

Sari Vuorinen

OPAS  
TERVEELLISESTÄ  
RUOKAVALIOSTA  
MIELENTERVEYS-  
KUNTOUTUJALLE

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Maaliskuu 2012




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences		<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  Maaliskuu 2012	
<b>Tekijä(t)</b> Sari Vuorinen		<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Hoitotyö, sairaanhoitaja amk	
<b>Nimeke</b>  Opas terveellisestä ruokavaliosta mielenterveyskuntoutujalle			
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Mielenterveyskuntoutujille ei ole tehty ravitsemus-opasta, jollaisia kyllä löytyy useammalle muulle sairausryhmälle. Lääkkeet voivat mielenterveyskuntoutujilla vaikuttaa ravinnon nauttimiseen, ravintoaineiden imeytymiseen, aineenvaihduntaan ja eritykseen, mutta myös mielenterveyshäiriöillä on vaikutus siihen millaista ravintoa syödään.</p> <p>Otin sähköpostitse yhteyttä Mielenterveyden keskusliito ry:n toiminnanohjaajaan Timo Peltovuoreen. Hän ehdotti ravitsemusopasta liiton kotisivuille, joka olisi mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaisten tulostettavissa.</p> <p>Oppaan on tarkoitus olla selkeäkielinen ja visuaalisesti helpposisältöinen, joka vastaa mielenterveyskuntoutujan kysymykseen mikä on terveellinen ruokavalio ja miksi se on tärkeä juuri heille. Oppaan tarkoitus onkin terveyden edistäminen ja omahoitoon sitouttaminen mielenterveyskuntoutujaa avohoidossa.</p>			
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> psyykkiset sairaudet ja ravitsemus, psykelääkkeet ja ylipaino			
<b>Sivumäärä</b>  27 + 3 liitettä	<b>Kieli</b>  suomi	<b>URN</b>	
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b> Liitteet 1 - 2 Liitteenä opas 7 sivua			
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Leena Uosukainen		<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Mielenterveyden keskusliitto ry	

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  Mars 2012	
<b>Author(s)</b>  Sari Vuorinen		<b>Degree programme and option</b>  Nursing, Registered nurse	
<b>Name of the bachelor's thesis</b>  A GUIDE TO HEALTHY DIETARY PRACTICES FOR MENTAL HEALTH PATIENTS			
<b>Abstract</b>  Although many patient groups already have dietary guides, up until now there has never been one for mental health patients. The medicines taken by mental health patients can affect appetite, ingestion of nutrients, metabolism and secretion. Dietary practices can also have a marked effect on mental health problems.  Contact was taken via e-mail with Timo Peltovuori, the operations director of the Finnish Central Association for Mental Health. He proposed the creation of a dietary guide which could be posted on the association's internet pages of the association and which mental health patients and their families would be able to print out.  The guide has been written in clear language with a visual style which is easy to understand, in order to explain to mental health patients about good dietary practices and why these are so important for them. The guide has an aim of increasing awareness of health issues and to aid commitment to the self-care of mental health outpatients.			
<b>Subject headings, (keywords)</b>  mental illness and nutrition, antipsychotics and obesity			
<b>Pages</b> 27 + 3 appendices	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>	
<b>Remarks, notes on appendices</b>  Attachments 1 - 2 Attachment 3 Guide 7 pages			
<b>Tutor</b>  Leena Uosukainen		<b>Bachelor's thesis assigned by</b>  The Finnish Association for Mental Health	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	MIELENTERVEYDEN KESKUSLIITTO .....	2
3	PSYKKISET SAIRAUDET JA RAVITSEMUS.....	3
3.1	Tavallisimpia psyykkisiä sairauksia .....	3
3.1.1	Skitsofrenia .....	4
3.1.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	5
3.1.3	Persoonallisuushäiriö .....	6
3.1.4	Masennus .....	7
3.2	Ravinto ja mielenterveys .....	7
4	PSYKKENLÄÄKKEET JA YLIPAINO.....	11
5	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN TERVEELLINEN RUOKAVALIO.....	14
5.1	Ruokavalion koostaminen.....	14
5.2	Ateriarytmi.....	15
5.3	Kasvisruokavaliot .....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS .....	16
7	TUOTEKEHITYSPROSESSI .....	17
7.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen .....	17
7.2	Oppaan luonnostelu .....	18
7.3	Oppaan kehittäminen .....	19
7.4	Oppaan viimeistely .....	20
8	POHDINTA .....	21
8.1	Tuotoksen tarkastelu .....	21
8.2	Oman opinnäytetyöprosessin tarkastelu ja jatkotutkimusehdotuksia .....	23
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	23
	LÄHTEET .....	24
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Idea opinnäytetyöhön lähti käytännön kokemuksista: mielenterveyskuntoutujat ovat usein ylipainoisia, syövät yksipuolisesti ja liikkuvat vähän. Työssäni olen havainnut, että heillä esiintyy metabolista oireyhtymää neljä kertaa enemmän ja aikuistyyppin diabetesriski on viisi kertaa suurempi kuin väestössä yleensä. Masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy myös enemmän metabolista oireyhtymää kuin yleisväestöllä. Tutkimukset osoittavat, että skitsofreniaa sairastavat kuolevat 25 vuotta nuorempina kuin yleisväestö. Ravinnolla on merkitystä mielenterveyteen, ja mielenterveyshäiriöillä on vaikutus siihen, millaista ravintoa syödään. (Heiskanen ym. 2010, 389 – 396; Heiskanen 2010a; Mielenterveyspotilaat kuolevat vuosia muita nuorempina 2011.)

