



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjaus

Kirjallisuuskatsaus

Emil Kiintonen & Ville Tynjälä

2018 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjaus -kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

Kiintonen Emil, Tynjälä Ville
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Elokuu, 2018

Emil Kiintonen & Ville Tynjälä

Mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjaus -kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

Vuosi 2018 Sivumäärä 37

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla millaisesta ravitsemusohjauksesta mielialahäiriöpotilaat hyötyvät ja tuottaa tietoa mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjauksesta. Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Jorvin sairaalan HUS/HYKS psykiatrian osasto P2:n kanssa, joka on keskittynyt mielialahäiriöiden hoitoon.

Teoreettisessa viitekehyksessä käydään läpi mielialahäiriöitä, psyykenlääkkeiden ja ravitsemuksen yhteyttä, ravitsemusohjausta, sekä mielialahäiriöpotilaan hoitoa osastolla. Hakuprosessissa mukailtiin systemaattista tiedonhakua ja aineistoa haettiin alan suurimmista tietokannoista, jonka lisäksi käytettiin manuaalista hakua. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui neljä tutkimusartikkelia, jotka sisälsivät tuloksia mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjauksesta. Osassa tutkimuksia mukana oli myös muista psyykkisistä häiriöistä kärsiviä henkilöitä.

Tutkimuksissa ravitsemusohjaukset toteutettiin 3-6kk kestoisina. Keskeistä toteutuksissa oli asiakas- ja tavoitelähtöisyys, motivoiva haastattelu, tietämyksen lisääminen terveellisestä ruokavaliosta, sekä ruokatottumusten parantaminen ja taitojen lisääminen.

Tulosten mukaan suuri osa mielialahäiriöistä kärsivistä hyötyy heille osoitetusta ravitsemusohjauksesta niin psyykkistä, kuin fyysistä hyvinvointia tarkastellen. Ravitsemusohjauksella voidaan tukea mielialahäiriöstä kärsivän henkilön ravitsemustottumuksia terveellisempään suuntaan, lisätä positiivista asennetta ja motivaatiota terveelliseen ravitsemukseen, sekä kehittää ruoanlaittotaitoja. Lisäksi psyykkisessä voinnissa on havaittavissa positiivisia muutoksia.

Tulevaisuudessa psykiatrian ravitsemustutkimuksen tulisi keskittyä toistoihin suuremman näytön, sekä kehittyneempien, tehokkaampien, ja täsmällisempien tutkimussuunnitelmien saamiseksi. Interventiotapojen laajentaminen ja parantavasti masennukseen vaikuttavien tapojen tunnistaminen ovat keskeisiä tarpeita ravitsemusohjauksen kehittämisessä.

Asiasanat: Mielialahäiriöt, ravitsemusohjaus

Nutritional guidance in the treatment of mood disorders: A literature review

Year	2018	Pages	37
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to find out what kind of nutritional counseling benefits patients suffering from mood disorders and to provide information on nutritional guidance for mood disorders patients. The thesis was conducted in collaboration with Jorvi Hospital psychiatry ward P2 which focuses on the treatment of mood disorders.

The theoretical framework discusses mood disorders the connection between psychopharmaceutical drugs and nutrition, nutritional counseling and treatment of mood disorders on a psychiatric ward.

Systematic review search method was applied, and the data was searched for in the largest professional data bases and manual search was also used. Four scientific articles were selected for the literature review. The articles included results from nutritional counseling among mood disorder patients. Some studies involved also people suffering from other psychiatric disorders.

In the studies, nutritional guidance was carried out for 3-6 months. The guidance focused on customer and target orientation, motivational interviews, improved knowledge of a healthy diet and improved eating habits and skills. According to the results, the majority of those suffering from mood disorders benefit from the nutritional intervention assigned to them as regards both psychological and physical well-being. Nutritional counseling can support people with mood disorders to adopt healthier dietary habits, increase their positive attitude and motivation towards healthy nutrition and develop their cooking skills. In addition, there are positive changes in their mental well-being.

In the future, the field of nutritional psychiatry research should focus on similar studies in order to provide greater evidence as well as more sophisticated, more efficient and more accurate research plans. The way interventions are used and identifying the habits that affect depression positively are the key needs in the development of nutritional interventions.

Keywords: mood disorders, nutritional guidance

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	7
2.1	Mielialahäiriöt	7
2.1.1	Masennus.....	7
2.1.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	8
2.1.3	Ahdistuneisuushäiriöt.....	10
2.1.4	Persoonallisuushäiriöt	10
2.2	Psykykläkkeet ja ravitseminen	11
2.3	Ravitsemussuositukset ja mielenterveys	12
2.3.1	Foolihappo, B-12 vitamiini ja kalaöljyt.....	13
2.4	Hoito mielialahäiriöosastolla	13
2.5	Ravitsemusohjaus	15
2.6	Hoitajan rooli vajaaravitsemustilanteissa	18
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymys	19
4	Opinnäytetyön toteutus.....	19
4.1	Kirjallisuuskatsaus	19
4.2	Tiedonhaku	20
4.3	Aineiston analyysi ja synteesi	22
4.4	Luotettavuus	24
4.5	Eettisyys	24
5	Tulokset.....	25
6	Pohdinta ja johtopäätökset	33
	Lähteet	35
	Liitteet.....	38

Tämän opinnäytetyön aiheena on mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjaus. Teoriatieto on kerätty ja kuvattu kirjallisuuskatsauksen avulla. Oikeanlaisella ravitsemuksella voidaan edistää terveyttä, toimintakykyä, kuntoutumista ja hyvinvointia. Hyvällä ravitsemuksella voidaan ehkäistä sairauksia ja vähentää lisäsairauksien vaaraa. Potilaiden hoidossa ravitsemushoidolla on merkittävä rooli. Hyvä ravitsemustila ylläpitää terveyttä, parantaa elämänlaatua ja ehkäisee kansansairauksia, kuten lihavuutta ja tyypin 2-diabetesta. Psykiatriset sairaudet vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn, liikuntatottumuksiin ja ruokailuun. Potilaiden ravitsemushoidon tarve on yksilöllinen ja vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat tulisi tunnistaa heti hoidon alkuvaiheessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Suomessa depressio on merkittävin mielenterveyshäiriö ja on yksi suurimmista kansanterveysongelmista kaikki sairaudet huomioiden (Isometsä, 2017). Vuoden aikana noin 5% suomalaisista kärsii masennustilan (Käypä hoito, depressio 2016). Yhä useammin työkyvyttömyyden syynä ovat mielenterveysongelmat, joista yleisin on masennus. Mielenterveysongelmat eivät ole lisääntyneet Suomessa viime vuosina mielialaongelmia lukuun ottamatta (Toivio & Nordling 2009, 310).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, millaisesta ravitsemusohjauksesta mielialahäiriöpotilaat hyötyvät ja tuottaa tietoa mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjauksesta. Aiempia tutkimuksia mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjauksen vaikutuksista on hyvin rajallisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa osastoa kehittämään mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjausta.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriö on kyseessä, kun henkilön mielialan muutos on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään 2-3 viikkoa. Arkielämässä pettymykset ja menetykset voivat laskea mielialaa hetkellisesti ilman, että kyseessä olisi mielialahäiriö. Masennushäiriöihin lukeutuvat masennustilat ja toistuvat masennukset, dystymia eli pitkäaikainen masennus sekä lyhyet toistuvat masennusjaksot. Jos masennustiloihin liittyy epänormaalia jatkuvasti koholla olevaa mielialaoireilua, on kyseessä kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Huttunen, 2017.) Mielialahäiriöllä tarkoitetaan tunne-elämän häiriötä, joiden kaikkein lievimpiin esiintymismuotoihin ei useimmiten liity harhaluuloja tai aistiharhoja. Mielialahäiriöt voivat vaihdella lievästä masennuksesta psykoottistasoiseen vaikeaan masennukseen tai masennuksen ja manian vuorotteluun, josta käytetään nimitystä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Kaikenikäiset voivat sairastua mielialahäiriöihin, mutta esimerkiksi masennusta esiintyy eniten myöhäisessä keski-iässä. Nykyään nuorten ja etenkin nuorten naisten masennus on myös lisääntynyt. (Vilko-Riihelä & Laine 2013, 140.)

2.1.1 Masennus

Kansanterveyden näkökulmasta depressio on merkittävin mielenterveyshäiriö ja on yksi suurimmista kansanterveysongelmista kaikki sairaudet huomioiden (Isometsä 2017). Vuoden aikana noin 5% suomalaisista kärsii masennustilan (Käypä hoito, depressio 2016). Yhä useammin työkyvyttömyyden syynä ovat mielenterveysongelmat, joista yleisin on masennus. Mielenterveysongelmat eivät ole lisääntyneet Suomessa viime vuosina mielialaongelmia lukuun ottamatta (Toivio & Nordling 2009, 310). Nykyaikana masennuksen syntyyn katsotaan vaikuttavan perinnöllisyys, neurobiologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät (Toivio & Nordling 2009, 107). Masennukselle altistavat vaaratekijät voivat olla laukaisevia tekijöitä tai pitkäaikaiseen yksilölliseen masennusalttiuteen liittyviä tekijöitä. (Depressio, Käypä hoito.)

Masentunut henkilö voi kokea kohtuutonta alemmuudentunnetta ja häpeää. Myös syyllisyyden ja toivottomuuden tunteet ovat osa masentuneen mielentilaa, jonka myötä henkilö voi kokea kehonsa raskaaksi. Masentunut voi hävittää elämänilon ja uteliaisuus vähenee tai loppuu kokonaan. Tyypillistä masentuneelle on itsetunnon heikkeneminen ja univaikeudet. Masentuneen henkilön tunne-elämää hallitsevat syyllisyys, tuskaisuus ja ahdistus, jotka aiheuttavat kärsimystä ja sairaudentunnetta. Käyttäytymistä voi hallita pelko, jännittyneisyys ja rauhatomuus. Toisten ihmisten silmiin henkilön masentuneisuus voi näkyä aikaansaamattomuutena ja jahkailuna. Itsekeskeisyys on tyypillistä psyykkisistä ongelmista kärsivälle, jonka vuoksi muiden ihmisten voi olla vaikea kestää masentunutta henkilöä. Masentunut henkilö on huomattavan tarvitseva, mutta hän ei saa apua tarjotusta tuesta. (Kopakkala 2009, 9-11.) Masennus voi näkyä myös fyysisenä oireiluna, kuten päänsärkynä, lihaskipuina, sydämentykytyksinä,

ihon kuivumisena ja vatsavaivoina (Kopakkala 2009, 11). Ohimenevä ja hetkellinen masentunut tunnetila kuuluu normaaliin tunne-elämään aivan kuten ahdistus, suru ja pelko. Masentunut tunnetila on normaali elimistön reaktio elämässä tapahtuviin kriiseihin, muutoksiin ja menetyksiin. (Kopakkala. 2009, 9; Toivio & Nordling 2009, 104.) Jos masentunut tunnetila ei mene ohi ja masennustilasta tulee hallitseva olotila, voidaan puhua masentuneen mielialan käsitteestä. Masentunut mieliala voi kestää useista päivistä viikkoihin tai jopa vuosien mittaisiin jaksoihin. (Toivio & Nordling 2009, 104.)

Masennustilat luokitellaan ICD-10 tautiluokituksessa masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Molemmassa masennustilojen muodoissa on samat masennusoireyhtymän kriteerit. Masennustilan oireiden tulee olla päivittäisiä vähintään kahden viikon ajan ja oireiden vaikeusasteen tulee olla kliinisesti merkittäviä. Diagnoosin edellytyksenä on, että vähintään neljä kymmenestä kriteerioireesta täyttyy. (Depressio, Käypä hoito.) Erotusdiagnostiikassa tulee selvittää, ettei masennusoireet johdu somaattisista sairauksista, kuten aivo- tai sydäninfarktista, endokrinologisesta häiriöstä, neurologisesta sairaudesta tai pahanlaatuisesta kasvaimesta. Myös foolihapon tai B12-vitamiinin puutos voi aiheuttaa masennusoireita. Masennustilat tulee erottaa bipolaarihäiriöstä (kaksisuuntainen mielialahäiriö). Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on depressio-oireiden lisäksi samanaikaisesti maanisia oireita. Tämän lisäksi on poissuljettava potilaan käyttämien lääkkeiden tai päihteiden suoranaisesti aiheuttamat masennusoireet. Lähiomaisen kuoleman aiheuttama surureaktio on normaalia, tällaisessa tilanteessa masennusdiagnoosia ei voida tehdä. Masennuksen ja surureaktion välinen raja voi joskus olla häilyvä. Depressiodiagnoosi on aiheellinen, jos henkilöllä on itsetuhoajatuksia, selviä psykoottisia- tai psykomotorisia oireita, oirekuva on vaikea tai masennusoireyhtymä on jatkunut kuukausia, näissä tilanteissa ei ole kyseessä surureaktio. (Depressio, Käypä hoito.)

2.1.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö, eli bipolaarihäiriö (aiemmin puhuttiin maanis-depressiivisistä häiriöistä; ICD-10-diagnoosikoodi F31) on pitkäaikainen ja osin perinnöllinen mielenterveyden häiriö. Sairaudelle ominaista on vaihtelevat masennus- ja maniajaksot, joiden välillä henkilö voi olla täysin oireeton. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksot eivät oirekuvaltaan eroa tavallisista masennustiloista, mutta ne saattavat olla kestoltaan lyhyempiä. (Huttunen, 2016.) Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennusjaksot ovat vallitsevia ja masennusta vastaa mania, joka ilmenee aktiivisuuden voimakkaana lisääntymisenä. (Pulkinen & Vesanen. 2014.) Jos sairausjakson aikana ilmenee sekä depression että manian oireita, tilaa kutsutaan sekamuotoiseksi jaksoksi (Huttunen, 2016).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö erotellaan tyyppin 1 ja tyyppin 2 kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Tyyppin 1 kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa diagnosoitavalla on

esiintynyt masennustiloja ja manioita tai sekamuotoisia jaksoja. Tähän tyyppiin luokitellaan myös harvinaiset tilanteet, joissa potilaalla on todettavissa vain toistuvia manioita ilman, että välissä olisi masennusjaksoa. Tyypin 2 kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa potilaalla on todettu masennustiloja ja hypomanioita. Yhdenkin maniajakson jälkeen tila diagnosoidaan tyypin 1 häiriöksi. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypähoito -suositus, 2013.) Ainakin noin 1 % aikuisista sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä (Huttunen, 2016). Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuu yleisimmin nuori aikuinen, mutta sairastumisikä vaihtelee lapsuudesta vanhuuteen. Oireet alkavat keskimäärin 22 vuoden iässä, eikä esiintyvyydessä ei ole merkittäviä sukupuolieroja. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypähoito -suositus, 2013.)

