4) tarkoitus ja kohderyhmä, (5) keskeinen sisältö. (Tämä taulukko täydentyy työn etenemisen myötä.)

Tietokanta	Tekijä ja maa	Metodi ja otanta	Tarkoitus ja kohderyhmä	Keskeinen sisältö	Kommentit
Medic	Heiskanen, T. 2015. Suomi.	Väitöskirja, kyselytutkimus N = 380	Selvittää metabolisen oireyhtymän esiintyvyyttä skitsofreniapotilailla ja masennuspotilailla, masennuksen ja pitkäaikaisten mielenterveysoireiden yhteyttä metaboliseen oireyhtymään väestötöksessä sekä vähintään 10 %:n painonnousun riskitekijöitä masennusta sairastaneilla avohoitopotilailla. Kohderyhmänä skitsofreniapotilaat (n = 35), masennuspotilaat (n = 12) sekä vertailuryhmänä pohjoissavolainen väestötös (n = 333).	Metabolisen oireyhtymän esiintyvyys oli skitsofreniapotilailla 37 % ja masennuspotilailla 36 %. Seuranta- hetkellä diagnosoitua masennusta sairastavilla MBO:n esiintyvyys oli 58 %. Väestötöksessä pitkäaikaisia mielenterveysoireita sairastaneista 46 %:lla esiintyi MBO. Merkittävän painonnousun havaittiin liittyvän voimakkaiseen (HAM-D, SCL-90) tai ajankohtaiseen masennusoireisiin, persoonallisuushäiriöön, lapsuuden ja nuoruuden ikäviin kokemuksiin ja pitkään sairastamisaikaan.	Sydän- ja verisuonitautien riskitekijät on otettava huomioon skitsofrenia- ja masennuspotilaiden hoidon alusta alkaen osana kokonaisvaltaista hoitoa.
	Koponen, H. 2011. Suomi	Yleiskatsaus	Tarkastelee painonnousua psyykenlääkkeiden haittavaikutuksena.	Psykiatriin häiriöihin liittyy yleisesti painon nousua. Lihavuuteen liittyy kardiometabolisia ja muita liitännäissairauksia, jotka heikentävät mielenterveydenhäiriöiden hoitotuloksia. Osa psyy-	Skitsofreniaa sairastavalla potilaalla ylipainon syyt ovat samat kuin muullakin väestöllä, lisäksi osa psyykenlääkkeistä edistää lihomista.

				kenlääkkeistä edistää lihomista. Mielenterveydenhäiriöistä kärsivien ylipainoisten ihmisten hoidossa säännöllinen painon seuranta ja elämäntapaohjaus sekä painoon vaikuttamattomien lääkkeiden käyttö on suositeltavaa.	
	Penttilä, M., Juola, P., Sepälä, J., Kaivosoja, M., Raiskila, T., Niemelä, S. & Jääskeläinen, E. 2015. Suomi.	Yleiskatsaus	Selvittää mahdollisuuksia parantaa skitsofrenian ennustetta.	Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa käytössä olevien hoitomuotojen avulla. Ennustetta voidaan parantaa varhaisen tunnistamisen, aktiivisen ja suunnitelmallisen hoidon ja kuntoutuksen avulla. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön merkitys on suuressa asemassa ennusteen parantamisen suhteen.	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämisen avulla voidaan parantaa skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan elämänlaatua.
	Saari, K., Raiskila, T., Moilanen, K., Jääskeläinen, E. & Niemelä, S. 2015. Suomi.	Katsaus	Tarkastelee psykoosien hoitoa terveyskeskuksissa: tunnistamista, erikoissairaanhoidon lähettämistä ja seuranta.	Terveyskeskuksien rooli psykoosipotilaiden hoidossa todennäköisesti kasvaa tulevaisuudessa, mikä edellyttää lisää osaamisresursseja avoterveydenhuoltoon.	Toteaa, että psykoosipotilaiden fyysisten sairauksien tunnistamiseen ja hoitoon kiinnitettävä erityistä huomiota.
	Viacheslav, T. 2013. Suomi.	Väitöskirja, kaksois-sokko, kontrolloitu plasebotutkimus.	Tutkii mirtatsapiinin vaikutavuutta skitsofrenian hoidossa. Vertailee hoitotuloksia kahdessa ryhmässä, jois-	Mirtatsapiinilla todettiin olevan merkittäviä vaikutuksia kliinisesti mitattaviin parametreihin. Muutokset	Kaksoissokkotutkimuksen aikana mirtatsapiiniryhmän paino- ja kokonaiskolesterolitasot sekä ve-