Tiesin, että Mielenterveyden keskusliitolla on julkaisu opinnäytetyönä Mielenterveys ja liikunta ja ravitsemuksesta halusin tehdä samantyyppisen julkaisun. Tämän jälkeen kysyin Mielenterveyden keskusliitolta kiinnostusta oppaan tekemiseen. Ennen kuin aloitin työn tekemisen, kysyin oman työpaikkani yhteistyötahoilta, onko tällaiselle oppaalle tarvetta. Sai vastauksia puhelimitse ja sähköpostitse Elinakodilta, Kaavin ja Juankosken mielenterveystoimistosta sekä Nilsiä ja Juankosken mielenterveysyhdistyksiltä. Vastaukset olivat kaikki samanlaisia: mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat paljon ohjausta ravintoasioissa. Tämän jälkeen pyysin oppaalle luvan Mielenterveyden keskusliiton toiminnanohjaaja Timo Peltovuorelta. Hän ehdotti oppaan tekemistä heidän kotisivuilleen mielenterveyskuntoutujille ja heidän omaisilleen tulostettavaksi.

Mielenterveyden edistämistä on kaikki toiminta, joka vahvistaa mielenterveyttä tai vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä. Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena (tertiääri-prevention) on vähentää mielenterveyden aiheuttamaa toimintakyvyn haittaa ja mahdollisuuksien mukaan palauttaa toimintakyky. Mielenterveyttä edistävään toimintaa kuuluu näin ollen myös terveelliseen ravitsemukseen ohjaaminen. Mielenterveyshäiriöt ovat haaste, jotka saattavat rajoittaa elämän laatua, terveyttä ja toimintakykyä. (Heiskanen 2010b.)

## 2 MIELENTERVEYDEN KESKUSLIITTO

Mielenterveyden keskusliitto toimii valtakunnallisesti mielenterveyskuntoutujien ja -potilaiden sekä heidän läheisiensä etujärjestönä. Liiton ovat perustaneet mielenterveyskuntoutajat ja heidän läheisensä vuonna 1971. Jäsenedistyksiä liitolla on nykyään eri puolella Suomea 190. Liiton toimintaa tukee raha-automaattiyhdistys. Liiton puheenjohtajana toimii Pekka Sauri ja toiminnanohjaajana toimii Timo Peltovuori. Timo Peltovuorelta sain sähköpostitse luvan tehdä opinnäytetyömme Mielenterveyden keskusliiton kotisivuille.

Liitto haluaa vaikuttaa yhteiskunnalliseen asenneilmastoon ja päätöksentekoon. Pyrkimyksenä on myös lisätä ihmisten tasavertaisuutta ja psyykkisten sairauksien ymmärtämistä ja hyväksymistä. Kielteiset asenteet psyykkisiä sairauksia kohtaan vaikeuttavat mielenterveyskuntoutujien elämää. Liitto pyrkii muuttamaan näitä asenteita. Mielenterveyden keskusliiton tärkeimpiä tavoitteita on parantaa mielenterveysongelmien hoitoa sekä kuntoutumisen mahdollisuuksia. (Mielenterveyden keskusliitto ry 2011.)