Maniaan ja vaikeisiin masennusjaksoihin voi liittyä aistiharhoja tai harhaluuloja. Maniassa nämä harhaluulot voivat olla esimerkiksi suuruusharhoja ja aistiharhat ylistäviä kuulohallusinaatioita. Masennustilassa harhaluulot ovat itseisarvoa alentavia ja kuulohallusinaatiot syyttäviä. Maniassa mieliala on suuren osan ajasta koholla ja henkilö voi olla poikkeuksellisen avoin. Maniassa puheliaisuus lisääntyy ja unentarve vähenee. Käyttäytyminen voi muuttua uhkarohkeaksi, joka voi ilmetä riskin oton lisääntymisenä esimerkiksi liikenteessä. Henkilö saattaa tuhlailla rahojaan holtittomasti hauskanpitoon tai villeihin seikkailuihin. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypähoito -suositus, 2013.)

Hypomaniassa mieliala on manian tavoin koholla, mutta lisääntynyt aktiivisuus ja kohonnut mieliala eivät välttämättä haittaa elämää niin suuresti, kuin mania vaiheessa. Esimerkiksi työkyky saattaa hypomaniassa hetkellisesti tehostua, kun taas maniassa henkilö on työkyvytön. Hyvin harva hakeutuu hypomanian vuoksi sairaalahoitoon, kun taas maniassa sairaalahoitoon hakeudutaan usein toisen aloitteesta tai omasta tahdostaan riippumatta. Sekamuotoisessa jaksossa maaniset ja masennusoireet esiintyvät sekaisin tai hyvin tiheällä aikavälillä vaihdellen. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypähoito -suositus, 2013.)

Masennus, eli depressiojakso hallitsee usein sairauden ajallista kulkua. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennusjakson oirekuva on samanlainen, kuin vakavissa masennustiloissa, mutta lääkehoito toteutetaan eri tavalla. (Isometsä, 2016.) Masennusvaiheen lääkehoito voidaan toteuttaa ketiapiinilla tai olantsapiinin ja fluoksetiinin yhdistelmällä. Lääkehoidossa voidaan käyttää myös lamotrigiiniä tai valproaattia, jotka ovat epilepsialääkkeitä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidossa tyypillistä on erilaisten lääkehoitojen yhdistäminen. Ylläpitolääkitys kestää useita vuosia tai tyypillisesti loppuelämän ajan. (Nurminen, 2012, 340.)

2.1.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat kaikkein yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Siihen kuuluu joukko häiriöitä, joissa kaikissa on keskeisenä oireena ahdistus. Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan sisäistä jännitystä, levottomuuden, kauhun tai paniikin tunnetta. Ahdistuneisuutta ei pidä sekoittaa pelkoon, joka on evoluution muovaama perustunne ja auttaa todellisen ulkoisen vaaran huomioimisessa. Ahdistuneisuudessa todellista vaaraa ei ole, tai henkilö ymmärtää pelon tunteen suhteettoman suureksi ulkoiseen vaaraan nähden. Pelko ja ahdistuneisuus ovat arkisia tuntemuksia, mutta ahdistuneisuushäiriöstä voidaan puhua vasta silloin, kun ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista ja toimintakykyä rajoittavaa. (Isometsä, 2017.) Ahdistuneisuushäiriöihin lukeutuu määritetyt, eli spesifiset pelot, paniikkihäiriö, julkisten paikkojen pelko, yleinen ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, traumaperäinen stressihäiriö, sekä sosiaalisten tilanteiden pelko (Lönnqvist, 2017). Ensisijaisina lääkkeinä ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa toimivat SSRI-valmisteet. Psykoterapiamuotoina käytetään ensisijaisesti kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja sen sovelluksia (Koponen & Lepola, 2017).

Ravinnon ja ruokatapojen on todettu vaikuttavan ahdistukseen. Esimerkiksi kofeiini voimistaa ahdistuneisuutta ja monet ahdistuneisuus- ja jännitysoireet voimistuvat, jos päivittäinen kofeiiniannos on yli 100mg. Yhdessä kahvikupissa kofeiinipitoisuus on 50-110mg ja yhdessä teekupissa kofeiinia on 30-50mg. Myös särkylääkkeet voivat sisältää kofeiinia, joka voi voimistaa ahdistuneisuutta tai laukaista paniikkikohtauksia. (Huttunen, 2015.) Myös runsassuolainen ruoka voi nostaa verenpainetta ja sen myötä lisätä jännitysoireiden aiheuttamia sydänoireita. Sydänoireet voivat osaltaan vahvistaa ja voimistaa pelkotiloja. Monet säilöntäaineet, aspartaami ja allergiaa aiheuttavat ruoka-aineet voivat myös lisätä joidenkin ihmisten jännitysoireita. (Huttunen, 2015.) Muutama tunti sokeri- ja hiilihydraattipitoisen aterian nauttimisen jälkeen verensokeri voi laskea liian matalaksi, jonka seurauksena voi olla ahdistuneisuutta, vapinaa, hikoilua ja ärtyisyyttä. Tästä johtuen jännitysoireista kärsivän on hyvä välttää aterioidia, jotka sisältävät runsaasti nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja. Monipuolisella ja terveellisellä ruokavaliolla on positiivinen vaikutus myös jännitys- ja ahdistusoireiden hallinnan kannalta. (Huttunen, 2015.)

2.1.4 Persoonallisuushäiriöt

Tyypillisesti persoonallisuushäiriöt ilmenevät jo nuoruudessa tai varhaisessa aikuisiässä ja yleisimpiä ne ovat naisilla. Persoonallisuushäiriöiden syntyyn vaikuttavat perinnölliset, biologiset ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät. Yleensä sairaalahoitoon hakeudutaan jonkin muun psykiatrisen sairauden vuoksi, kuten masennus tai päihdeongelma. Myös psyykkisesti terveillä ihmisillä ilmenee usein erilaisissa stressitilanteissa erilaisia käyttäytymistapoja, jotka ovat ominaisia persoonallisuushäiriöille. Persoonallisuushäiriöisen käytös ja tavat ovat kuitenkin

luonteeltaan jyrkempiä ja itsepäisempiä. Tyypillistä on myös persoonallisuushäiriön piirteiden esiintyminen muiden psykiatristen sairauksien yhteydessä. Persoonallisuushäiriöt ovat yleisiä, arvioiden mukaan 5-15% aikuisväestöstä ilmenee persoonallisuushäiriöitä. (Huttunen, Duodecim, 2016.) Persoonallisuushäiriötyypit ovat epäluuloinen persoonallisuus, eristäytyvä persoonallisuus, epäsosiaalinen persoonallisuus, tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus, huomiönhakuinen persoonallisuus, vaativa persoonallisuus, estynyt persoonallisuus, riippuvainen persoonallisuus ja muut persoonallisuushäiriöt. Yleensä persoonallisuushäiriöt eivät edellytä erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviota. Potilaat eivät usein itse tunnista tarvetta hoidolle. (Duodecim, 2016.)

Persoonallisuushäiriöllä tarkoitetaan käyttäytymistapaa, joka ilmenee joustamattomuutena ja aiheuttaa haittaa henkilölle itselleen tai heikentää sosiaalisia vuorovaikutussuhteita. Persoonallisuushäiriöinen ei pysty huomioimaan muita ympärillä olevia ihmisiä tilanteen vaatimalla tavalla, eikä kykene arvostamaan ihmisen yksilöllisyyttä. Keskeistä persoonallisuushäiriöisen käytöksessä on puutteet omien tai toisten tunteiden ja ajatusten havainnoinnissa. Tunteiden ja ajatusten vääränlainen tulkitseminen aiheuttaa ongelmia vuorovaikutustilanteissa. Tyypillisiä persoonallisuushäiriön ilmenemismuotoja ovat myös voimakkaat tunneilmaisut tai niiden häilyvyys, alttius impulsiiviseen käytökseen ja vuorovaikutuskyvyn vaikeudet. Persoonallisuushäiriöihin liittyy hyvin usein voimakasta ahdistusta ja sosiaalista haittaa henkilölle itselleen tai muille ihmisille. (Toivio & Nordling 2009, 86; Huttunen, M. 2016.)

2.2 Psykykliset lääkkeet ja ravitsemus

Osa psyykkisten sairauksien hoidossa käytettävistä lääkkeistä voi merkittävästi vaikuttaa potilaan ruokahaluun tai ruoan valintaan. Psykoosilääkkeinä tai maniajaksojen lääkkeinä käytettävät klotsapiini ja olantsapiini lisäävät painonnousua merkittävästi jo hoidon ensimmäisinä viikkoina ja se on usein pysyvää. (Hämäläinen ym. 2017, 225-226.) Olantsapiinia käytetään myös bipolaarihäiriön hoitoon ja sen eräitä haittavaikutuksia ovat kolesteroli-, verensokeri-, ja triglyseridipitoisuuksien suureneminen, painonnousu ja ruokahalun voimistuminen (Saano & Taam-Ukkonen. 2017, 555). Jopa kolmasosalle bipolaarihäiriötä sairastaville olantsapiini lisää merkittävästi painoa. Myös mirtatsapiini, sekä trisykliset masennuslääkkeet voivat aiheuttaa ruokahalun kasvua ja painonnousua (Hämäläinen ym. 2017, 225-226). Toisaalta trisyklisten masennuslääkkeiden yksi haittavaikutuksista on suun kuivuminen, joka voi vaikeuttaa ruokailua, aiheuttaa ruokahaluttomuutta ja lisätä kariesriskiä (Hämäläinen, ym. 2017, 59). Yksittäisiä lihomista aiheuttavia tekijöitä psykyklisessä hoidossa ovat aineenvaihdunnan hidastuminen, sedaatioon ja neurologisiin haittaoireisiin liitännäinen liikunnan ja energiankulutuksen väheneminen. Tämän lisäksi leptiini- ja insuliiniresistenssin kehittyminen ja nestekertyminen aiheuttavat painon nousua. (Koponen, 2011.)

Litiumlääkityksen käyttöä on nykyään jonkin verran vähennetty, vaikka se onkin tehokas lääke manian ja masennuksen hoitoon. Litiumlääkityksen aloitus voi aiheuttaa munuaisperäisen diabetes unsipituksen, johon liittyy jatkuva janon tunne ja kasvanut virtsan määrä. Lisääntynyt juominen voi vähentää ruokailua ja toisaalta energiapitoisten juomien nauttiminen voi kasvattaa energiansaantia merkittävästi. (Hämäläinen, ym. 2017, 225-226.) Litiumin haittavaikutuksena on myös mahdollinen kilpirauhasen vajaatoiminta, jonka yhtenä oireena on painonnousu (Saano & Taam-Ukkonen 2017, 550; Vauhkonen & Holmström 2014, 270). Nykyisin käytettävät SSRI-lääkkeet eivät useinkaan vaikuta painoon. Lääkkeiden vaikutus on tosin yksilöllinen ja osa voi kokea niiden vähentävän ruokahalua ja osa tuntee niiden taas aiheuttavan painonnousua. Lääkkeellä on havaittu olevan hieman myös lääkeainekohtaisia eroja. Psykelääkkeiden vaikutus painoon ja ruokailuun on syytä ottaa huomioon jo lääkitystä valittaessa. Esimerkiksi ylipainoisten on syytä välttää painonnousua lisääviä lääkityksiä ja sydän- ja verisuonitautia sairastavan on syytä suosia SSRI-lääkkeitä trisyklisen masennuslääkkeiden sijaan. Painonnousuun tai ruokailuun vaikuttavia lääkkeitä käytettäessä on syytä ohjata potilasta tarkkailemaan tai muuttamaan elämäntapojaan. Terveystilan muutokseen on puututtava nopeasti, jos jotain sydän- ja verisuonitautien vaaraa lisääviä tekijöitä ilmenee. (Hämäläinen ym. 2017, 225-226.)

2.3 Ravitsemussuositukset ja mielenterveys

Syömämme ravinto on yhteydessä mielenterveyteemme ja mielenterveytemme vaikuttaa siihen millaista ravintoa syömme. Suomessa ravitsemussuositukset laatii Valtion ravitsemusneuvottelukunta, joka perustaa suositukset pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin. Kansallinen ravitsemussuositus on tarkoitettu koko väestölle -terveille, kohtuullisesti liikkuville ihmisille ja sen tavoitteena on parantaa suomalaisten ruokavaliota ja edistää hyvää terveyttä. (Fogelholm ym. 2014, 5-8.) Jotta nämä tavoitteet toteutuisivat, on edellytyksenä suomalaisten energiansaannin ja energiankulutuksen tasapainoisuus. Tämän lisäksi tulisi turvata riittävä ja monipuolinen ravintoaineiden saanti. Suomalaisten tulisi pyrkiä lisäämään kuitupitoisten hiilihydraattien saantia, sekä vähentää puhdistettujen sokerien määrää. Ruokavalion sisältämät kovat, tyydyttyneet rasvat tulisi osittain korvata pehmeillä, tyydyttymättömillä rasvahapoilla, näistä tärkeimpinä omega-3 - ja omega-6-rasvahapot. Suolan, eli natriumin saantia tulisi aikuisen suomalaisen rajoittaa enintään 5 grammaa päivässä. Ravitsemussuositusten mukaan myös alkoholin kulutusta tulisi pyrkiä pitämään kohtuullisena. (THL 2015.)

Vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivillä on yleisväestöä yksipuolisempi ja ravintoaineiltaan köyhempi ruokavalio. Tämän lisäksi yleistä on liian suuret annoskoot, sekä vaihteleva ateriarhythmi. Tyypillisesti epäterveellinen ja runsasrasvainen ruokavalio yhdistettynä lääkitykseen ja vähäiseen liikuntaan vaikeuttaa mielenterveyshäiriöisen painonhallintaa. Pitkäaikai-

nen sairaalahoito voi rajoittaa potilaan ulkoilua, joka kohottaa potilaan riskiä D-vitamiini puutokseen. Sairaalan tarjoama ruokavalio on toisaalta usein kotona noudatettavaa ruokavaliota monipuolisempi, edistäen mielenterveyttä. (THL, 2017.)