		N = 39	<p>ta toisessa antipsykootteihin on lisätty mirtatsapiini.</p> <p>Kohderymänä joukko valikoituja, kroonista skitsofreniaa sairastavia potilaita (N = 20) ja vertailuryhmä (N = 19.)</p>	<p>ovat samantyyppisiä kuin tehokkaimmilla antipsykoottilääkkeillä.</p>	<p>renpainearvot nousivat, vertailuryhmässä ei nousua. Pieni otos heikentää tuloksen yleistettävyyttä, mutta antaa perusteita tutkia mirtatsapiinin käytön yhdistämistä myös toisen polven antipsykoottien kanssa ja vertailla tuloksia klotsapiinin käyttöön.</p>
	<p>Viertiö, S. Perälä, J., Saarni, S., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henriksson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. Suomi.</p>	<p>Tutkimusraportti, laaja kohorttitutkimus</p> <p>N= 8028</p>	<p>Vertailee psykoosisairauksista kärsivien fyysistä sairastamista ja toimintakyvyn vajauksia samanikäiseen yleisväestöön.</p> <p>Kohderymänä on satunnaisesti valittuja, yli 30-vuotiaita suomalaisia.</p>	<p>Skitsofreniaa sairastavilla todettiin diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän suurta esiintyvyyttä. Ylipaino, keskivartalolihavuus, hypertriglyseridemia ja HDL-pitoisuus olivat erityisesti koholla. Myös D-vitamiinipitoisuus ja heikentynyt luusto olivat heillä tavallisia. Skitsofreniaa sairastavilla todettiin myös alentunutta kognitiivista toimintakykyä, liikkumiskykyä sekä arkielämän toimintakyvyn heikentymistä useammin kuin samanikäisellä yleisväestöllä.</p>	<p>Fyysiset terveysongelmat ja ennenaikaisen kuoleman riski liittyvät psykoosiin. Psykoosiin sairastuneiden fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset ovat huomattavasti yleisempiä kuin yleisväestöllä.</p>

ProQuest PsycARTICLES	Bisconer, S. W. & Harte, B. M. 2010. USA.	Tutkimusraportti, määrällinen tutkimus, aineisto perustuu potilasarkistotietoihin ja mittauksiin. N = 99	Vertailee ensimmäisen ja toisen polven antipsykoottihoidon yhteyksiä metaboliiseen syndrooman kehittymiseen. Kohderyhmä satunnaisesti valittuja psykiatristen sairaaloiden potilaita vuosilta 1990 - 2006.	Tutkimus osoittaa, että potilaat, joiden hoidossa on käytetty toisen polven antipsykootteja, ovat todennäköisemmin saaneet metaboli- sisen oireyhtymän sairaalassa ollessaan verrattuna niihin potilaisiin, joita oli hoidettu ensimmäisen polven antipsykooteilla.	Toisen polven antipsykoottihoidon saaneiden paino, BMI ja verenpaine nousivat. Toisen polven antipsykoottihoidon saaneiden paino ja BMI eivät nousseet ja verenpaine laski.
	Coblentz, P., Leickly, E., Chwastiak, L., Cristofalo, M., Ries, R. & McDonell, M. 2014. USA.	Tutkimusraportti, laadullinen tutkimus. Menetelminä haastattelu potilaille ja avoterveydenhuollon edustajille ja kysely psykiatrisen hoidon tarjoajille. N= 21	Tarkastelee, miten maaseudulla asuminen vaikuttaa aikuisten skitsofreniapotilaiden metaboli- sisen syndrooman hoitoon. Kohderyhmänä 7 skitsofreenikkaa, 7 avoterveydenhoidon yksikkö ja 7 psykiatrisen hoidon yksikköä kahdelta eri maaseutupaikkakunnalta Washingtonin osavaltiosta USA:sta.	Maaseutupaikkakunnan vahvuksina potilaiden ja eri toimijoiden keskinäinen tunteminen, mahdollisuus käyttää aikaa, ystävällisyys ja vastaanottavaisuus. Heikkouksina puute lääketieteellisistä spesialisteista, potilaiden haluttomuus matkustaa kaupunkiin, etäisyydet, julkisen liikenteen puute, korkea työttömyys, korkea sairausvakuutuksen piiriin kuulumattomien määrä ja suuri hoitoa tarvitsevien määrä.	Suurin osa hoitoon pääsyn rajoitteista johtuu samoista syistä kuin kaupungeissa asuvilla skitsofreenikoillakin, lisäksi joitakin maaseutu- asuminen heikkouksista johtuvia, mikä heikentää asemaa. Sellaiset hoitomuodot, jotka rakentuvat maaseutu- asuminen omien vahvuksien pohjalle, ovat todennäköisesti maaseudulla tehokkaimpia.