Liiton periaatteisiin kuuluu tuottaa palveluja ensisijaisesti jäsenyhdistyksilleen ja niiden henkilöjäsenille sekä olla tiedon käsittelyssä ja viestintätoiminnassaan avoin ja keskusteleva. Liiton hyväksi tehtävää vapaaehtoista työtä arvostetaan erityisesti. Liiton ja sen jäsenyhdistysten toiminta on avointa kaikille. (Mielenterveyden keskusliitto ry 2011.)



Mielenterveyden  
keskusliitto

**KUVA 1. Mielenterveyden keskusliiton logo (Mielenterveyden keskusliitto ry 2011)**

### 3 PSYKKISET SAIRAUDET JA RAVITSEMUS

Erilaisilla elämäntavoilla on merkitystä mielenterveyteen. Eniten on tutkittu B-vitamiineja ja Omega -3 rasvahappojen merkitystä masennukseen. Terveellisellä ravinnolla on merkitystä mielenterveyteen ja kuntoutumiseen. (Hintikka 2006, 791 - 798.)

Kun ihmisellä on todettu jokin psyykinen sairaus, hänen kykynsä huolehtia terveellisestä ja monipuolisesta ravinnosta on heikentynyt. Hän ei ehkä jaksa laittaa ruokaa itselleen tai edes miettiä mitä kaupasta ostaisi ruuanlaittoa varten. Ruokahalun muutokset mielenterveysongelmista kärsiville ovat hyvin yleisiä. Joidenkin sairastuneiden ruokahalu saattaa kadota lähes kokonaan tai muuttua hyvinkin yksipuoliseksi, kun toisilla taas ruokahalu voi lisääntyä määrällisesti merkittävän paljon johtaen jopa ahmimisilmiöön. Vajaaravitseminen ja muun muassa erilaiset vitamiinien puutostilat ovat sidoksissa psyykkisiin sairauksiin. (Anttila & Marttila 2010.) Somaattisten sairauksien laiminlyöntiin on monta syytä, kuten alentunut toimintakyky, kognitiiviset vaikeudet, työttömyys, köyhyys sekä ennaltaehkäisevän hoidon huono saatavuus (Heiskanen 2010b).

Koska psyykkiset sairaudet kestävät yleensä vuosia, joillakin eliniän, täytyy muistaa syömisen ja sitä kautta ravitsemuksen merkittävä osuus osana terveyttä. Psyykkisillä sairauksilla on todettu olevan yhteys metaboliseen oireyhtymään sekä sydän- ja verisuonisairauksiin, tosin syytä ei noiden sairauksien yhteyksiin tarkalleen tiedetä. Sen on kuitenkin oletettu johtuvan fysiologisista vaikutuksista, elämäntavoista ja lääkityksestä aiheutuvista sivuvaikutuksista. (Anttila & Marttila 2010; Henderson ym. 2005, 1116 - 1121.)

#### 3.1 Tavallisimpia psyykkisiä sairauksia

Opinnäytetyössäni käyn läpi yleisimmät psyykkiset sairaudet. Tutkin ravinnon merkitystä näihin sairauksiin ja psyykkisten sairauksien merkitystä ravitsemukseen. Olen rajannut varsinaiset syömishäiriöt, kuten anoreksian ja bulimian, työni ulkopuolelle, koska niiden ravitsemuksesta ja ruokavalion noudattamisesta on omat ohjeensa.

### 3.1.1 Skitsofrenia

Psykoosi on mielen sairaus, jossa ihminen ei enää kykene arvioimaan todellisuutta normaalisti. Psykoosi ilmenee ihmisillä todellisuudentajun heikkenemisenä. Muutamalla prosentilla ihmisistä on psykoosioireita, ja esimerkiksi lääkkeiden, huumeiden ja erilaisten muiden päihteiden käyttö voivat laukaista ihmisessä psykoosioireita. Masennukseen, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, harhaluuloisuushäiriöön sekä äkillisiin ja hyvinkin raskaisiin elämäkokemuksiin voi myös liittyä psykoosioireita. Puhuttaessa psykoosisairauksista on skitsofrenia niistä yleisin. (Honkonen ym. 2008, 140 – 155.)