2.3.1 Foolihappo, B-12 vitamiini ja kalaöljyt

Ihminen ei kykene valmistamaan elimistössään foolihappoa eikä folaattia, joten meidän on saatava niitä ravinnosta tai ravintolisistä (Tolonen, 2017). Erityisesti ikääntyvillä masennuspotilailla voi olla puutetta folaatista, eli foolihaposta ja B12 vitamiinista. B-vitamiinien saanti tehostaa masennuslääkitystä ja nopeuttaa potilaan toipumista. Vähäinen ruokaperäinen foolihapon saanti aiheuttaa homokysteiniin kertymistä aivoihin ja muihin kudoksiin. (Tolonen, 2007, 13.) Joidenkin tutkimusten mukaan masennuspotilaiden veren foolihappo- ja B12-vitamiinipitoisuudet ovat pienempiä kuin terveillä ihmisillä (Huttunen, 2017). Foolihaposta saatava olla hyötyä masennuslääkityksen rinnalla, mutta yksinään se ei ole riittävä masennuksen hoitoon (Huttunen, J. 2015). B12-vitamiinin voidaan arvioida olevan turvallinen vitamiini, sillä ei ole havaittu toksisia vaikutuksia, vaikka saantimäärät olisivat olleet suuriakin (Freese, R. & Vuotilainen, E.). Foolihapolla ja B12 vitamiineilla on todettu olevan useita edullisia vaikutuksia somaattisia sairauksia vastaan. Foolihapolla ja B12 vitamiineilla on todettu mm. parantavan eturauhassyövän ennustetta, ehkäisevän paksusuolisyöpää ja ennenaikaisia synnytyksiä. Näiden lisäksi foolihapolla on todettu olevan vaikutusta esimerkiksi miesten masennukseen, astman ehkäisyyn, sperman laadun paranemiseen, sekä rintasyövän ehkäisyyn. (Tolonen, 2017.)

Kalat sisältävät elimistön kannalta välttämättömiä omega-3 rasvahappoja. Runsaasta määrästä kalaa koostuvasta ruokavaliosta, sekä omega-3 rasvahapoista on arveltu olevan hyötyä masennuspotilaiden hoidossa. Tutkimustulokset ovat kuitenkin ristiriitaisia ja vaihtelevia. Runsaasti kalaa sisältävä ruokavalio on joka tapauksessa hyväksi sydänterveydelle, joten haittaa kalarasvoista ei ole. (Huttunen, 2017.) E-EPA on omega-3-rasvahapon tiivistetty versio, jota valmistetaan tislaamalla rasvaisista kaloista. Se on peräisin Japanista ja Suomeen tämä ravintolisä rantautui vuonna 2003. E-EPA:sta on poistettu osa kalaöljyn luonnollisista, hyödyttömiksi katsotuista rasvahapoista, jotka estävät EPA:n, eli omega-3:n hyviä vaikutuksia sydän- ja mielenterveyteen. Se vaikuttaa elimistöön eri tavalla, kuin tavallisen kalaöljyn omega-3 ja katsotaan olevan siksi tehokkaampi mielisairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. (Tolonen, 2017.)

2.4 Hoito mielialahäiriöosastolla

Joskus avohoidon tarjoamat palvelut osoittautuvat riittämättömiksi ja on tarpeen arvioida sairaalahoidon tarpeenmukaisuus. Sairaalahoitoa käytetään avohoidon tukena, eikä se toimi ensisijaisena hoitomuotona mielenterveyshoidossa. Sairaalahoidon tulee olla suunnitelmallista ja toimia osana kokonaishoitoa ja hoitoketjua. Ne ovat pääsääntöisesti lyhyitä viikosta kahteen

viikkoon kestäviä tutkimus- ja hoitajaksoja ja niiden tarvetta tulee kunkin potilaan kohdalla säännöllisesti arvioida. Sairaalahoitoon hakeudutaan suurelta osin vapaaehtoiselta pohjalta, mutta potilas voidaan myös asettaa tahdonvastaisesti tarkkailuun, jos mielenterveyslain kriteerit tarkkailuun ottamiselle täyttyvät. (Hämäläinen ym. 69-70.) Täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaanhoitoon, jos seuraavat kriteerit täyttyvät samanaikaisesti: henkilö todetaan mielisairaaksi ja hänen hoitoon toimittamatta jättämisensä pahentaisi hänen mielisairauttaan, vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuutta tai vakavasti vaarantaisi muiden terveyttä tai turvallisuutta. Mitkään muut käytettävissä olevat mielenterveyspalveluiden vaihtoehdot eivät sovellu henkilön käytettäväksi, tai ovat hoidollisesti riittämättömiä. (Huttunen, 2016.) Ennen sairaalahoitajaksoa tulee selvittää potilaan elämäntilanne ja sen edellyttämät lisätoimenpiteet esimerkiksi potilaan lasten huollon järjestäminen. Saatteena sairaalahoitoon toimii lääkärin lähete, jossa potilaan arvioidaan olevan psykiatrisen sairaanhoidon tarpeessa. Osastohoidossa tärkeää on sairauteen liittyvä neuvonta, ohjaus, sekä sairastumiseen liittyvien ajatusten ja tuntemusten käsitteleminen. Potilasta tuetaan osallistumaan hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin. Osastohoidossa yhteistyösuhteen luottamuksellisuus, jatkuvuus ja turvallisuus ovat tärkeitä edellytyksiä hoidon onnistumiselle. (Hämäläinen, ym. 70.) Mielialahäiriöosastolla potilasta tuetaan aktiiviseksi osalliseksi hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Mielialahäiriöosasto voi olla erityisosaamista jostain tietyistä mielenterveysongelmasta ja se voi olla keskittynyt esimerkiksi akuuttipsykiatristen potilaiden hoitoon tai muihin psyykkisten sairauksien hoitoon. Psykiatriset osastot on sijoitettu usein yleissairaaloiden yhteyteen ja nykysuosituksen mukaan näin psykiatriset sairaalayksiköt tulisi pyrkiä jatkossakin sijoittamaan. (Hämäläinen ym. 69-70.)

Psykososiaaliset hoitomuotojen tarkoitus on tukea potilasta ja tämän läheisiä sopeutumaan sairauden aiheuttamiin haasteisiin. Psykososiaalisella hoidolla tavoitellaan potilaan parempaa lääkehoitoon sitoutumista ja keinoja mielialahäiriön varhaisoireiden tunnistamiseen. Mielialahäiriöisen psykososiaalinen hoito voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä- tai perhehoitona. Käytännössä psykososiaalisella hoidolla tarkoitetaan sitä, että potilaalle annetaan tietoa sairauden oireista, kulusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Lääkehoidon hyödyt ja haitat käydään läpi potilaan kanssa ja korostetaan lääkehoitoon sitoutumisen merkitystä. Hoidossa oleellista on myös opettaa potilaalle maanisten ja depressiivisten jaksojen ennako-oireiden tunnistaminen. Potilaan kanssa käydään läpi mielialajaksoille altistavia ja laukaisevia tekijöitä. Mielialan muutosten seuraamisen apuna potilas käyttää mielialapäiväkirjaa. Hoidossa tuetaan potilaan vuorokausirytmien rakentamiseen ja käydään läpi päihteiden käytön vaikutusta mielialan vaihteluihin. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypähoito -suositus, 2013.)

2.5 Ravitsemusohjaus

Ravitsemusohjauksessa kartoitetaan asiakkaan yksilöllinen tilanne ja pyritään vastaamaan sen tarpeisiin. Ohjauksen perustana käytetään ravintoanamneesia. Siinä kartoitetaan asiakkaan fyysinen aktiivisuus, syömis- ja ruokailutottumukset, taustatiedot, sekä hänen näkemys omasta ruokavalionsa ja muutostarpeesta. Anamneesi laaditaan avoimien kysymyksien pohjalta pyrkien välttämään johdattelevien kysymyksen käyttöä. (Aapro, ym. 121, 2008.)

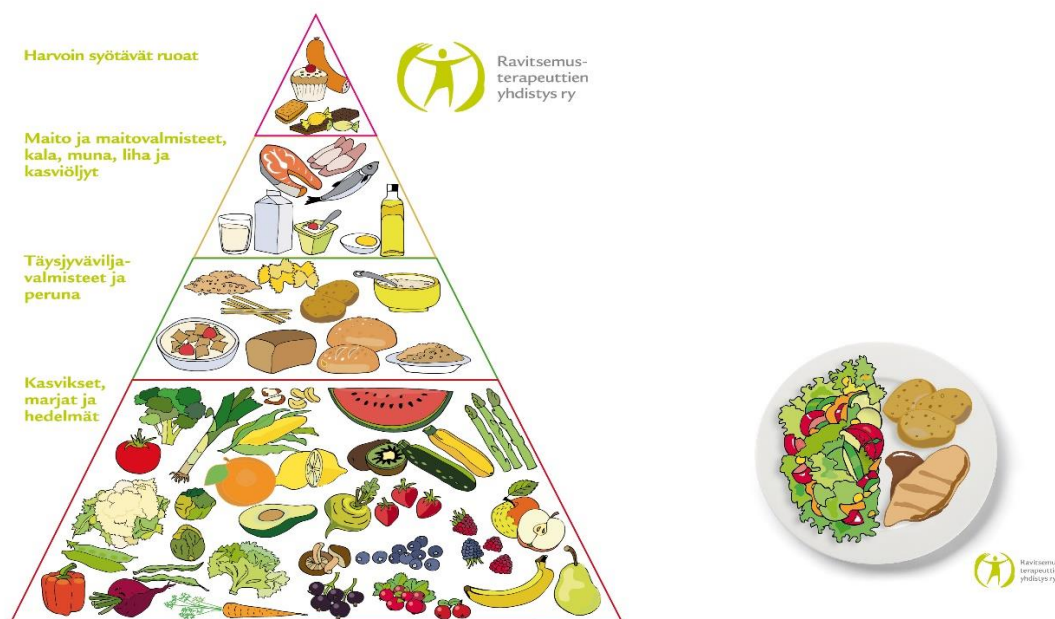
Ravitsemusohjauksen tarkoituksena on löytää toimivia keinoja ruokatottumusten pysyvään muutokseen. Ravitsemusohjauksessa hyvä ohjaustilanne rakentuu avoimen ilmapiirin, empaattisuuden ja hyväksynnän kautta. Ohjaus on neuvottelunomaista, jossa ohjaaja ja asiakas ovat tasa-arvoisia ja ohjauksen tulee olla selkokielistä. Ohjaustilanne voidaan toteuttaa yksilöohjauksena tai ryhmäohjauksena. (Aapro, Kupiainen, Leander 19, 2008.) Ohjaustilanteessa yritetään neuvottelemalla yhdessä asiakkaan kanssa löytää toimivia ja asiakkaalle sopivia muutoksia ruokailutottumuksiin. Keskeistä ohjauksessa on saada potilas motivoitumaan pysyvään muutokseen. Motivoituminen on sisäsyntyinen prosessi, jonka kehittymiseen ohjaaja voi vaikuttaa. Ohjaaja voi hyödyntää motivoivia haastattelukeinoja joihin kuuluu avoimien kysymysten käyttö, reflektointi, myönteinen palaute sekä yhteenvetojen tekeminen asioista. Motivaation kehittymiseen muutoshalukkuuden ohella vaikuttaa myös asiakkaan usko muutoksen hyödyistä ja mahdollisuus onnistua muutoksen toteuttamisessa. Asiakas ja ohjaaja määrittävät yhdessä tavoitteet muutokselle, joita ohjaajan tulee tukea. Tavoitteet tulee suunnitella selkeästi arkielämään soveltuviksi ja realistisesti toteutettavaksi. (Aapro, ym 19-20, 2008.)

Taulukko 1. Muutosvaihemallin mukainen ravitsemusohjaus

<p>1. Esiharkintavaihe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muutostarvetta ei havaita tai myönnetä • Ohjaaja/hoitaja pyrkii kyseenalaistamaan nykyisen tilanteen 	<p>3. Suunnittelu-, valmistautumis- ja päätöksentekovaihe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas pohtii eri vaihtoehtoja ja on motivoitunut muutokseen • Ohjaaja/hoitaja tukee asiakkaan muutosvaihtoehtoja ja varmistaa muutosehdotusten toteuttamiskelpoisuuden 	<p>5. Ylläpitovaihe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas on omaksunut uuden toimintamallin pysyväksi toiminnaksi • Ohjaaja tukee asiakasta sitoutumaan jo opittuun toimintatapaan
<p>2. Harkintavaihe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas ymmärtää ja myöntää muutostarpeen • Ohjaaja/hoitaja tavoitteena on vahvistaa asiakkaan tietoisuutta muutostarpeelle, korostaa muutoksen positiivisia vaikutuksia ja luo asiakkaaseen uskoa kyetä muutokseen 	<p>4. Toimintavaihe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas kokeilee eri vaihtoehtoja käytännössä • Ohjaaja/hoitaja rooli on antaa käytännön ohjeita asiakkaalle, ohjaaja myös rohkaisee asiakasta ja on tukena potilaalle 	<p>6. Repsahdusvaihe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas palaa vanhaan toimintatapaansa • Repsahtaminen voi tapahtua missä tahansa muutosvaiheessa • Repsahdusvaiheesta keskustellaan ennakoon asiakkaan kanssa, repsahdus on osa muutosta ja kehitysmahdollisuus asiakkaalle

(Aapro, ym 20-21, 2008.)

Ravitsemusohjauksessa oikeanlaisen ruokavalion ja ruokamäärän havainnollistamiseen voi käyttää apuna lautasmallia, ruokakolmiota ja kuvia päivittäisestä ruokamäärästä. Ohjaustilanteissa voidaan asiakkaan kanssa käydä läpi elintarvikepakkausten merkintöjen tulkintaa. (Aapro, ym 22, 2008.)



Kuvio 1: Ruokakolmio ruokaan ja lautasmalli (©Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Lyytikäinen & Kuusipalo 2016)

Psykkisillä sairauksilla on taipumus heikentää ruokavaliota ja toisaalta puutteet ruokavaliossa voi heikentää psyykkistä hyvinvointia. Psykkisestä sairaudesta kärsivän henkilön on usein vaikea pitää huolta omasta hyvinvoinnista. Sairastuneen voimavarojen vähyys vaikeuttaa henkilön kykyä miettiä ruokailu valintoja ja valmistaa ruokaa. Psykkiset sairaudet ovat yleensä pitkäkestoisia, vuosien tai jopa eliniän mittaisia, tästä syystä myös vaikutukset ravitsemustottumuksiin ja ravitsemustilaan ovat pitkäikäisiä. Mielenterveysongelmista kärsiville ravitsemustilan muutokset ovat yleisiä. Ruokahalu voi heikentyä tai kadota kokonaan ja ruokavalio yksipuolistuu. Toisilla taas ruokahalu voi kasvaa liiankin suureksi, syödyt ruokamäärät voivat olla suuria ja ruokavalion laatu on heikkoa. (Arffman, Partanen, Peltonen, 224).