	Klingaman, E., Medoff, D., Vivotto, K., Hoffmann, R. & Goldberg, R. 2014. USA.	Tutkimusraportti, kvantitatiivinen tutkimus, laajalle perusjoukolle suunnattu kysely. N = 86 810	Tarkoituksena on tarkastella ja vertailla kohderyhmää MOVE! (painonhallintaan liittyvien tekijöiden arviointiin liittyvä tutkimus) avulla. Kohderymänä on skitsofreniaa sairastavat yhdysvaltalaiset veteraanit (N = 5 388). Kohderyhmää vertaillaan mielenterveydenhäiriöistä kärsimättömiin (N = 81 422) veteraaneihin.	Skitsofreniaa sairastavien todettiin tupakoivan viisikertaisesti verrattuna mielenterveydenhäiriöistä kärsimättömiin. Tutkimuksen perusteella kaikille iäkkäille ihmisille tulee korostaa terveellisten elämäntapojen merkitystä. Päivittäisen ja säännöllisen liikunnan lisääminen vähentää turvallisuusongelmia, sosiaalisen tuen puutetta sekä liikkumisen esteitä.	Tupakoimisen yhteyttä laihtumiseen on myös syytä käsitellä.
	Liu, N. & Spaulding, W. 2010. USA.	Tutkimusraportti, laadullinen pilottitutkimus, kaksi vertailuohjelmaa. Menetelminä puolistrukturoitu haastattelu ja valmis kehikko (Brief Psychiatric Rating Scale). N = 19	Vertailee terveyteen keskittyvän ja tavallisen hoitopäiväohjelman eroja vaikutuksessa terveyskäyttäytymiseen. Kohderymänä useita mielisairauksia sairastavat potilaat.	Useita mielisairauksia sairastavilla on heikko fyysinen terveys ja korkea ennenaikainen kuolleisuus.	Ohjelmien välillä ei ollut eroja liikunnan tai tupakoinnin määrissä. Terveyteen keskittyvän ohjelman piirissä olevat kertoivat käyttävänsä enemmän vihanneksia ja hedelmiä.
	Lundgren, J., Rempfer, M., Lent, M. & Foster, G. 2014.	Tutkimusraportti, kvantitatiivinen tutkimus N = 22	Vertailee skitsofreniaa sairastavien ja sairastamattomien henkilöiden syömis-käyttäytymistä, fyysistä aktiivisuutta sekä kehonkuvaa. Mielenterveydenhäiriöt lisäävät liikalihavuuden riskiä, vaikka suoraa yhteyttä	Skitsofreniaa sairastavien ryhmässä todettiin esiintyvän käyttäytymismalleja, joiden useimmin todettiin aiheuttavan painonnousua. Lisäksi heidän todettiin olevan tyytyväisempiä liikunnan tuomasta ilosta ja kehon muuttumisesta sen myö-	

			ei vielä tunnetakaan. Kohderymänä skitsofreniaa sairastavat aikuiset ja heille demografisesti valittu obeesi, aikuinen kohderyhmä ilman psykiatrista diagnoosia.	tä verrattuna kantaväestöön.	
Mizock, L. 2012.	Kirjallisuuskatsaus		Asettaa vastakkain perinteisen lääketieteellisen lähestymistavan ja oman koon hyväksymisen perspektiivin obeesin, vakavaa mielisairautta sairastavan potilaan hoidossa.	Vakavaa mielisairautta sairastava obeesi potilas kohtaa kaksoisstigman, joka liittyy kahteen marginaaliseen identiteettiin. Tämä liittyy useisiin lääketieteellisiin hoitoihin, työttömyyteen, asumiseen ja suhteisiin.	Perinteinen lääketieteellinen lähestymistapa voi hyötyä koon hyväksymisen perspektiivistä huolehtimalla mielisairaudesta ja obesiteetin kaksoisstigman vähentämisestä. Hoitajat voivat vähentää kaksoisstigmaa edistämällä kaikenkokoisten asiakkaiden terveyttä.
Pratt, S., Bartels, S., Naslund, J., Wolfe, R, Pixlye, H., Mueser, K. & Josephson, L. 2013. USA.	Tutkimusraportti, yksiryhmäinen pilottitutkimus N = 70		Selvittää liitännäissairauksiin liittyvien ongelmien tehokkaan seurannan ja hoidon sekä terveydenhuollon henkilöstön tekniikan avulla tarjoaman tuen merkitystä vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsivien ihmisten hoidossa. Kohderymänä vakavasta mielisairaudesta sekä kroonisesta fyysisestä, epästabii- lista tai viimeisen vuoden	Tutkimuksen perusteella hoitamalla ja seuraamalla sekä tarjoamalla nykytekniikan avulla tukea vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsiville ihmisille, saatiin heidän itsehoitoa kohennettua.	Tekniikan avulla voidaan tehostaa ja parantaa vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsivien ihmisten omahoitoa.