Psykoottiselle hänen harha-aistimuksensa, harhaluulonsa ja harha-ajatuksensa ovat totsia eikä hän koe olevansa sairas lainkaan. Nämä oireet aiheuttavat ihmisessä levottomuutta, unettomuutta, univaikeuksia, keskittymisvaikeuksia ja pelkoakin. Akuutti psykoosi on yleensä kestoaltaan muutamasta päivästä jopa muutamaan kuukauteen. (Honkonen ym. 2008, 140 - 155.)

Käypä hoito -suosituksen (2007) mukaan skitsofreniaa sairastaa väestöstä 0,5 - 1,5 %. Henkilöt, joilla on altistava tekijä, sairastuvat sairauteen joko sisäisen tai ulkoisen stressin seurauksena. Primaaripreventio ei ole mahdollista, vaikka hoidolla pyritään vaikuttamaan stressitekijöihin. Riskitekijöinä on lähisukulaisen skitsofrenia, raskaudenaikaiset häiriöt sekä lapsuuden/nuoruuden keskushermostovauriot. (Honkonen ym. 2008, 73.)

Skitsofrenia alkaa yleensä nuorella iällä, 15 - 45 ikävuoden välillä, ja suurin sairastuvuus osuu noin 25 ikävuoden tienoille. Skitsofreniasta voi myös kuntoutua, ja kolme prosenttia sairastuneista toipuukin kokonaan skitsofreniasta. Työssäkäyviä heistä on 1,5 - 7 % ja kokonaisvaltaisesti hyvä toimintakykykin säilyy 15 - 22 % sairastuneista. Skitsofrenian yleisyys on yhtä suuri miehillä kuin naisillakin, mutta miehillä sairaus alkaa yleensä 3 - 4 vuotta aikaisemmin kuin naisilla ja ennusteeltaan se on huonompi. Käypä hoito -suosituksen (2007) mukaan huonoon toipumisennusteeseen liittyy nuoruusiässä sairastuminen, miessukupuoli, naimattomuus sekä päihteiden käyttö. (Honkonen yms. 2008, 85.)



Skitsofreniassa toimintakyky ja todellisuudentaju heikkenevät johtuen personallisuutta koossa pitävien asioiden vähenemisestä. Skitsofreniaa sairastavan todellisuudenkuva on hämärtynyt, hän ei erota enää mielikuvitusta todellisuudesta. Hänelle tulee vaikeuksia ilmaista erilaisia tunteita, kuten vaikkapa rakkautta tai pelkoa. Myös muisti sekä tarkkaavaisuus heikkenevät. (Honkonen ym. 2008, 77 - 81.)

Yleisempien mielenterveyshäiriöiden joukossa skitsofrenian osuus korostuu sen vaikea-asteisuuden vuoksi ja näin ollen tämän sairauden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeiden osuus kaikille myönnetyistä eläkkeistä olikin maassamme vuoden 1987 lopulla jopa 31 %. (Lehtinen ym. 1989, 250; Honkonen ym. 2008, 517 - 522.)

### **3.1.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö**

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastutaan Käypä hoito -suosituksen (2008) mukaan yleensä nuorena aikuisena, mutta sairastumisikä vaihtelee lapsuudesta vanhuuteen. Ihmisillä, jotka sairastavat kaksisuuntaista mielialahäiriötä, on keskimäärin enemmän ruumiillisia sairauksia. Näistä merkittävimpiä sairauksia ovat tyypin 2 diabetes sekä verenkiertoelinten sairaudet. (Riikola ym. 2009; Honkonen ym. 2008, 196 - 197; Holmberg ym. 2008, 97 - 101.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen psyykkinen sairaus, johon liittyy vaikeaoireisia, vähäoireisia tai oireettomia vaiheita. Oireet vaihtelevat sairastuneilla maniasta masennukseen. Maniaan ja hypomaniaan liittyy puheliaisuuden lisääntyminen, unen tarpeen väheneminen, ajatustoiminnan kiihtyminen sekä fyysisen rauhattomuuden ja toimeliaisuuden lisääntyminen. Ihminen voi käyttäytyä uhkarohkeasti erityisesti maniajaksojen aikana. Silloin sairastunut voi käyttäytyä liikenteessä uhkarohkeasti tai olla talousasioissa hyvinkin harkitsematon ja piittaamaton tai päihteiden käyttö saattaa olla runsasta. Useilla sairastuneilla on itsetuhoista käyttäytymistä. (Honkonen ym. 2008, 196; Holmberg ym. 2008, 97.)