Psykkiset sairaudet vaikuttavat potilaiden ruokahaluun, joko ruokahalua laskevasti tai sitä kohottavasti. Sairastuneiden ruokahalu voi myös kadota kokonaan, melankolista masennusta

sairastavilla on suurempi riski kärsiä ruokahaluttomuudesta. Toisilla taas syöminen lisääntyy, mutta ruokailutottumukset voivat muuttua yksipuolisiksi eikä ravinnosta saa tarvittavia ravintoaineita. Jos psyykkisesti sairaan ruokavalion on ollut pitkään yksipuolinen tai ruokahalu ollut heikko, voi henkilölle kehittyä ravintoaineiden puutostiloja. Liian vähäinen ja vääränlainen ravinto heikentää henkilön fyysistä ja psyykkistä jaksamista, joka näkyy psyykkisen hyvinvoinnin heikentymisenä. Epätyypillistä masennusta sairastavilla mieliala voi hetkellisesti kohentua, jonka myötä ruokahalu voi lisääntyä ja aiheuttaa painonnousua. Kohonnut ruokahalu voi näkyä erityisesti tarpeena syödä runsaasti hiilihydraatteja sisältäviin ruokiin. Kaksisuuntaista mielialahäiriöitä sairastavien ruokavalion on ylläpitovaiheessa tyyppisesti normaalia, mutta masennus- ja maniajaksoit voivat vähentää syömistä tai lisätä sitä. (Sinisalo 202, 2015.) Psyykkisesti sairaan potilaan terveellinen ravitsemus perustuu samoihin ravitsemussuosituksiin kuin muunkin väestön. Mielenterveyspotilaan ravitsemustila paranee jo päivittäisten perusaterioiden avulla. On tärkeää syödä tasaisin 3-4 tunnin väliajoin, sekä nauttia vähintään yksi lämmin ateria päivässä. (Arffman, Partanen, Peltonen, 226.) Psyykkisesti sairaan potilaan ruokavalioon tehtävät muutokset, tulisi tehdä hyvin maltillisesti ja pienin askelin. Sairastuneelle tulisi luoda onnistumisen tunteita.

Ulla Tolonen toteaa pro-gradu tutkielmassaan, että masentuneiden ravitsemusohjaus interventiota ei ole aiemmin julkaistu (Tolonen 2011, 8). Tutkimuksen julkaisuhetkellä Tolosen tutkimus on tiettävästi ainoa tutkimus, joka tutkii ratkaisukeskeisen lähestymistavan hyödyntämistä nimenomaan masentuneiden mielenterveyskuntoutujien ravitsemusohjauksessa niin Suomessa, kuin kansainvälisestikin. Tolosen Ruokaa mielelle -ohjelma on kehitetty osallistujien toiveiden näkökulmasta. Tutkimuksessa keskitytään osallistujien mahdollisuuksiin ja siinä korostuu kuntoutujien voimavarat yhdistettynä ratkaisukeskeiseen ja vuorovaikutukselliseen ohjausmenetelmään. (Tolonen 2011, 92.) Tolosen tutkimuksessa ei keskitytty kohdehenkilöiden painon seurantaan tai muiden antropometrinen tulosten mittaamiseen, vaan tarkoituksena oli keskittyä muutoksiin syömiskäyttäytymisessä ja suhtautumiseen terveellisempään ruokailutottumuksiin, sekä itsestä huolehtimiseen. Tutkimus tulee samaan johtopäätökseen kuin aiemmat tutkimukset siitä, että pitkäaikaisesta psyykkisestä sairaudesta kärsivät voivat olla motivoituneita ja kykeneviä osallistumaan ryhmäohjelmaan, jonka tarkoituksena on terveyden edistäminen ja hyötyminen ryhmäohjauksesta. (Tolonen 2011, 75-76.) Tolosen mukaan aiemmista tutkimuksista on saatu lupaavaa näyttöä siitä, että ravitsemusinterventiot voivat edistää mielenterveyskuntoutujien terveyttä, aiemmat tutkimukset ovat kuitenkin keskittyneet enimmäkseen skitsofrenia potilaisiin.

2.6 Hoitajan rooli vajaaravitsemustilanteissa

Ruokahaluttomuus voi olla monisyinen ongelma ja onkin tärkeää selvittää ruokahaluttomuuden syy, jotta siihen voidaan vaikuttaa. Se voi johtua muun muassa sairaudesta, lääkityksestä,

heikosta suuhygieniasta, allergiasta, psyykkisistä syistä tai epämieluisasta ruokailuympäristöstä. On hyvä kysyä mitkä ruoat ja juomat potilaalle erityisesti maistuvat ja mikä on hänelle sopivin aika ruokailla. Tätä voidaan käyttää ruokailun suunnittelussa osastolla ja esimerkiksi päivän pääateria voidaan tarjota silloin, kun ruokahalu on parhaimmillaan. Usein ruokahaluttomuus johtaa pieniin annoksiin, jonka vuoksi ruokaa voi tarjota usein eli 6-7 kertaa päivässä pieninä annoksina. Riittävästä energiansaannista on kuitenkin edelleen huolehdittava. Ruokailusta on hyvä rakentaa miellyttävä ja kiireetön tilanne. (Arffman, Partanen, Peltonen, 120-121.)

Vajaaravitsemustilanteissa on hoitajalla tärkeä rooli riittävän ravitsemustilan ylläpitämisessä. Hoitaja tuntee potilaan tilanteen ja on helposti potilaan saavutettavissa. Hoitaja seuraa potilaan tilannetta läheltä ja pystyy näin huomioimaan potilaan ravitsemuksessa ja tilassa tapahtuvia muutoksia helposti. Hoitajan rooliin kuuluu yhteistyö ravitsemusterapeutin ja muiden erityistyöntekijöiden kanssa. Ravitsemusterapeutin puoleen voidaan kääntyä, jos potilaan tila heikkenee merkittävästi vajaan tai yksipuolisen syömisen vuoksi, tai ruokavaliota joudutaan muuttamaan suuresti. Ravitsemusterapeutti räätälöi ruokavalion ravitsemuksellisesti potilaalle riittäväksi tämän tarpeiden ja lähtökohtien mukaisesti. (Arffman, Partanen, Peltonen, 239, 240.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymys

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, millaisesta ravitsemusohjauksesta mielialahäiriöpotilaat hyötyvät ja tuottaa tietoa mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjauksesta. Aiempia tutkimuksia mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjauksen vaikutuksista on hyvin rajallisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa osastoa kehittämään mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjausta.

Huomioitavaa on, että syömishäiriöpotilaiden ravitsemushoitoa ei tutkittu tässä opinnäytetyössä. Tutkimuskysymykset ovat ”Millaiset osa-alueet korostuvat mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjauksessa?” sekä ”Millaista hyötyä ravitsemusohjauksesta on mielialahäiriöpotilaille?”.

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on koota aiempi tutkimustieto aiheesta yhteen tai tutkia aiheen keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Se siis soveltuu hyvin kokoamaan

tietoa siitä, mitä ilmiöstä entuudestaan tiedetään ja millaista keskustelua sen ympärillä käydään. Kirjallisuuskatsauksia on useita eri muotoja, joista yksi on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Sitä on käytetty runsaasti tutkimusmenetelmänä hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmäkirjallisuus on vähäistä ja menetelmän luotettavuutta kritisoitu. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää yksittäisenä tutkimusmenetelmänä tai osana laajempaa tutkimusta. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen, Liikanen, 2013.)

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri tyyppiin, kuvaileviin ja systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä metatutkimuksiin (Salminen 2011, 6). Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan pitää yleiskatsauksena tutkittavasta ilmiöstä, eikä sitä sido tiukat ja tarkat säännöt. Kuvailevat kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kahteen tyyppiin, narratiivisiin ja integroiviin katsauksiin. Narratiivisella kirjallisuuskatsauksessa voidaan kuvata käsiteltyä aihetta laajasti tai voidaan kuvata aiheen kehityspolkua ja historiaa. Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kuvata tutkittava aihe hyvin monipuolisesti. Sitä voidaan pitää toimivana menetelmänä uuden tiedon hankkimisessa jo tutkitusta aiheesta. (Salminen 2011, 6.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen perustyyppi. Menetelmä soveltuu hyvin hypoteesien testaukseen, tutkimustulosten tiivistämiseen ja saatujen tulosten arviointiin johdonmukaisesti. Meta-analyysi on myös yksi kirjallisuuskatsauksien perustyyppi. Meta-analyysit jaetaan määrällisiin ja laadullisiin meta-analyysein. Kvantitatiivinen meta-analyysi on menetelmänä haastavin kirjallisuuskatsaus tyyppi. (Salminen 2011, 14-15.)

4.2 Tiedonhaku

Kirjallisuuskatsaukseen aineiston haku tehtiin vuoden 2018 kevään aikana seitsemää eri tietokantaa käyttäen. Haut tehtiin seuraavista tietokannoista: Finna, Medic, Ebscohost, Sciencedirect (ELSEVIER), Cochrane library, PubMed, ProQuest, sekä manuaalisena hakuna Googlen ja Google Scholarin avulla. Aineistohaku toistettiin kahteen kertaan ja tulokset varmistettiin luotettavuuden lisäämiseksi. Tutkimukseen hyväksyttiin pelkästään tieteelliset tutkimukset, kuten pro gradut, väitöskirjat, alkuperäistutkimukset ja tutkimusartikkelit. Aineistohaussa ei asetettu tutkimuksille ikärajaa, johtuen tutkimusten rajallisuudesta. Työhön hyväksyttiin ainoastaan suomen- ja englanninkieliset tutkimukset. Poissulkukriteereinä toimivat muun, kuin suomen- tai englanninkieliset julkaisut, sekä maksulliset julkaisut. Tuloksista poissuljettiin myös syömishäiriöihin keskittyvät tutkimukset. Alunperin tarkoitus oli hakea tietoa pelkästään tutkimuksista, jotka keskittyvät osastohoidossa olevien mielialahäiriöpotilaiden hoitoon, mutta tutkimusten rajallisuuden vuoksi haku laajennettiin koskemaan myös avohoidossa olevia potilaita. Osassa hyväksytyistä tutkimuksista oli mukana myös muista psyykkisistä sairauksista kärsiviä potilaita, kuten skitsofreniaa sairastavia.

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Pro gradu, väitöskirja, alkuperäistutkimus tai tutkimusartikkeli • Tutkimuksen kieli: suomi tai englanti • Ilmaiset tutkimukset • Julkaisu vastaa tutkimuskysymykseen 	<ul style="list-style-type: none"> • Muun kuin suomen- tai englanninkieliset julkaisut • pro gradua alemman tason tutkimukset • syömishäiriöihin keskittyvät julkaisut • maksulliset aineistot

Taulukko 3. Aineistohaut ja hakusanat tietokannoittain.

TIETOKANNAT	HAKU	RAJAUKSET	Tu- lok- set	Otsi- kon perus- teella hyväk- sytyt	HYVÄKSY- TYT ABSTRAC- TIN PE- RUS- TEELLA	HYVÄK- SYTYT
Laurea Finna	Mielialahäir* OR masen* OR bipo- laari* + ravits* OR ruoka* OR syömi*	Verkossa saata- villa	18	0	0	0
Medic	Mielialahäir* OR depres* OR masen* OR bipolaari* OR psykkis* AND rav- its* OR ruoka* OR syömi*	tieteelliset artik- kelit “EI Asiasanaa SYÖMISHÄIRIÖT”	5	1	1	1
Ebscohost	diet, depression, or bipolar disor- der, or mood disorder, nutrit- ion, intervention	Ei erikoisruokava- linoa vaativat poti- laat, kuten syö- mishäiriöiset, imettävät, tai ras- kaana olevat. fulltext	133	6	4	3
SCIENCEDI- RECT (EL- SEVIER)	mood disorder OR depression OR bi- polar disorder AND diet OR nutrition intervention	EI SYÖMISHÄIRIÖT	31	2	1	0

Cochrane library	diet AND intervention AND depression OR "mood disorder"	Vain otsikko, abstrakti, avainsanat	45	0	0	0
ProQuest	noft("mood disorder" AND "diet intervention") OR noft("depression" AND "diet intervention")	academic journals, scholarly journals, full text EI SYÖMISHÄIRIÖT	9	4	2 löytynyt aiemmin toisesta tietokannasta	2 löytynyt aiemmin toisesta tietokannasta
Pubmed	((((mood disorder) AND diet intervention) OR depression) AND "Diet intervention")	-	16	2	2	2 Myös toisessa tietokannassa
Googlemauaalinen haku	"Dietary intervention" "mental illness"	-	-	1	1	1 Myös toisessa tietokannassa

4.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysin ja synteessin tavoitteena on järjestää ja laatia yhteenveto tutkimukseen valittujen aineistojen tuloksista. Katsausmenetelmän tyypin perusteella valitaan sille sopiva analyysimenetelmä. (Stolt, Axelin, Suhonen 30.) Laadullisen tutkimuksen analyysi voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä analyysin vaiheessa kuvataan tutkimusten ydinkohdat: tekijät, tutkimuksen tarkoitus, julkaisuajankohta, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohde, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Tutkimusten analyysivaihe ja arviointi on tiukasti sidoksissa toisiinsa. Analyysin toisessa vaiheessa aineistoa käydään läpi ja tehdään merkintöjä kiinnostavista kohdista. Merkintöjen tekemistä aineistoon kutsutaan koodaamiseksi. Tehtyjen merkintöjen perusteella aiheet luokitellaan, kategorioidaan tai teemoitellaan. Tutkimuksia vertaillaan ja niistä etsitään yhteneväisyydet ja eroavaisuudet ja tulkitaan niitä. Kolmannessa vaiheessa muodostetaan konsepti kokonaisuus eli synteesi vertailemalla eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä. Tarkoituksena on laatia yksittäisten tutkimustulosten pohjalta laajempi kuva tuloksista ja samalla esitellään myös ristiriitaiset tulokset. Analyysin viimeisessä vaiheessa tuloksista kirjoitetaan yhteenveto. Tulokset tulisi raportoida niin, että tutkimus on toistettavissa ja lukijan on mahdollista arvioida tutkimuksen luotettavuutta. (Stolt, ym. 30-32.)

Kirjallisuuskatsauksessa systemaattisen tiedonhaun perusteella valikoituneet neljä tutkimusta koottiin tutkijan taulukkoon (liite 2) ja tutkimukset analysoitiin sisällönanalyysin vaiheita mukailleen. Aineistoa pelkistettiin siten, että mukaan valituista tutkimuksista etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Samalla merkityksettömät asiat karsittiin pois. Näin jäljelle jäänyt olennainen tieto saatiin tiivistettyä mahdollisimman helposti käsiteltävään muotoon. Opinnäytetyöhän mukaan valitut tutkimukset tulostettiin paperille, josta korostettiin alkuperäisilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin ja ne pelkistettiin analyysitaulukkoon ”pelkistetyiksi ilmaisuiksi”. Kaikissa muissa paitsi yhdessä tutkimuksessa aineisto jouduttiin pelkistäessä kääntämään suomenkieliseksi. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Samaa kuvaavat ilmaukset yhdistettiin alaluokaksi ja alaluokalle annettiin sen sisältöä mahdollisimman hyvin havainnollistava nimi. Alaluokat ryhmiteltiin taas edelleen yläluokkien alle ja tutkimuskysymykselle saatiin muodostettua luokat ”ravitsemusohjauksen toteutus,” ”fysiologiset muutokset,” ”taitojen kehittyminen ja muutokset syömistottumuksissa,” ja ”psykykkisen hyvinvoinnin muutokset”. Kaikista yläluokista muodostettiin yksi yhteinen pääluokka ”mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjaus”.