			sisällä tehohoitoa vaatineesta sairaudesta kärsivät henkilöt.		
	Yarborough, B., Stumbo, S., Yarborough, M., Young, T. & Green, C. 2015. USA	Tutkimusraportti, laadullinen tutkimus. Menetelmänä haastattelu, aineiston transkriptointi Atlas.ti:llä ja luokittelu teemoihin N = 84	Tarkoituksena oli löytää keinoja, jotka helpottavat tai edistävät elämäntapojen muutosta ja johtaisivat terveydentilan kohenemiseen koskien kyseistä kohderyhmää. Kohderyhmällä oli diagnosoitu skitsofrenia tai skitsoaffektiivinen häiriö, bipolaarinen häiriö tai psykoosi.	Fyysisen terveyden edistämisen vaikeuteen vaikuttavat syyt ovat samanlaiset sekä vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsivillä ihmisillä kuin kantaväestölläkin. Syytä ovat läheisten antaman tuen puute, epäterveellinen ravitsemus ja huonon sään vaikutus liikumattomuuteen. Ryhmän tuen havaittiin vahvasti edistävän motivaatiota ja ylläpitäen käyttäytymisen muutosta.	Mielialan muutokset ja motivaation puute heikentävät terveellisen ravitsemuksen ja säännöllisen liikunnan toteuttamista vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsivillä ihmisillä.
PUBMED	Castello, S., Fábregas, E., Bergé, B., Goday, A. & Valles, C. 2013.	Kirjallisuuskatsaus, non-systemaattinen katsaus MEDLINE:stä.	Pyrkii selvittämään kaikki MEDLINE-artikkeleissa esiintyvät riskitekijät ja niiden roolit psykoottisista häiriöistä kärsivien potilaiden kardiovaskulaarisissa sairauksissa.	Klassisten kardiovaskulaaristen riskitekijöiden lisäksi psykoottisista häiriöistä kärsivien potilaiden korkeita riskifaktoreita lisäsivät biokemialliset faktorit (plasma kortisolitaso, ACTH, homokysteini, PCR), hyperglykemia ja insuliiniresistenssi sekä antipsykoottiset lääkkeet.	Itse artikkeli on espanjaksi, tiivistelmä englanniksi. Pääosa tarkastelluista artikkeleista ja lähteistä on englanninkielisiä. Epäsystemaattisuus ja epätarkka rajaus vaikeuttavat tulosten arviointia, mutta julkaisija Elsevier España.
	Heald, A. 2010.	Yleiskatsaus, asiantuntija-artikkeli.	Tarkastelee skitsofreniapotilaiden kohtaamia fyysisiä	Skitsofreniapotilailla on kohonnut riski sairastua ylipainoon, lihavuuteen, diabe-	Skitsofreniapotilaan fyysiset terveysongelmat voivat johtaa heikentyne-

			terveysriskejä.	tekseen, metaboliseen syndroomaan sekä sydän- ja verisuonisairauksiin.	seen elämänlaatuun, huonoon itsetuntoon ja vähentyneeseen eliniän odotukseen.
	Laursen, T., Nordentoft, M. & Mortensen, P. 2014.	Kirjallisuusatsaus	Tarkastelee kirjallisuutta, joka koskee skitsofreniapotilaiden korkeaa kuolleisuutta, ehdottaa siihen syitä ja mahdollisia alentamiskeinoja.	Skitsofreniapotilaat kuolevat keskimäärin 20 vuotta aiemmin kuin muu väestö, ero on pikemminkin kasvamaan päin.	Tärkeimpinä tarkastelu-kohteina ovat lääkehoidon sivuvaikutukset, elämäntapatekijät sekä fyysisen lisäsairastavuuden välttäminen ja asianmukainen hoitaminen.
	Mitchell, A., Vancampfort, D., Sweers, K., van Winkel, R., Yu, W. & De Hert, M. 2013.	Kirjallisuuskatsaus, systemaattinen haku ja meta-analyysi.	Selvittää aikuisten skitsofreenikkojen metabolista syndroomaa MBO ennustavia tekijöitä ja esiintyvyyttä. 126 analyysiä 77 julkaisussa	Keskimääräinen MBO esiintyvyys oli 32,5 %. Ikä vaikutti lievästi kohottavasti, mutta suurin vaikutus oli sairauden kestolla. Vyötärönmitta oli käyttökelpoisin ennakoiva tekijä. Tutkimus suosittelee, että skitsofreniapotilaat pitäisi lukea MBO-riskiryhmäksi, jota seurataan säännöllisesti ja jolle annetaan tarvittavaa hoitoa.	Korkeimmat MBO-lukemat havaittiin klozapinilla lääkityillä potilailla ja matalimmat niillä, joilla ei ollut lääkitystä.
	Ratliff, J., Palmese, L., Reutenauer, B., Srihari, V. & Tek, C. 2012. USA	Tutkimusraportti, yhdistetty menetelmä, Framinghamin CVD-laskuri. N = 303	10-vuoden tutkimus, jossa selvitettiin sydän- ja verisuoniston ikää ja niiden riskejä. Tutkimukseen osallistui 106 ylipainoista skitsofreniaa sairastavaa sekä 197 ylipainoista henkilöä, joilla ei ollut mielenterveyden häiriöitä. Kahden eri tutki-	Tutkimuksen mukaan ylipainoisten skitsofreniaa sairastavien ihmisten verisuoniston ikä arvioitiin 14,1 vuotta henkilöiden todellista ikää vanhemmaksi. Vastaava luku ylipainoisilla yleisväestön ihmisillä oli 6,7 vuotta.	Ylipainoisten, skitsofreniaa sairastavien ihmisten sekä mielenterveyshäiriöistä kärsimättömien ylipainoisten ihmisten verisuoniston iän vertailussa skitsofreniaa sairastavat arvioitiin keskimäärin 14,1 vuotta todellista

			musryhmän tuloksia verrattiin toisiinsa.		ikänsä vanhemmiksi. Vastaava luku mielenterveyshäiriöistä kärsimättömillä ihmisillä oli 6,7 vuotta.
	Ringen, P., Engh, J., Birkenaes, A., Dieset, I. & Andreassen, O. 2014.	Kirjallisuuskatsaus, non-systemaattinen katsaus PUBMED:istä	Tarkastelee skitsofreniaan liittyvää, kardiovaskulaarisista sairauksista johtuvaa kohonnutta kuolleisuutta, siihen liittyvää epidemiologiaa, mahdollisia tapauksia ja interventioita.	Skitsofreniaa sairastavat kuolevat 15 - 20 vuotta aiemmin verrattuna terveeseen väestöön. Syynä ovat sydän- ja verisuonisairaudet. Merkittävänä tekijöinä ovat huono ruokavalio, liikunnan puute, tupakointi ja aineiden väärinkäyttö. Tietoa fyysisen terveyden kohentamiseen liittyvistä keinoista kohderyhmälle on vähän.	Skitsofreniapotilailla on kohonnut riski sairastua ja kuolla kardiovaskulaarisiiin sairauksiin sekä niiden liitännäissairauksiin, mutta taustalla olevaa mekanismia ei täysin tunneta. Koordinoidut interventiot voivat ehkä vähentää sairastumisriskiä. Tehokkaille ohjelmille on kiireellinen tarve.
CINAHL	McDaid, T. & Smyth, S. 2015. Irlanti.	Kirjallisuuskatsaus, systemaattinen katsaus ja taulukot	Tarkastelee skitsofreniaan liittyviä metabolisen oireyhtymän vallitsevimpiä muutoksia, niiden yleisyyttä ja vaikutusta mielenterveys-hoitajan hoitotyöhön.	Tarvitaan varhaisen vaiheen monitorointisysteemi, joka auttaa havaitsemaan antipsykoottihoidon saavan potilaan fyysisessä terveydentilassa tapahtuvat muutokset.	Nimetyt riskifaktorit olivat diabetes, obeiteetti ja dyslipidemia. Antipsykoottihoidolla on myös merkittävä rooli metabolisen syndrooman kehitymisessä.

Manuaalinen	Hintikka, J & Niskanen, L. 2005.	Asiantuntija-artikkeli	Tarkoituksena on kiinnittää huomiota skitsofrenian lisäämään sydän ja verisuonitautien vaaraan ja panostaa niiden ehkäisyyn.	Skitsofreniaa sairastavien elinikä todetaan jopa viidenneksen lyhemmäksi kuin väestön keskimäärin, ja syyksi luetellaan somaattisille altistavia tekijöitä kuten runsas tupakointi, puutteellinen tai epäterveellinen ravitsemus sekä sosiaalinen ja taloudellinen syrjäytyminen. Itsemurhien lisäksi elinikää lyhentää ylikuolleisuus hengityselinten tauteihin sekä sydän- ja verisuonisairauksiin (Joukamaa 2001).	Viittaa amerikkalaisiin suosituksiin skitsofreniaa sairastavien ja psykoosilääkkeitä käyttävien somaattisen terveydentilan seurannasta (Marder ym. 2004; American Diabetes Association ym. 2004, joissa tavoitteena, että ensilinjan vastuu somaattisen tilan seurannasta on psykiatrisen hoidon henkilöstöllä.
	Mäkelä, J. & Laitinen, K. 2012.	Asiantuntijatyöhön perustuva artikkeli	Kehittää uusi mittari ruokavalion laadun mittaamiseen ravitsemusohjauksen tueksi.	Mittari mahdollistaa elintarvikevalintojen ja ruokavalion kokonaisuuden tarkastelun. Tarkoituksena on hyödyntää mittaria ruokavalion laadullisessa tarkastelussa ja ravitsemusohjauksessa liittyen terveyden edistämiseen.	Mittari käsittää 18 kysymystä, jotka ovat helposti ymmärrettävissä eivätkä kuormita vastaajaa. Pitkäaikaistutkimus on käynnistetty.
	Oksanen, J. 2013.	Näytönastekatsaus, 3 painonhallintaohjelmaa	Tarkastelee skitsofreniapotilaiden painonhallintaohjelmien näytönasteita. Kohdeena tutkimukset Kwon ym. (2006, N = 48), Weber ja Wyne (2006, N = 17) ja Jean-Baptiste ym. (2007, N	Näytön aste on kaikissa kolmessa tutkimuksessa C. Ravitsemusneuvonta ja -ohjaus saattavat auttaa skitsofreniapotilaita pudottamaan painoaan.	Antaa teleologisia perusteita opinnäytteen aiheen valinnalle.