Taulukko 4. Tutkimusaineiston luokittelun esimerkki.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Aineistokansio. Muistiinpanot. Pienet kotitehtävät. Ateriarytmipäiväkirja. Viikoittainen ruokapäiväkirja käytössä muutosten havaitsemiseksi syömis-käyttäytymisessä. Kylläisyyspäiväkirja.	Ravitsemuksen omaseuranta	Ravitsemusohjauksen toteutus.	Mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjaus
Lautasmalli. Ruokapyramidi. Henkilökohtainen huoneentaulu. Ohjaajan tekemät Sydänmerkki-muistilistat. Ruokavalion laatua seurattiin Modi-MedDiet mittarilla. Osallistujat saivat koosteen, johon oli koottu tutkimusnäyttöön perustuvia, onnistuneeseen ja pysyvään painonhallintaan yhteydessä olevia tekijöitä	Ravitsemusohjauksen tukena olleet työkalut	Ravitsemusohjauksen toteutus.	

4.4 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida useilla eri mittaus- ja tutkimus tavoilla. Reliaabelius on tutkimuksen luotettavuuteen liittyvä käsite, jolla tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta. Reliaabeliuden todentamiseen on useita eri keinoja. Tulosta voidaan pitää reliaabelina, kun kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, tai samaa henkilöä on tutkittu kahteen kertaan eri tutkimuskerroilla ja tulos tutkimuksissa on sama. Validius on toinen tutkimuksen arvioinnin kriteeri. Validiutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata haluttua tietoa. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara, 226.)

Tutkimustyössä tulee välttää yleisesti ottaen virheitä, mutta tulosten pätevyys ja luotettavuus ei aina ole samalla tasolla. Kaikissa tutkimuksissa tulee arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Laadullisen tutkimuksen toteuttamisen vaiheet tulee kuvata tarkasti koko tutkimuksen osalta, sillä aiheiden tarkka kuvaus parantaa tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 226-227.)

4.5 Eettisyys

Eettinen ennakoarviointi tulee tehdä kaikista tutkimuksista ja tutkimussuunnitelmista, jotka kohdistuvat ihmiseen. Joskus ennakoarvioinnin riittävyttä arvioidessa on lähetettävä suunnitelma eettiselle toimikunnalle arvioitavaksi. Toisinaan taas riittää, että tutkija yhdessä ohjaajansa kanssa arvioi suunnitelmansa luotettavuuden ja arvioi altistetaanko tutkimus eettisen komitean arvioitavaksi. Kun arvioidaan tutkimuksen riskejä ja haittoja ovat lähtökohtina ihmistieteiden eettiset periaatteet, jotka koskevat tutkittavien itsemääräämisoikeutta, vahingoittamisen välttämistä sekä yksityisyyttä että tietosuojaa. Arviointi ei koskaan siirrä tutkimuksen eettisyyttä koskevaa vastuuta toimikunnalle. (Eriksson ym. 30.) Tämän opinnäytetyön eettinen hyväksyntä ja luotettavuus pyrittiin takaamaan noudattamalla hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Tutkimusetiikan hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tulosten tallentamisessa sekä arvioinnissa. (TENK.)

Opinnäytetyö on muodoltaan kirjallisuuskatsaus, joten eettiset kysymykset perustuvat pääosin opinnäytetyön ja siinä käytettävien lähteiden luotettavuuden arviointiin. Opinnäytetyössä käytettiin tutkittuja ja luotettavia, asiantuntijoiden laatimia tieteellisiä artikkeleita, tutkimuksia ja kirjoja. Työssä pyrittiin käyttämään aina alkuperäisiä ja mahdollisimman tuoreita lähteitä lisäämään opinnäytetyömme luotettavuutta. Teoreettisen viitekehityksen määrittämisessä käytettyjen lähteiden viitemerkinnät on kirjattu asianmukaisesti ylös.

5 Tulokset

Lähtötilanteen kartoitus

Ennen tutkimuksiin ja ravitsemusinterventioihin osallistumista kartoitettiin osallistujien ravitsemushistoriaa aiemmin tyypillisen syömistottumuksien selvittämiseksi. Tähän kuului mm. osallistujien pituuden ja painon mittaus. Lisäksi laskettiin osallistujien painoindeksi ja otettiin vyötärönympärysmitta. Lisäksi selvitettiin osallistujien ajankohtainen lääkitys, verenpaine, verensokeri, sekä veri- ja virtsanäytteet. Tämän lisäksi selvitettiin tupakoivatko he. (Jack ym. 2017, 9. Bogomolav ym. 2017, 8.)

Yksilöllisten tavoitteiden asettaminen

Kolmessa tutkimuksessa osallistujia pyydettiin asettamaan itselleen henkilökohtaisia tavoitteita. Apuna käytettiin motivoivaa haastattelua rohkaisemaan osallistujia henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisessa (Jacka ym. 2017, 3). Yhdessä tutkimuksessa lähes kaikki osallistujat olivat asettaneet tavoitteekseen painon hallinnan tai laihduttamisen (Tolonen. 2011, 55). Potilaiden yksilöllisiä tavoitteita käytettiin myös apuna räätälöidyissä asiakasohjelmissa. Haastattelussa käytiin läpi heidän henkilökohtaisia motiiveja ja uskomuksia, sekä tavoitteita terveydelle ja elämäntavoille. Tässäkin käytettiin apuna motivoivaa haastattelua, jolla pyrittiin parantamaan heidän sitoutumista ohjelmaan. Tavoitteita käytettiin apuna luodessa potilaalle ohjelmaa, jossa tavoitteena oli vaikuttaa potilaan ruokavalioon, sekä liikuntatottumuksiin. (Forsyth, Deane & Williams. 2015, 539.)

Ohjaaminen terveelliseen ruokavalioon

Yhdessä tutkimuksista oli varattu erillinen tapaamiskerta pitäen mielessä osallistujien ohjausta terveellisestä ja monipuolisesta ruokavaliosta. Tapaaminen piti sisällään keskustelua mielen ja ruoan yhteydestä, monipuolisesta ruokavaliosta, kylläisyyttä ylläpitävistä valinnoista, sekä säännöllisestä ateriaritmistä. Lisäksi keskusteltiin kasvien, hedelmien ja marjojen lisäämistä ruokavalioon. Tässä apuna käytettiin myös lautasmallia ja ruokapyramidia. Osallistujille annettiin myös tietoa suositusten mukaisista ruoista, kuten kalasta, kasvirasvoista, D-vitamiineista ja pehmeistä rasvoista. Eräessä toisessa saman tutkimuksen tapaamisessa annettiin tietoa myös eineksien ja puolivalmisteiden sisällyttämisestä osaksi terveellistä ruokavaliota. (Tolonen. 2011, 50, 52.) Toisessa tutkimuksessa terveellistä ruokavaliota ohjattiin toimittamalla osallistujille kerran viikossa ruokakori, joka sisälsi pähkinöitä, oliiviöljyä, palkokasveja, hedelmiä ja vihanneksia. Kolmen kuukauden jälkeen ruokakorit korvattiin ruokakupongeilla, jotka osallistujat ostivat ruoan ohjatuilla ostosmatkoilla. (Bogomolav ym. 2017, 9.) Ruokakori oli apuna myös toisessa tutkimuksessa, jossa osallistujille annettiin tietoa

oikeista annoskoista, sekä ruokakoreja, jotka sisälsivät ruokavalion mukaisia ruoka-aineita, reseptejä ja ateriasuunnitelmia. Ruokavalio suunniteltiin osallistujille helpoksi noudattaa, kestäväksi, maittavaksi ja ravitsevaksi. (Jacka ym. 2017, 3-4.)

Syömiskäyttäytymisen ohjaus

Syömiskäyttäytymistä ohjattiin yhdessä tutkimuksissa teemoitellulla tapaamisella, jonka yhtenä tavoitteena oli vähentää osallistujien laihdutuskuuriajattelua, sekä toimimattomia syömisen rajoittamiskeinoja. Tätä pyrittiin tukemaan ateriarhythmin avulla ja osallistujat saivat kitehtäväkseen ateriarhythmi päiväkirjan. Syömisen hallinnan vahvistaminen oli taustateemana myös useammassa muussa tapaamisessa. Potilaat olivat myös itse toivoneet keskustelua rep-sahduksista ja niistä selviämistä ja tämä otettiin osaksi tapaamisia. Tietoisen syömisen harjoituksessa käytettiin rusinaa apuna harjoitellessa syömiseen keskittymistä. (Tolonen. 2011, 48, 52-53.)

Ostoskäyttäytymisen ohjaus

Ostoskäyttäytymiseen vaikutettiin kauppareissulla, jossa osallistujat saivat valita mieluisen kaupan, jossa ostoksia toteutettiin ruokapyramidin ja osallistujien itsensä ideoiman ostoskorin mallin pohjalta. Ennen kauppaan menoa osallistujille oli tarjottu hedelmä, jolla konkretisoitiin, ettei kauppaan kannata mennä nälkäisenä. Ruokaostoksen yhdeksi teemaksi oli osallistujien toiveesta taloudellinen syöminen ja osallistujat tarkastelivat yhdessä kaupan valikoimaa pakastetuotteista eineksiin. (Tolonen. 2011, 53.) Yhdessä tutkimuksessa osallistujille opetettiin edullisten ja terveellisten ruokavalintojen tekemistä ruokakuponkien avulla, joilla pystyi ostamaan vain välimerenruokavalion mukaisia tuotteita. Lisäksi opetettiin ravintoarvojen lukemista pakkauksista ja yksikköhintojen vertailua löytääkseen kaupasta hinta-painosuhteeltaan edullisimmat tuotteet. (Bogomolav ym. 2017, 20.)

Ruoanlaittotaitojen tukeminen

Ruoanlaittoa pohjustettiin monessa tutkimuksessa erityisten ateria- ja lautasmallipohjien avulla. Niiden avulla muun muassa autettiin koostamaan ateriakokonaisuuksia yhdessä valmistetun pääruoka-aterian rinnalle (Tolonen. 2011, 54). Kokkaustyöpajoissa reseptit suunniteltiin helpoiksi ja maistuviksi. Osallistujat valmistivat ohjattuina välimerenruokavaliota mukailevista resepteistä aterioita kahdesti viikossa. (Bogomolav ym. 2017, 9.)

Tietoinen syöminen

Tolosen Ruokaa mielelle -ryhmäohjelmassa osallistujia ohjattiin tietoiseen syömiseen keskustelemalla ryhmässä syömiseen keskittymisestä, siitä nauttimisesta ja ruoan arvostamisesta. Tapaamisen ohjaaja teetti ryhmälle myös tietoisin syömisen harjoituksen rusinalla, jossa osallistujien tuli kuvata rusinan ulkonäköä, tuntumaa käsissä, sen tuoksua, makua, suutuntu-
maa ja sitä kuinka nämä muuttuivat rusinan syömisen aikana ja millaisia mielikuvia tämä heissä herätti. Tietoisin syömisen harjoittelua toteutettiin myös kotioloissa, sillä osallistujat saivat kotitehtäväksi kylläisyyspäiväkirjan pitämisen, jonka avulla pyrittiin tekemään havain-
toja nälästä ja kylläisyydestä käytännössä. (Tolonen. 2011, 53-54.)

Motivointi ja innostaminen ruokaa kohtaan

Mielenterveyskuntoutujille järjestettiin tietoisu kokkauspajan aterialle valituista eksoottisista hedelmistä, jolla pyrittiin motivoimaan osallistujia ennakkoluulottomaan kokeiluun uusia makuja kohtaan, sekä pyrittiin herättämään heidän mielenkiintoa ruokaan. Mielenkiintoa pyrittiin pitämään yllä myös pienillä kotitehtävillä, joiden tehtävänä oli havainnoida omaa syö-
miskäyttäytymistään arjessa. (Tolonen. 2011, 49, 53.) Myös ravitsemusterapeutin toteuttamaa motivoivaa haastattelua käytettiin apuna ruokavalio-ohjauksessa. Osallistujia pyydettiin laati-
maan itselleen myös henkilökohtaisia tavoitteita, jolla pyrittiin vaikuttamaan epäterveellisten ruoka-aineiden kulutukseen. (Jacka ym. 2017, 3.) Motivoivaa haastattelua toteuttivat myös ravitsemus- ja liikuntapsykologi tai koulutetut viimeisen vuoden ravitsemus- ja liikuntatieteiden opiskelijat (Forsyth, Deane & Williams. 2015, 539). Motivoivaa haastattelua käytettiin apuna kaikissa muissa, paitsi yhdessä tarkastelusta tutkimuksessa. Yhdessä tutkimuksessa ver-
taistuki ja positiivisen palautteen saaminen nähtiin tärkeäksi osaksi ryhmäytymistä. Tässä tut-
kimuksessa osallistuneet saivat viimeisellä kerralla leikkimielisen diplomin osallistumisestaan ryhmään. Tämän lisäksi käytiin läpi erillinen palautekeskustelu ryhmän tapaamisista. (Tolonen 2011, 47.)

Ammattilais- ja vertaistuki

Ravitsemusohjausta toteuttivat eri tutkimuksissa ravitsemusterapeutti, ravitsemus- ja liikun-
tatieteiden opiskelijat, asumisyksikön henkilökunta ja osallistujat itse (Bogomolav ym. 2017, 9, Tolonen 2011, 47, Jacka ym. 2017, 11, Forsyth, Deane & Williams. 2015, 539). Tutkimuk-
sissa toteutettiin sekä ryhmä-, että yksilöohjausta. Ryhmämuotoisen ohjauksen etuina nähtiin mm. kustannustehokkuus, sekä vertaistuen mahdollistuminen. Ryhmän osoittama hyväksyntä katsottiin voimakkaammin itsetuntoa nostattavana, kuin ammatillisen ohjaajan osoittamana. Vuorovaikutuksen myös todettiin pääsääntöisesti tukevan tutkimukseen osallistuneita mielen-

terveyskuntoutujia heidän tavoitteiden saavuttamisessa. (Tolonen 2011, 23, 80). Yhdessä tutkimuksessa ryhmään oltiin yhteydessä puhelimitse, jolloin puhelut kestivät keskimäärin viisi minuuttia, mutta ne eivät sisältäneet lainkaan ohjausta tai neuvontaa. Osallistujilta kartoitettiin ainoastaan heidän ravitsemustaan ja fyysistä aktiivisuutta. (Forsyth, Deane & Williams. 2015, 539).