			= 18).		
	Osborn, C., Amico, K. R., Fischer, W., Egede, L. E. & Fischer, J.D. 2010.	Tutkimusraportti N= 118	Diabetespotilaan ruokavalio- ja liikuntaohjauksen kehittäminen. kohderyhmänä puertoricolaissyntyiset, jotka asuneet USA:ssa vähintään 25 vuotta, keski-ikä 58 vuotta	Havainnoimalla ja haastat- telemalla saatiin erilaisia tuloksia, ruokavalio- ohjauksen tulisi keskittyä asenteisiin ja taitoihin, lisä- tutkimusta tarvitaan ympä- ristön vaikutuksen merkityk- sestä	Tukee IMB-mallin kehittä- mistä sekä haastattelun ja havainnoinnin yhdis- tämistä tutkimusmene- telminä.

Liite 3. Teemahaastattelun runko henkilökunnalle ja analyysirunko

1. Mitä terveyden edistämiseen tarvittavien työvälineiden hallinnan kehittämistarpeita olette huomannut psykoosikuntoutujilla olevan?
2. Mitä taitoja psykoosikuntoutujien pitäisi kehittää terveyskäyttäytymisensä tukemiseksi?
3. Miten psykoosikuntoutujat osallistuvat toimintaan sosiaalisesti monimuotoisessa ryhmässä?
4. Mitä tietoja psykoosikuntoutujat tarvitsevat oman terveytensä edistämiseksi itsenäisesti?
5. Millaiset tiedonhakutaidot psykoosikuntoutujilla on?
6. Millainen on psykoosikuntoutujien motivaatio kehittää tarvittavia tietoja ja taitoja?
7. Millainen motivaatio psykoosikuntoutujilla on yleensä terveyskäyttäytymisen muutokseen?

Liite 4. Teemahaastattelun saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

Teemme sairaanhoitajakoulutuksen opinnäytetyötä Laurea-ammattikorkeakouluun Lohjalle. Opinnäytetyössä kehitämme psykoosikuntoutujan ravitsemusohjausta ja siihen liittyvää pelillistä ohjausmateriaalia.

Opinnäytetyöhön sisältyy teemahaastattelu HUS HYKS Psykiatriaan kuuluvan psykoosipoliklinikan henkilöstölle. Haastattelut toteutetaan poliklinikan tiloissa helmikuussa 2016. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistuminen vie aikaa noin 20 - 30 minuuttia.

Haastatteluteemojen alueita ovat terveyden edistämiseen tarvittavien työvälineiden hallinta, vuorovaikutukseen osallistuminen sosiaalisesti monimuotoisessa ryhmässä, itsenäinen toiminta oman terveyden edistämiseksi, tiedot, taidot, motivaatio ja muu terveystyöskäytymiseen vaikuttava toiminta.

Opinnäytetyö toteutetaan noudattaen tutkimusneuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Haastattelut nauhoitetaan ja aineisto tuhotaan tutkimuksen valmistuttua. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyys pysyy salassa ja haastattelijat noudattavat vaitiolovelvollisuutta.

Saatte haastattelun tulokset käyttöönnne toukokuussa opinnäytetyömme valmistuttua. Mikäli teillä on kysyttävää haastatteluun liittyen, voitte olla yhteydessä meihin. Annamme mielellämme lisätietoja.

Ystävällisin terveisin,

Terhi-Maija Itkonen-Isakov
terhi-maija.itkonen-isakov@student.laurea.fi

Viva-Evita Sippola
viva-evita.sippola@student.laurea.fi

Liite 5. Teemahaastattelun suostumuslomake

Osallistun teemahaastatteluun ja annan suostumukseni käyttää teemahaastattelussa esille tulleita tietoja psykoosikuntoutujan ravitsemusohjausta käsittelevässä opinnäytetyössä. Osallistuminen on vapaaehtoista ja sen saa keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Nimi	Henkilötunnus	Yhteystieto

Opinnäytetyön tekijät ja yhteystiedot

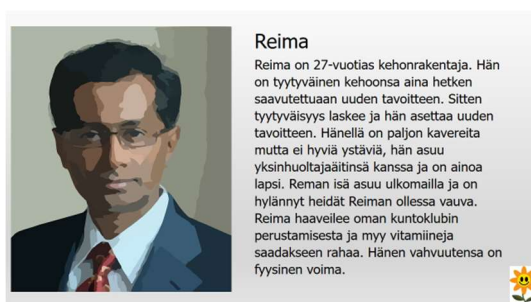
Terhi-Maija Itkonen-Isakov terhi-maija.itkonen-isakov@student.laurea.fi
 Viva-Evita Sippola, viva-evita.sippola@student.laurea.fi