Ravitsemuksen omaseuranta

Osallistujia innostettiin ravitsemustottumuksiensa omaseurantaan heille jaetulla aineistokansiolla, johon he pystyivät tekemään muistiinpanoja ja kerätä ryhmäohjelman aineistoa. Omaseuranta tuettiin myös ajoittain mukaan saatavilla pienillä kotitehtävillä. Yhtenä kotitehtävänä oli pitää ateriarvokirjaa 1-5 päivän ajan ja siihen merkittiin kaikki syöty ja juotu ravinto, sekä paikka, aika ja muut havainnot. Samassa tutkimuksessa osallistujille annettiin tehtäväksi täyttää kylläisyyspäiväkirjaa, johon merkittiin ylös ruokailujen aloitus-, sekä lopetusajankohdat. Lisäksi arvioitiin kylläisyyden tasoa numeraalisella asteikolla 1-10. (Tolonen. 2011, 52, 54.) Toisessa tutkimuksessa ruokavaliota arvioitiin seitsemän päivän ruokapäiväkirjalla, jonka avulla seurattiin ruokavalion muutosta, sekä vakiintumista viikon aikana (Jacka ym. 2017, 4).

Ravitsemusohjauksen tukena olleet työkalut

Ravitsemusohjauksessa käytettiin apuna erilaisia mittareita, malleja ja oppaita. Tolosen tutkimuksessa ohjauskerroilla toimivat apuna lautasmalli, ruokapyramidi ja henkilökohtainen huoneentaulu. Lisäksi terveellisen elämäntavan ylläpitämiseen tutkimuksen jälkeenkin pyrittiin kannustamaan tutkimusnäyttöön perustuvalla lyhyellä oppaalla, joka annettiin osallistujille kotiin mukaan. (Tolonen. 2011, 53, 55.) Ostosreissuilla terveellisiin ruokavalintoihin ohjasi Sydänmerkki-muistilistat. Toisessa tutkimuksessa ruokavalintoihin pyrittiin vaikuttamaan "ModiMedDiet" -mittarilla, joka pohjautuu Australialaisiin ruokasuosituksiin (Jacka ym. 2017, 3).

Ohjaustilanteet

Tarkastelluissa tutkimuksissa osallistujia ohjattiin sekä yksilöohjauksissa, että ratkaisukeskeisellä ryhmäohjauksella (Tolonen. 2011, 37). Ohjaustilanteissa hyödynnettiin motivoivan haastattelun menetelmiä (Forsyth, Deane & Williams. 2015, 539). Yhdessä tutkimuksissa osallistujat saivat seitsemän yksilöllistä ravitsemusterapeutin ohjaustapaamista, jotka olivat kestoltaan 60 minuuttia (Jacka ym. 2017, 3). Toisessa tutkimuksessa osallistujat saivat 13 minuutin tukevan haastattelun tavallisen 25 minuuttia kestävästä haastattelusta sijaan, sillä osallistujien

psykkisen tilanteen katsottiin vaativan lyhyemmän haastatteluaajan (Bogomolav ym. 2017, 11).

Vuorovaikutus ja sosiaalisuuden tukeminen

Ravitsemusemusoppia annettiin käyttämällä vuorovaikutteista visailua, ruokia havainnollistamalla (food modelling activity) ja perustuen ohjauksen sisältö Australian terveellisen syömissen ohjeistukseen (Bogomolav ym. 2017, 9). Toisessa tutkimuksessa sosiaalisuutta tuettiin käyttämällä osallistujavetoista työtettä, jolla pyrittiin pohjustamaan hyvää yhteishenkiä, kehittää myönteisiä odotuksia, sekä sitouttaa ryhmän osallistujia tutkimukseen (Tolonen. 2011, 48). Ryhmätapaamisissa osallistujien ryhmäytyminen toimi suuressa roolissa (Jacka ym. 2017, 4).

Laboratorioarvojen muutokset

Tutkimuksiin osallistuneille tehtiin erilaisia lähtötilanteen kartoituksia, joihin kuuluu erilaiset laboratoriotutkimukset, kuten virtsa- ja verinäytteiden ottaminen. Tutkimusjakson jälkeen osallistujista otettiin uudestaan näytteitä ja näitä verrattiin lähtötilanteeseen. Laboratorioarvojen muutoksista voitiin havaita energiansaannin väheneminen, ruokavalioperäisen raudan saannin lisääntyminen ja folaatin saannin niukka lisääntyminen. (Forsyth, Deane & Williams. 2015, 542.) Homokysteiinitasot laskivat lähemmäs suositusta kolmen kuukauden seurannassa. Lisäksi natrium- ja kaliumtasot laskivat lähemmäs suositusta kolmen kuukauden seurannan aikana. (Bogomolav ym. 2017, 14.)

Painon muutokset

Yhdessä tutkimuksessa kolmen kuukauden seurannan aikana miesten paino oli laskenut ja vyötärön ympäryys oli pienentynyt. Lisäksi painoindeksi saatiin laskemaan terveelliselle tasolle. Toisaalta naisilla havaittiin pientä nousua painon osalta. (Bogomolav ym. 2017, 14.) Toisessa 12 viikkoisessa rinnakkaisryhmätutkimuksessa ei eri ryhmien osalta ollut painoindeksissä tai fyysisessä aktiivisuudessa havaittavia eroja (Jacka ym. 2017, 8). Myös toisessa rinnakkaisryhmätutkimuksessa painoindeksin lasku oli niukasti merkittävällä tasolla (Forsyth, Deane & Williams. 2015, 542). Miesosallistujien osoittama merkittävämpi painonlasku on tutkimuksen mukaan osoitus kokonaisuudessaan terveellisemmistä ruokatottumuksista (Bogomolav ym. 2017, 14).

Lääkitysmuutokset

Ravitsemusintervention aikana yhdessä tutkimuksista sosiaalisen tuen ryhmän jäsenet tekivät muutoksia lääkkeiden käyttöönsä. Kaksi osallistujaa keskeytti psykiatrisien lääkkeiden käytön ja yksi osallistuja puolestaan aloitti käyttämään niitä. Lääkemuutoksia tehneiden otannan katsottiin olevan niin pieni, että tulos päätettiin jättää huomiotta. (Jacka ym. 2017, 8.) Muissa tutkimuksissa lääkitysmuutoksia ei oltu tilastoitu.

Ruokavalion muutokset

Ruokavaliomuutokset olivat tutkimuksien tilastoiduin luokka ja jokaisessa tutkimuksessa havaittiin vaikutuksia ruokavalion muutoksiin. Kaikissa tutkimuksissa voidaan tulosten tulkita olevan positiivisia. Hedelmien syönti lisääntyi ja roskaruoan kulutus väheni (Forsyth, Deane & Williams. 2015, 542). Yhdellä tutkituista kasvien, hedelmien ja marjojen kulutuksessa oli selkeää lisääntymistä, kun taas toisella saman tutkimuksen osallistujalla oli kulutuksessa havaittavissa vain pientä kasvua. Eräs tutkittava taas oli havainnut tekevänsä onnistuneen ruokavaliannon useammin kuin ennen tutkimusta (Tolonen. 2011, 57, 58). Toisessa tutkimuksessa miesosallistujat kuvasivat runsasenergistien, sekä kofeiinia sisältävien juomien kulutuksen vähentyneen. Samassa tutkimuksessa useat osallistujat ilmoittivat pikaruokien kulutuksen laskeutuneen kolmen kuukauden ohjauksen jäljiltä. Välimeren mukainen ruokavalio oli alkanut korostumaan kaikkien osallistujan ravitsemuksessa ja runsaasti rasvaa ja suolaa sisältäneet ruoat korvautuivat lisääntyneellä hedelmien ja kasvien syönnillä. (Bogomolav ym. 2017, 14.) Ravitsemusterapeutin antama ravitsemusohjaus esimerkiksi motivoivan haastattelun, ruokavaliion ohjauksen ja tavoitteiden asettamisen myötä laskivat epäterveellisten ruoka-aineiden kulutusta. Myös ModiMedDiet -pisteet paranivat. (Jacka ym. 2017, 8,11.)

Annoskoon muutokset

Annoskoon muutoksia raportoitiin vain yhdessä tarkastetuista tutkimuksista. Tässä yksi osallistuja oli havainnut ruoan lisää ottamisen lautasen tyhjennettyä selvästi vähentyneen. Toinen osallistuja koki, että annoskoko oli harvemmin suurempi kuin muilla ruokailijoilla, mutta samainen osallistuja koki ottavansa useammin lisää ruokaa lautaselleen, kuin ennen tutkimusta. (Tolonen. 2011, 57, 59.)

Positiiviset syömisen hallinnan muutokset

Yhdessä tutkimuksessa kaikki osallistujat tekivät positiivisia muutoksia syömistottumuksiin (Bogomolav ym. 2017, 14). Toisessa tutkimuksessa osallistuja oli havainnut ainoaksi positii-

viseksi muutokseksi vähentyneen vaikeuden lopettaa syöminen esimerkiksi avattuaan sipsipussin. Vastaavan havainnon oli tehnyt myös toinen osallistuja, joka myös tunsu syömisen hallinnan lisääntyneen. Myös napostelun oli koettu vähentyneen, ateriarytmin parantuneen, sekä ruokapöydän ääressä ruokailun lisääntyneen. Kolme neljästä osallistujasta koki vähentyneen tarpeen rajoittaa syömistään. Osa osallistujista oli huomannut laihdutuskuurilla olemisen vähentyneen. Samassa tutkimuksessa todettiin alkoholin vaikutuksen ruokavalintoihin, sekä syömisen negatiivisiin tunteisiin vähentyneen. (Tolonen. 2011, 56-60.) Rinnakkaistutkimuksessa ravitsemustutkimusryhmä pystyi merkittävästi kohentamaan ruokavalionsa laatua uupumuksesta ja motivaation puutteesta huolimatta (Jacka ym. 2017, 10).

Negatiiviset muutokset syömistottumuksissa

Tutkimuksien negatiivisia vaikutuksia syömistottumuksiin raportoitiin olevan alkoholin lisääntynyt vaikutus syömisen hallintaan, sekä laihdutuskuurien lisääntyminen. Lisäksi ruoan ottaminen lisää lautaselle lautasen tyhjennettyä oli lisääntynyt. Toisaalta samassa tutkimuksessa toinen osallistuja sai vastaavista teemoista päinvastaisia tuloksia. Yksi osallistujista taas arvioi hotkivansa annoksensa aikaisempaa useammin, sekä hänen halunsa kohentaa ruokavaliota oli heikentynyt. (Tolonen 2011, 58.)

Psyykkisen voinnin muutokset

Dass-pisteet (Depression, anxiety, stress -scale) alenivat rinnakkaistutkimuksen molemmissa ryhmissä selkeästi (Forsyth, Deane & Williams. 2015, 541). Masennus- ja ahdistusoireissa havaittiin myös merkittävää vähenemistä tutkittavien itsensä toimesta (Jacka ym. 2017, 9). Itseluottamuksen tutkittiin kohentuneen monella tasolla ja sen uskotaan vaikuttavan positiivisesti mielenterveyteen vähentämällä stressiä ja ahdistusta (Bogomolav ym. 2017, 19). HADS -testin perusteella voidaan tulkita ahdistuksen ja masennuksen lievittyneen huomattavasti. Myös MADRS- asteikoilla (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) on havaittavissa merkittävä parannus. (Jacka ym. 2017, 6-7.)

Lisääntyneet onnistumisen kokemukset

Erityisinä onnistumisen kokemuksina osallistujat mainitsivat painoonsa ja terveydentuntoonsa liittyviä seikkoja. Lisäksi osa koki ylittäneensä itsensä. Eräs osallistuja mainitsi tuntevansa ylpeyttä itsestään pakottaessaan itsensä epämurkuvuusalueelle kokeillessaan uusia ruokia (Bogomolav ym. 2017, 16). Osa tutkivista oli tyytyväisempiä omaan painoonsa kuin aikaisemmin ja vastuun kokeminen omasta terveydestä oli lisääntynyt hieman (Tolonen 2011, 58-59).

Positiiviset asenteet ja motivoituminen terveelliseen ravitsemukseen

Tutkimuksessa, jossa osallistujia ohjattiin noudattamaan välimeren ruokavaliota todettiin kaikkien osallistujien asenteiden kehittyneen positiivisesti kohti terveellisempiä syömistottumuksia. Osallistujien todettiin tulleen vastaanottavaisemmiksi uudelle tiedolle, sekä kokevan iloa uuden oppimisesta ja terveellisemmän ruoan syömisestä. He myös rohkaisivat toisiaan seuraamaan terveellistä elämäntapaa. Yksi osallistuja kuvasi erityisen voimakasta motivaatiota syödä terveellisesti, pitäen sitä yhdenmukaisena haasteena pyrkimyksissään tervehtymään ja palaamaan takaisin "normaaliin" elämään. Suuri osa osallistujista osoitti lisääntyttä itseluottamusta kokeilla uusia ja tuntemattomia ruokia. (Bogomolav ym. 2017, 14.) Myös muissakin tutkimuksissa osallistujat olivat havainneet ottavansa nykyään terveystietoa selkeästi useammin huomioon omassa päätöksenteossaan (Tolonen. 2011, 57).

Sosiaalisuuden muutokset

Ruoanlaittopajat rohkaisivat osallistujia keskinäiseen kanssakäymiseen kokatessaan ja syödessään. Suuri osa osallistujista kertoi myös nauttineensa ruoanlaittopajojen tuomasta sosiaalisesta puolesta, sekä pitivät sitä tärkeänä osana hanketta. Myös sosiaalisen ahdistuksen raportoitiin vähentyneen osallistujien työskennellessä toistensa kanssa ruokapajoissa. (Bogomolav ym. 2017, 18.)

Ruoanlaittotaitojen kehittyminen

Tutkimuksissa osa osallistujista huomasi lautasmallin olleen selkeästi useammin apuna ruokavalioiden koostamisessa, kuin aikaisemmin (Tolonen. 2011, 59). Yhdessä tutkimuksessa, jossa järjestettiin useita ruoanlaittopajoja, havaittiin kaikilla osallistujilla parannuksia ruoanlaittotaidoissa. Hankkeen edetessä suurin osa kykeni itsenäisempään ruoanlaittoon, mutta edelleen osalla oli haasteita selviytyä ruoan laitosta täysin itsenäisesti. Moni osallistuja myös pyrki suunnittelemaan viikon ateriansa etukäteen, mutta ei kyennyt noudattamaan suunniteltua ateriaohjelmaa. (Bogomolav ym. 2017, 17, 18.)