Liite 6. Hyvät eväät



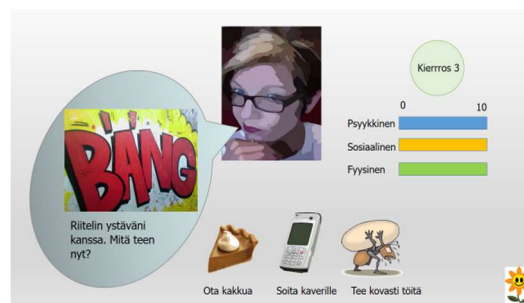
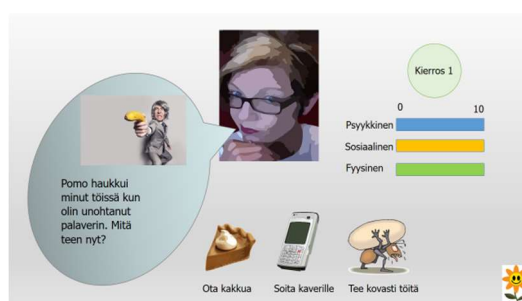
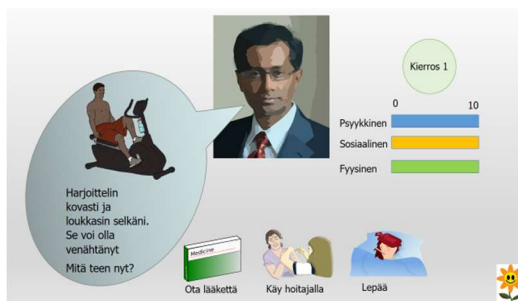
Pelin säännöt

- 1) Pelin tavoitteena on saavuttaa tasapaino kolmen parametrin kesken: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen.
- 2) Jos fyysiset pisteet ovat 10 ja valitset syömisen, niin lihot ja pisteet laskevat -4 pistettä.
- 3) Pelissä on selviämiskortti, jota voi käyttää kerran pelin aikana. Jos jokin parametrin menee kerran nolville, voi käyttää selviytymiskorttia kerran, mutta seuraavalla kerralla peli päättyy.



Pirkko

Pirkko on 38-vuotias kahden pojan äiti, joka harrastaa latinaistaansseja. Hän on viimeaikoina pudottanut vähän painoaan ja on tyytyväinen ulkonäköönsä. Hän asuu kiltin aviomiehensä ja poikiensa kanssa omakotitalossa keskustan ulkopuolella ja työskentelee keskustassa toimistotöissä. Hänen oma lapsuutensa oli köyhä ja alkoholin varjostama. Pirkon vahvuus on että hänellä on mukavasti rahaa.