Ravitsemustietouden lisääntyminen

Yhdessä tutkimuksista osallistujat kuvasivat heidän tietonsa lisääntyneen välimeren ruokavaliosta. Jotkut näistä osallistujista raportoivat myös lisääntyneestä ravitsemustietoudestaan ja kiinnostuksesta oppia lisää. Tutkimuksessa mukana olleet ohjaajat raportoivat tietämyksen kasvuksesta lisääntyneen ja ymmärryksen epäterveellisten ruokien haitallisuudesta kas-

vaneen. Tietoa ruoka-aineista saatiin kasvatettua tutustuttamalla osallistujia aiemmin tuntemattomille, välimeren ruokavaliossa yleisesti käytetyille ruoka-aineille. (Bogomolav ym. 2017, 14.)

6 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisesta ravitsemusohjauksesta mielialahäiriöpotilaat hyötyvät ja tuottaa tietoa mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli auttaa osastoa kehittämään mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjausta. Tavoitteena oli myös tutkia ensisijaisesti osastohoidossa olevien mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjausta, mutta valitettavasti emme löytäneet tutkimuksia osastohoidossa olevien mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjauksesta. Tutkimukset jotka hyväksyimme opinnäytetyöhömme käsittelevät avohoidossa tai tuetun asumisen piirissä olevien mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusohjausta.

Aineiston perusteella on nostettu esiin ravitsemusohjauksen toteutuksen sisällön keskeisiä luokkia, sekä ravitsemusohjauksen tuloksia. Tuloksista aineistossa on kuvattu fysiologisia muutoksia, psyykkisen hyvinvoinnin muutoksia, syömistottumisten muutoksia, sekä ruoanlaittotaitojen ja ravitsemustietouden kehittymistä. Tutkimusten perusteella mielialahäiriöistä kärsivät potilaat voivat hyötyä ravitsemusohjauksesta hyvin monella eri tavalla. Tulokset antavat viitteitä siitä, että ravitsemusohjauksen avulla potilaiden asenteet, tiedot ja taidot terveellistä ruokavaliota kohtaan voivat kohentua. Vaikuttaa myös siltä, että mielialahäiriöistä kärsivät kykenevät ainakin osittain sitoutumaan ravitsemusohjaukseen.

Tulevaisuudessa psykiatrian ravitsemustutkimuksen tulisi keskittyä toistoihin suuremman näytön, sekä kehittyneempien, tehokkaampien, ja täsmällisempien tutkimussuunnitelmien saamiseksi. Interventiotapojen laajentaminen ja parantavasti masennukseen vaikuttavien tapojen tunnistaminen ovat keskeisiä tarpeita tällä toimialalla. (Jacka ym. 2017, 11.)

Tolonen toteaa tutkielmassaan, että lyhyen ratkaisukeskeisen ja ryhmämuotoisen ravitsemusohjelman aikana voidaan tukea ainakin osin masennuksesta toipuvia huomaamaan onnistumisia, heidän kyvykkyyttä ylläpitää terveyttä edistäviä elämäntapoja. Lisäksi on osin mahdollista vahvistaa masennuksesta toipuvien tietoja ja taitoja terveyttä, hyvinvointia ja painonhallintaa edistävän ruokavalion ylläpitämisestä ja tukea tekemään tavoitteellisia, yksilöllisiä parannuksia ruokavalioon. (Tolonen. 2011, 80.) Nämä havainnot ovat linjassa myös muissa tutki-

muksissa esiin nousseisiin havaintoihin. Muutoksien voidaan nähdä olevan suurelta osin positiivisia ja mielialahäiriöpotilaat hyötyvät heille osoitetusta ravitsemusohjauksesta. Ruoanlaitto- taitojen lisääntymisen voidaan katsoa tukevan mielenterveyskuntoutujien itsenäistä selviyty- mistä tukevia vaikutuksia, jonka lisäksi ravitsemusohjauksella on ehkäiseviä vaikutuksia sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn vakavasta psyykkisestä sairaudesta kärsivällä potilaalla. (Bogomolav ym. 2017, 14.)

Tulosten luotettavuuteen vaikutti tutkimusaineiston niukkuus, jonka myötä osassa tutkimuk- sista käsitellään myös skitsofreniapotilaiden ravitsemusohjausta mielialahäiriöpotilaiden rin- nalla. Jotta tarkempia johtopäätöksiä eri ravitsemusinterventioiden eduista ja pidempiaikai- sista hyödyistä voidaan tehdä, on tarpeen tehdä aiheesta lisää kontrolloituja ja satunnaistet- tuja tutkimuksia (Tolonen 2011, 81). Jatkotutkimukset mielialahäiriöpotilaiden ravitsemusoh- jauksesta tulisi kohdistaa osastohoidossa oleville potilaille.

Tutkimuksissa havaittujen tulosten perusteella ehdotamme ravitsemusohjauksen sisällyttä- mistä osaksi hoitosuunnitelmaa, jotta ravitsemusohjauksen tarve voitaisiin arvioida tarkasti heti hoidon alkuvaiheessa. Ravitsemusohjauksen tarpeen arvioinnin perusteella hoitaja arvioi tarvitseeko potilas mahdollisesti ravitsemusterapeutin tukea ja ohjausta. Tiivis yhteistyö ra- vitsemusterapeutin kanssa voisi tukea mielialahäiriöpotilaan hoitoa. Lisäksi hoitoalan ammat- tilaisten tulisi jakaa tietoa ravitsemuksen parantamisen hyödyistä toisilleen ja mahdollistaa ravitsemusterapeutin tuki mielialahäiriöpotilaille.

Lähteet

- Aapro, S. Kupiainen, H. Leander M. Ravitsemushoito käytännössä. 2008, WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki 1. Painos
- Arffman, S. Partanen, R. Peltonen, H. Ravitsemus hoitotyössä. 2009, Edita Publishing Oy, Helsinki 1. Painos. 2009.
- Eriksson, K. Isola, A. Kyngäs, H. Leino-Kilpi, H. Lindström, U. Paavilainen, E. Pietilä, A-M. Vehviläinen-Julkunen, K. Åstedt-Kurki, P. Hoitotiede. Sanoma pro. 2016. 4.-6. painos.
- Freese, R. & Vuotilainen, E. B12-vitamiini eli kobalamiini. Ravitsemustiede. 2012. Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita, 2007, Kustannus Oy Tammi 13., osin uudistettu painos
- Hämäläinen, K. Kanerva, A. Kuhanen, C. Schubert, C. Seuri, T. Mielenterveyshoitotyö. 2017. Sanoma pro Oy, Helsinki. 5. uudistettu painos, 2017.
- Kopakkala, A. Masennus. 2009 Edita, Helsinki 1. painos
- Nurminen, M-L, Lääkehoito. Sanoma Pro Oy, Helsinki 10-11. painos, 2012
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. Lääkehoidon käsikirja. 2013. Sanoma pro Oy. Helsinki.
- Sinisalo, L. Ravitsemus hoitotyössä, 2015, Edita, Keuruu 2.painos
- Stolt, M. Axelin, A. Suhonen, R. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä, Turun yliopisto, 2015.
- Vauhkonen, I. & Holmström, P. Sisätaudit. 2014. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Vilkko-Riihelä, A. & Laine, V. Mielen Maailma 5 - Persoonallisuus ja mielenterveys. 2013. Sanoma Pro, Painos 4.-8. Helsinki.

Sähköiset lähteet

- Duodecim Käypä hoito, depressio, ICD-10 tautiluokitus. Artikkelin tunnus: poh00096 (000.000 Viitattu 19.10.2017
- 29.9.2016 Matti Huttunen, Duodecim, Persoonallisuushäiriöt, Lääkärikirja, Viitattu 19.10.2017
- Toivio, T & Nordling, E. Mielenterveyden psykologia, 2009. Viitattu 10.05.2017
 Depressio (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 09.05.2017
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50023#NaN>
- Fogelmol, M. ym. Terveyttä ruoasta - Suomalaiset ravitsemussuositukses 2014. 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Tampere. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 14.5.2017
https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemussuositukses_2014_fi_web.3_es-1.pdf

- Isometsä, E. Depressiiviset häiriöt. Psykiatria, 2017. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.05.2017
- Isometsä, E. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkäriin käsikirja, 2016. Viitattu 10.5.2017
- Isometsä, E. Ahdistuneisuushäiriöt, Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017, Artikkelin tunnus: pkr00800 (008.000) Viitattu 6.10.2017
- Huttunen, M. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkäriin käsikirja Duodecim, 2016. Viitattu 9.5.2017.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378
- Huttunen, M. Mielialahäiriö. Lääkäriin käsikirja Duodecim, 2017. Viitattu 5.3.2018.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393
- Huttunen, J. Ravinto ja Masennus. 2017, Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 16.5.2017
- Huttunen, J. Ravinto ja Masennus. 2015, Kustannus Oy Duodecim. Artikkelin tunnus: mas00034 (020.085) Viitattu 16.5.2017
- Huttunen, M. Persoonallisuushäiriöt Lääkäriin käsikirja Duodecim 2016, Viitattu 16.5.2017
- Huttunen, M. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto, 2015. Viitattu 22.11.2017
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00058#s2
- Huttunen, M Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Lääkäriin käsikirja Duodecim. Artikkelin tunnus: dlk00512 (019.155) Viitattu 26.10.2017
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512
- Kangasniemi, M. Utriainen, K. Ahonen, S-M. Pietilä, A-M. Jääskeläinen, P. Liikanen, E. Kuvailtava kirjallisuuskatsaus : eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. 2013. Viitattu 24.8.2017
<http://www.doria.fi/handle/10024/103977>
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 9.5.2017).
- Koponen, H. Lepola, U. Ahdistuneisuushäiriö, Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. 2017
Artikkelin tunnus: ykt00851 (035.031) Viitattu 6.10.2017
- Koponen, H Painonnousu psykelääkkeiden haittavaikutuksena. Suomen lääkärilehti 2011. Artikkelin tunnus: sll35406 (20119729)
- Lönnqvist J, Ahdistuneisuushäiriöt, Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017, Viitattu 6.10.2017
- Pulkinen, S. Vesänen, P. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Sairaanhoidajan käsikirja, 2014. Viitattu 9.5.2017.
- Salminen, A. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja. 2010. Viitattu 24.8.2017
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. 2013 Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypähoito -suositus.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50076>

TENK - Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 6.11.2017
<http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

THL, 2015

<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/ravitseminen/perustietoa-ravitsemuksesta>

THL, Elintavat ja mielenterveyshäiriöt. 2017 Viitattu 19.10.2017

<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/elintavat-ja-mielenterveyshairiot#Ravinto>

Tolonen, M. Ravitseminen ja mielenterveys : uusinta tietoa mielen sairauksien ravitsemushoidosta. 2007. Huhmari. Kasprint Oy. Viitattu 1.5.2017

<http://www.tritolonen.fi/artikkelit/45-foolihappo>

Tolonen, M. Kysymyksiä ja vastauksia etyyli-EPAsta (E-EPA). Viitattu 1.5.2017

<http://www.tritolonen.fi/artikkelit/179-kysymyksia-ja-vastauksia-etyyli-epasta-e-epa>

Tolonen, U. Ruokaa mielelle - Ratkaisukeskeinen ryhmäohjelma masennuksesta toipuvien mielenterveyskuntoutujien ravitsemusohjaukseen, Pro gradu -tutkielma Terveystieteiden tiedekunta Itä-Suomen yliopisto, 2011. Viitattu 3.10.2017

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110054/urn_nbn_fi_uef-20110054.pdf

Liitteet

Liite 1: Aineiston analyysitaulukko

Toteutus:

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
<p>Kartoitettiin ravitsemushistoria, aiemmin tyypillisen syömistottumuksen selvittämiseksi.</p> <p>Osallistujilta mitattiin pituus,paino,painoindeksi ja vyötärön ympäryys. Myös tupakoimattomuus ja käytössä oleva lääkitys selvitettiin.</p> <p>Osallistujilta mitattiin tutkimuksen aluksi ja lopuksi, pituus,paino,vyötärön ympäryys, verenpaine, verensokeri, sekä veri- ja virtsanäytteet.</p>	Lähtötilanteen kartoitus
<p>Omien tavoitteiden asettaminen.</p> <p>Osallistujien omat toiveet.</p> <p>Rohkaistiin asettamaan henkilökohtaiset tavoitteet.</p> <p>Yksilölliset tavoitekeskeisesti räätälöidyt asiakasohjelmat .</p>	Yksilöllisten tavoitteiden asettaminen
<p>Osallistujille annettiin tietoa oikeankokoisista ruoka-annoksista ja ruokakoreista, jotka oli sisälsi ruokavalion mukaisia reseptejä ja ateriasuunnitelmia.</p> <p>Kylläisyyttä ylläpitävät ruoat.</p> <p>Ruokavalion monipuolisuus, mielen ja ruoan yhteys, suosituksen mukainen ruoka, kala ja kasvirasvat, D-vitamiini, pehmeät rasvat.</p> <p>Einekset ja puolivalmisteet osana terveellistä ruokavaliota.</p> <p>Osallistujat saivat kerran viikossa ruokakorin, joka sisälsi pähkinöitä, oliiviöljyä,palkokasveja, hedelmiä ja vihanneksia.</p> <p>Ruokavalio suunniteltiin helpoksi noudattaa, kestäväksi, maittavaksi ja ravitsevaksi.</p>	Ohjaaminen terveelliseen ruokavalioon
<p>Vähentää laihdutuskuurijattelua ja toimimattomia syömisen rajoittamiskeinoja.</p> <p>Syömisen hallinnan vahvistaminen.</p> <p>Ateriarytmi.</p> <p>Keskustelua repsahduksista ja niistä selviämisestä.</p> <p>Laihutuskuurijattelun vähentäminen.</p>	Syömiskäyttäytymisen ohjaus.
<p>Kauppareissu.</p> <p>Kaupan valikoimaan tutustuminen</p> <p>Pakastekasvisvalikoimaan tutustuminen</p> <p>Taloudellinen ostaminen.</p> <p>Osallistujille tarjottiin valmiita ruokakoreja ja 3kk jälkeen ruokakorit korvattiin ruokalipuilla, joilla pystyi hankkimaan välimeren ruokavalion aineksia.</p> <p>Osallistujia opetettiin edullisten ja terveellisten ruokien ostamisessa ja ravintoarvojen lukemiseen pakkauksista</p>	Ostoskäyttäytymisen ohjaus.
<p>Valmistettiin pääruoka-aterioita, lautasmalli käytännössä.</p> <p>Reseptit suunniteltiin helpoiksi, maistuviksi ja edullisiksi.</p>	Ruoanlaittotaitojen tukeminen

<p>Osallistujat valmistivat ohjattuna reseptien mukaisia annoksia ruokapajoissa, kahdesti viikossa.</p>	
<p>Ruokailusta nauttiminen ja ateriointi keinona luoda hyvinvointia. Nälän ja kylläisyyden havainnointi käytännössä. Tietoisen syömisen harjoitus rusinalla. Syömiseen keskittyminen. Keskustelu syömiseen keskittymisestä, ruokailusta nauttimisesta ja ruoan arvostamisesta. Tietoisen syömisen harjoitus.</p>	<p>Tietoinen syöminen</p>
<p>Innostaminen kokeilemaan uusia makuja ja herättää mielenkiinto ja innostus ruokaa kohtaan. Lyhyt tietoisku eksoottisista hedelmistä. Innostaa havainnoimaan syömiskäyttäytymistä arjessa. Ravitsemusterapeutin antama ravitsemusohjaus mm. motivoiva haastattelu, sekä ruokavalio-ohjaus. Tapaamisissa käytettiin motivoivan haastattelun tekniikoita. Leikkimieliset diplomit osallistujille. Palautekeskustelu Positiivinen palaute.</p>	<p>Motivointi ja innostaminen ruokaa kohtaan</p>
<p>Ryhmäkeskustelussa hyödynnettiin ammattilais- ja vertaistukea. Vuorovaikutteisuus. Interventio sisälsi konsultaatioita ja puhelin kontaktin. Osallistujille soitettiin lyhyitä puheluita ruokavalion ja fyysisen toiminnan muutosten kartoittamiseen.</p>	<p>Ammattilais- ja vertaistuki</p>
<p>Aineistokansio. Muistiinpanot. Pienet kotitehtävät. Ateriarytmipäiväkirja. Viikoittainen ruokapäiväkirja käytössä muutosten havaitsemiseksi syömiskäyttäytymisessä. Kylläisyyspäiväkirja.</p>	<p>Ravitsemuksen omaseuranta</p>
<p>Lautasmalli. Ruokapyramidi. Henkilökohtainen huoneentaulu. Ohjaajan tekemät Sydänmerkki-muistilistat. Ruokavalion laatua seurattiin ModiMedDiet mittarilla. Osallistujat saivat koosteen, johon oli koottu tutkimusnäyttöön perustuvia, onnistuneeseen ja pysyvään painonhallintaan yhteydessä olevia tekijöitä</p>	<p>Ravitsemusohjauksen tukena olleet työkalut</p>
<p>Ravitsemustukiryhmään osallistujat saivat 7 yksilöllistä sessiota, kestoltaan 60min, ohjaajana ravitsemusterapeutti. Yksi noin 25min pitkä tukeva haastattelu Käytettiin motivoitua haastattelua</p>	<p>Ohjaustilanteet</p>
<p>Ravitsemusoppia annettiin käyttämällä, vuorovaikutteista visailua, ruokia havainnoimalla (food modelling activity) perustuen terveellisen syömisen ohjeisiin, mukailen Australian terveellisen syömisen ohjeita. Osallistujavetoinen työote.</p>	<p>Vuorovaikutus ja sosiaalisuuden tukeminen</p>

Ryhmätapaamisissa osallistujien ryhmäytyminen toimi suuressa roolissa.	
--	--

Tulokset:

Energiansaanti vähentyi, raudan saanti ruokavaliosta lisääntyi, folaatin saanti lisääntyi hyvin vähän. Homokysteiinitasot laskivat normaalille tasolle 3kk seurannassa. Natrium ja kalium taso laski lähemmäs suositusta, 3kk seuranta.	Laboratorioarvojen muutokset
3kk:n seurannassa miehillä paino laski, vyötärön ympärys kapeni ja painoindeksi laski terveelliselle tasolle. 3kk:n seurannassa naisilla havaittiin pientä nousua painon osalta. Ei merkittäviä eroja painoindexissä tai fyysisessä aktiivisuudessa. Painoindeksin lasku oli lähellä merkittävää. Painonlasku miehillä kuvastaa kokonaisuudessaan terveellisempiä ruokatottumuksia.	Painon muutokset
Ravitsemustukiryhmässä ja sosiaalisen tuen ryhmässä yksi osallistuja aloitti psyykenlääkkeiden käytön. Sosiaalisen tuen ryhmässä 2 osallistujaa keskeytti psyykenlääkkeen käytön.	Lääkitysmuutokset
Hedelmien syönti lisääntyi ja roskaruoan syönti väheni Kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttö lisääntyi selkeästi Kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttö hieman lisääntyi Mies osallistujat kuvasivat runsaasti energiaa ja kofeiinia sisältävien juomien vähentyneen. Useat osallistujat ilmoittivat 3kk:n ohjauksen jälkeen pika-ruokien kulutuksen vähentyneen. Kaikki osallistujat raportoivat hedelmien ja kasvisten syönnin lisääntyneen. Välimeren ruokavalio korostunut ja runsaasti rasvaa ja suolaa sisältäneet ruoat korvaantuivat lisääntyneillä hedelmien ja kasvisten syönnillä. Ravitsemusterapeutin antama ravitsemusohjaus mm. motivoivan haastattelun avulla, ruokavalio-ohjauksella ja tavoitteita asettamalla laski epäterveellisten ruoka-aineiden kulutusta. Huomasi tekemänsä onnistuneet ruokavalinnat useammin. Ravitsemustukiryhmän ModiMedDiet pisteet paranivat.	Ruokavalion muutokset
Ruoan lisää ottaminen lautaselle vähentyi selvästi. Kokemus, että annoskoko on nyt harvemmin suurempi kuin muilla.	Annoskoon muutokset
Kaikki osallistujat tekivät positiivisia muutoksia syömistottumuksiin. Vähentynyt vaikeus lopettaa syöminen esimerkiksi avattuaan sipsipussin. Alkoholin vaikutus ruokavalintoihin vähentyi.	Positiiviset syömistottumuksien muutokset

<p>Syömisen hallinta lisääntyi Syömisen hallinta koheni ja tarve rajoittaa syömistä väheni selkeästi. Vaikeus lopettaa syöminen väheni. Arvioi syövänsä useammin ruokapöydän ääressä. Napostelu väheni Ravitsemustukiryhmä pystyi merkittävästi kohentamaan ruokavalionsa laatua uupumuksesta ja motivaation puutteesta huolimatta. Ateriarytmi parantui hieman. Laihdutuskuurilla olo vähentyi selvästi. Syöminen negatiivisiin tunteisiin väheni selkeästi yhdellä tutkituista.</p>	
<p>Alkoholin lisääntynyt vaikutus syömisen hallintaan, sekä laihdutuskuurien lisääntyminen. Arvioi ottavansa useammin lisää ruokaa lautaselle. Koki ottavansa useammin lisää ruokaa lautaselle. Arvioi hotkivansa ruokansa useammin. Halu kohentaa ruokavaliota heikentyi hieman.</p>	<p>Negatiiviset muutokset syömistottumuksissa</p>
<p>DASS-pisteet alenivat molemmissa interventio ja huomiointiryhmässä selvästi. Masennus ja ahdistusoireiden merkittävä väheneminen. Tutkitut havaitsivat itse merkittäviä parannuksia masennus ja ahdistuneisuushäiriöissä. Itseluottamuksen kohentuminen voi vaikuttaa positiivisesti mielenterveyteen, vähentämällä stressiä ja ahdistusta. HADS -testin perusteella ahdistus ja masennus lievittynyt huomattavasti. Ravitsemus tukiryhmässä merkittävä parannus MADRS asteikoilla</p>	<p>Psyykkisen voinnin muutokset</p>
<p>Osallistuja tunsivat ylpeyttä itsestään, pakottaessaan itsensä epä mukavuusalueelle kokeillessaan uusia ruokia. Tyytyväisyys painoon lisääntyi hieman. Vastuun kokeminen omasta terveydestä lisääntyi hieman</p>	<p>Lisääntyneet onnistumisen kokemukset</p>
<p>Useat osallistujat kuvasivat tiedon lisääntyneen välimeren ruokavalion osalta. Osa osallistujista raportoi lisääntyneestä ravitsemus tietoisuudesta ja kiinnostuksesta oppia lisää. Ohjaajat raportoivat osallistujien tietämyksen kasvuksesta ja lisääntyneen ja ymmärryksen epä terveellisten ruokien haitallisuudesta. Ruokapajoissa osallistujat tutustutettiin aiemmin tuntemattomille ruoka-aineille, joita käytetään yleisesti Välimeren ruokavaliossa.</p>	<p>Ravitsemustietouden lisääntyminen.</p>
<p>Kaikkien osallistujien asenteet kehittyivät positiivisesti, kohti terveellisempää syömistä. Osallistujat tulivat vastaanottavaisemmiksi uudelle tiedolle ja kokivat iloa uuden oppimisesta ja terveellisestä syömisestä. Aikomukset syödä terveellisesti lisääntyi. Rohkaisi seuraamaan terveellistä elämäntapaa. Yksi osallistujista kuvasi erityisen voimakasta motivaatiota syömään terveellisesti ja pyrkimyksestä tervehtyä ja aikomuksesta palata "normaaliin elämään".</p>	<p>Positiiviset asenteet ja motivoituminen terveelliseen ravitsemukseen</p>

<p>Suuri osa osallistujista kuvasi aikomusta ja lisääntyntä itseluottamusta kokeilla uusia ja tuntemattomia ruokia. Terveysnäkökohtien huomioon ottaminen päätöksenteossa lisääntyi selkeästi</p>	
<p>Kaikki osallistujat kokivat ruoanlaittotaitojen parantuneen. Ohjelman edetessä osallistujat pystyivät itsenäisempään ruoanlaittoon, moni kuitenkin koki haasteita selviytyä itsenäisesti ruoanlaitosta. Lautasmalli oli selkeästi useammin apuna ruokavalion koostamisessa</p>	<p>Ruoanlaittotaitojen kehittyminen</p>
<p>Ruoanlaittopajat rohkaisivat osallistujia kanssakäymiseen ruokaa laittaessa ja syödessä. Osallistujat raportoivat sosiaalisen ahdistuksen vähentyneen työskennellessä toisten kanssa ruokapajoissa.</p>	<p>Sosiaalisuuden muutokset</p>

Toteutus:

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p>Lähtötilanteen kartoitus. Yksilöllisten tavoitteiden asettaminen. Ohjaaminen terveelliseen ruokavalioon. Syömiskäyttäytymisen ohjaus. Ostoskäyttäytymisen ohjaus. Ruoanlaittotaitojen tukeminen. Tietoinen syöminen. Motivointi ja innostaminen ruokaa kohtaan. Motivoiva haastattelu. Palaute. Ammattilais- ja vertaistuki. Ravitsemuksen omaseuranta. Ravitsemusohjauksen tukena olleet työkalut. Ohjaustilanteet. Vuorovaikutus ja sosiaalisuuden tukeminen.</p>	<p>Ravitsemusohjauksen toteutus.</p>	<p>Mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjaus</p>

Tulokset:

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Laboratorioarvojen muutokset. Painon muutokset. Lääkitysmuutokset.	Fysiologiset muutokset.	Mielialahäiriöpotilaan ravitsemusohjaus
Ruokavalion muutokset. Annoskoon muutokset. Positiiviset syömisen hallinnan muutokset. Negatiiviset muutokset syömistottumuksissa. Ruoanlaittotaitojen kehittyminen. Ravitsemustietouden lisääntyminen.	Taitojen kehittyminen ja muutokset syömistottumuksissa.	
Psyykkisen voinnin muutokset. Lisääntyneet onnistumisen kokemukset. Positiiviset asenteet ja motivoituminen terveelliseen ravitsemukseen. Sosiaalisuuden muutokset.	Psyykkisen hyvinvoinnin muutokset.	

Liite 2. Tutkijan taulukko

Kirjoittajat, Vuosi ja julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Tutkimuksen muoto	Keskeiset tulokset
Tolonen, U. 2011. Ruokaa mielelle	Selvittää lyhyen ratkaisukeskeisen ravitsemusohjauksen toimivuutta apuna mielenterveyskuntoutujien ravitsemuskuntoutuksen toteuttamiseen.	4 23-32 -vuotiasta masennuksen vuoksi hoidossa olevaa ylipainoista naista osallistuivat 5 viikkoa kestäväan 6:n tapaamiskerran ryhmäohjelmaan	Pro gradu -tutkielma	Ohjelma tuki kolmea neljästä osallistujasta. Masennuksesta toipuville voidaan kehittää toimiva ravitsemusryhmäohjelma. Ohjelman toimivuutta on kuitenkin tarpeen tutkia vielä tulevaisuudessa.
Jack, F. ym. 2017. The 'SMILES' trial.	Selvittää ruokavalionkohentamishjelman tehokkuutta vaikean masennusjakson hoitoon.	166 osallistujaa, joista valittiin 67. Osallistujat jaettiin ruokavalion tukiryhmään ja sosiaalisen tuen kontrolliryhmään.	12-viikkoinen rinnakkaisryhmä, satunnaistettu sokkotutkimus ruokavalio-interventio kohtalaisen tai vaikean masennuksen hoidossa.	Ruokavalion kohentaminen voi tarjota tehokkaan ja toimivan hoitomuodon psyykkiselle sairaudelle. Ohjelmasta voi hyötyä myös rinnakkaisrauksien hoitoon.
Bogomolova, S. ym. 2017. Dietary intervention for people with mental illness in South Australia	Selvittää mm.ruokakorien, kokkauspajojen ja opastettujen ostosretkien avulla välimerenruokavalioon perustuvan ravitsemusinterventioryhmän tehokkuutta vakavan psyykkisen sairauden tukena.	20 paikkaisen asumisyksikön asukkaat, jotka sairastavat skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai vakavaa masennusta.	Laadullinen Pitottitutkimus. 6 kuukauden aikana yhteensä 25 osallistujaa, joista 13 kävi koko ohjelman lävitse ja heistä 10 kävi lävitse myös kaikki haastattelut.	Hedelmä- ja kasvituntumusta lisääntyi. Ruoanlaittotaidot kohenevat. Roskaruoan kulutus väheni. Tutkimus tukee ruokavalio-ohjauksen lisäämistä mielialahäiriöisen potilaan kuntoutusohjelmaan
Forsyth, A. Deane, F. & Williams, P. 2015. A lifestyle intervention for primary care patients with depression and anxiety	Arvioida ruokavalion ja elämäntapaintervention tehokkuutta ahdistuneen tai masentuneen potilaan hoidossa.	Aineisto kerättiin 94:stä osallistujasta. Osallistujat jaettiin kahteen ryhmään, joista toinen sai lyhyttä puhelinohjausta ja toinen tapasi ravitsemusterapeutin kasvotusten.	12 viikkoinen satunnaiskontrolloitu tutkimus.	Tutkimus tukee ravitsemusterapeutin yksilöohjauksen suositusta osana masentuneen/ahdistuneen potilaan hoitoa.