Liite 7. Välipalavaltti



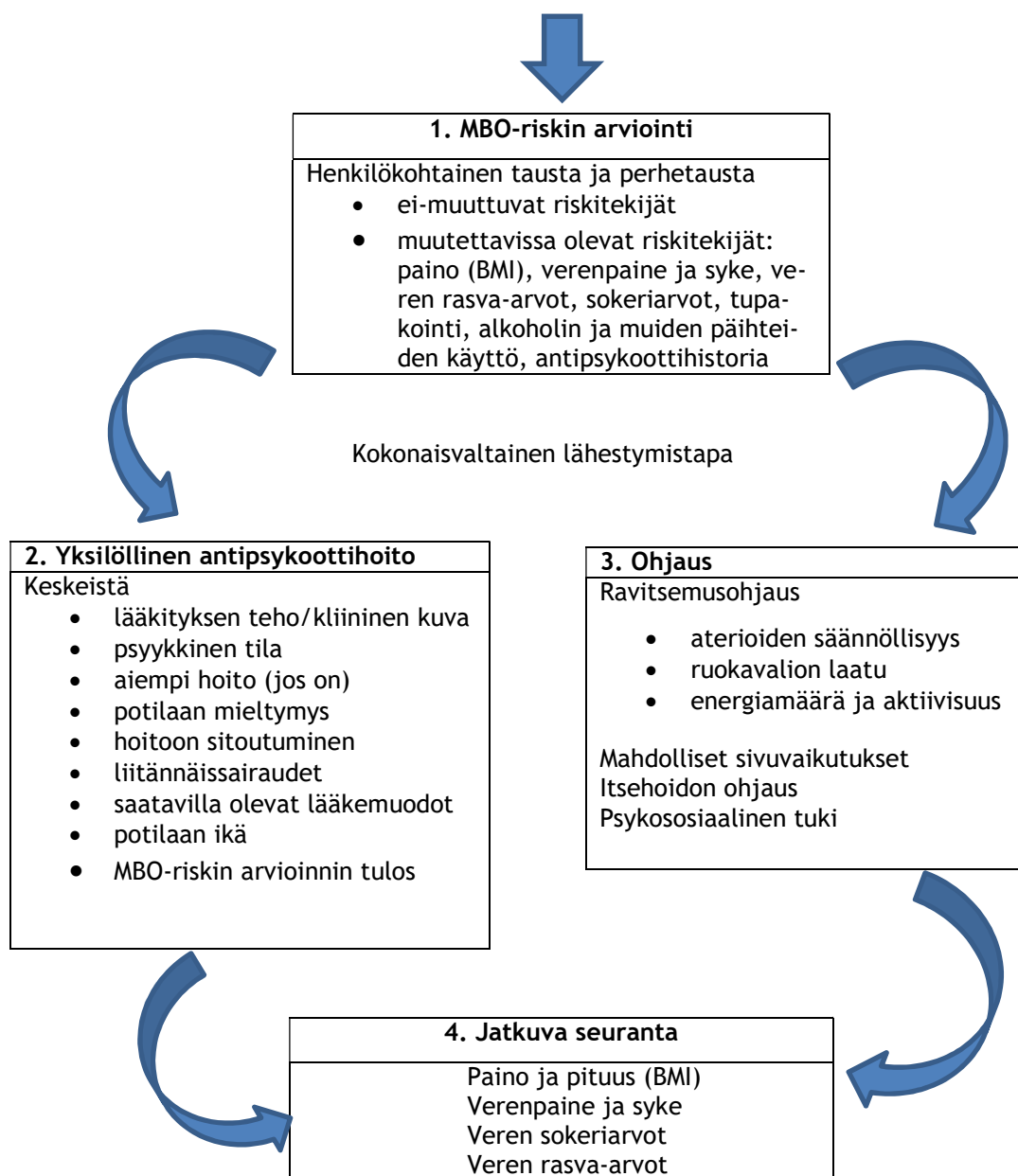
Välipalavaltti

Terhi-Maija Itkonen-Isakov ja Viva-Evita Sippola

Välipalavaltti sisältää Valion aineistopankin tuotekuvia.

Liite 8. Varhaisen ohjauksen hoitomalli

Uusi diagnosoitu potilas/muutos lääkityksessä/nykyinen terapiapotilas



Oleellista on MBO-riskin arviointi jo ennen antipsykoottihoidon aloittamista ja ohjauksen aloittaminen varhaisessa vaiheessa, heti antipsykoottihoidon aloittamisen yhteydessä.

Vyötärönympäryksen mittaamista voidaan käyttää myös BMI:n lisänä arvioitaessa riskiä. Joillakin antipsykooteilla on yhteys kohonneeseen metabolisen oireyhtymän riskiin. Näyttö on vahvinta joidenkin antipsykoottien ja diabeteksen välillä ja yhteys rasva-arvoihin on vähemmän korreloiva. Klotsapiinin käyttö pitäisi arvioida erikseen ja sitä pitäisi käyttää vain niille potilaille, joilla on hoitoresistenttiä muille lääkkeitä. (Barnett ym. 2007, 364.)

Liite 9. MBO - kolmen rastin lomake

Mikä on MBO?

Metabolinen oireyhtymä eli MBO on aineenvaihduntahäiriö. Alttius on perinnöllistä ja puhkeamiseen vaikuttavat myös elintavat. MBO määritellään raja-arvoihin ja lääkitykseen perustuen. Näistä kolmen tulee täyttyä: vyötärönympäryys miehillä vähintään 100 cm ja naisilla vähintään 90 cm, veren triglyseridipitoisuus yli 1,7 mmol/l, veren HDL-kolesterolipitoisuus miehillä alle 1,0 mmol/l ja naisilla alle 1,3 mmol/l, verenpaine vähintään 130/85 mmHg, veren paastosokeri vähintään 5,6 mmol/l tai henkilöllä on verenpaineeseen, rasva-arvoihin tai verensokeriin vaikuttava lääkitys.

Miten tunnistan MBO:n?

MBO:n tunnistaminen tapahtuu kolmivaiheisesti: 1. Mittaa vyötärönympäryys, 2. Määritä verikokeesta veren sokeri- ja rasva-arvot ja 3. Mittaa verenpaine.

1. Mittaa vyötärönympäryys

- vyötärönympäryys on miehellä vähintään 100 cm tai naisella vähintään 90 cm

Rastita, jos vyötärön ympärysmitta ylittyy.

2. Tee laboratoriolähete veren sokeri- ja rasva-arvojen mittaamiseksi

Verikokeiden raja-arvot:

- Veren triglyseridipitoisuus on yli 1,7 mmol/l tai henkilöllä on tähän vaikuttava lääkitys
- Veren HDL-pitoisuus on miehellä alle 1,0 mmol/l tai naisella alle 1,3 mmol/l tai henkilöllä on tähän vaikuttava lääkitys
- Veren paastosokeri on vähintään 5,6 mmol/l tai henkilöllä on verensokeriin vaikuttava lääkitys

Rastita ne kohdat, jotka ylittyvät.

3. Mittaa verenpaine

Verenpaine on koholla, jos se on vähintään 130/85 mmHg

- Systolinen paine (yläpaine) on vähintään 130 mmHg tai diastolinen (alapaine) on vähintään 85 mmHg

Rastita, jos arvoista toinen tai molemmat ylittyvät tai henkilöllä on verenpainelääkitys.

Jos sait lomakkeeseen vähintään kolme rastia, kyseessä on MBO.

Liite 10: Tarkistuslista

Kerran vuodessa tarkistettava:

- Verenpaine
- Syke
- Paino (BMI)
- Vyötärönympäryys
- Silmät, korvat, hampaat ja suu (yleisilme)

Tarvittaessa tarkistettava:

- Mammografia ja papa naisilta

Aina uudelta potilaalta tarkistettava:

- Verenpaine
- Syke
- Pituus
- Paino
- BMI
- Vyötärönympäryys