Sairastumisen alkuaikoina ihmiset harvoin hakevat apua sairautensa oireisiin, koska niitä ei tiedosteta sairauden oireiksi. Omaehtoisesti hoitoon hakeutuvat ne, joilla on pidempikestoinen tai syvä masennus, mutta maanisessa vaiheessa hoitoon ohjaututaan

yleensä Käypä hoito -suositukseen (2008) mukaan toisen aloitteesta vastentahtoiseen hoitoon. Näin hoidon aloittaminen usein viivästyy, ja hoito pitkittyy.

### 3.1.3 Persoonallisuushäiriö

Persoonallisuushäiriö ilmenee eräänlaisena käyttäytymisen tapana, joka aiheuttaa henkilölle kärsimystä. Persoonallisuushäiriöt alkavat usein jo nuorella iällä. Persoonallisuushäiriöisellä ihmisellä voi olla puutteita kyetä tulkitsemaan toisten tai edes itsensä tunteita, impulsiivista käytöstä ja vaikeuksia vuorovaikutustaidoissa. Yleensä persoonallisuushäiriöt alkavat jo lapsuudessa, nuoruudessa tai viimeistään nuorella aikuisiällä. (Honkonen ym. 2008, 517 - 522; Holmberg ym. 2008, 222 - 227.)

Myös muissakin psykiatrisissa sairauksissa esiintyy persoonallisuushäiriölle ominaisia piirteitä. Persoonallisuushäiriöt ovat yleisiä, ja 5 – 10 % aikuisista kärsiikin niistä. Persoonallisuushäiriöiden syntyyn vaikuttavat erilaiset perinnölliset tekijät, vanhempien käytökseen samaistuminen ja erilaiset lapsuuden kokemukset sekä traumat. (Honkonen ym. 2008, 517 - 522; Holmberg ym. 2008, 224.)

Persoonallisuushäiriöt ovat jaettu kolmeen eri pääryhmään. Epäluuloinen (paranoidinen), eristäytyvä (skitsoidinen) ja psykoosipiirteinen (skitsotyypinen) muodostavat persoonallisuushäiriön, jolle on tyypillistä käytöksen outous tai erikoisuus. Epäsosiaalinen (antisosiaalinen), epävakaa ("rajatila", "borderline") ja narsistinen ovat puolestaan persoonallisuushäiriöitä, joille on luonteenomaista epävakaus, emotionaalisuus sekä dramaattisuus. Estynyt, riippuvainen ja pakko-oireinen persoonallisuushäiriö on puolestaan pelokas ja ahdistunut. Henkilöllä voi kuitenkin ilmetä samaan aikaan eri persoonallisuushäiriöiden piirteitä. (Honkonen ym. 2008, 517 - 522.)

### 3.1.4 Masennus

Masennus on oireyhtymä, jossa tunne masentuneisuudesta vallitsee useiden päivien tai viikkojen, jopa kuukausien ajan. Jotta voidaan puhua masennustilasta, tulee näiden oireiden kestää yhtäjaksoisesti vähintäänkin kaksi viikkoa. Masennukseen voi liittyä myös itsetunnon heikentymistä, itsetuhoisuutta, väsymystä, unettomuutta, muutoksia ruokahalussa ja kyvyttömyyttä nauttia/tuntea mielihyvää. (Honkonen ym. 2008, 157 - 167; Holmberg ym. 2008, 71 - 72.)

Masennuksen aiheuttajaa ei tiedetä, ja joskus aiheuttaja voi olla jokin elimellinen sairaus. Näistä elimellisistä aiheuttajista yleisimpiä ovat diabetes, eri syövät, kilpirauhasen liika- tai vajaatoiminta, sepelvaltimotauti ja Parkinsonin tauti. B- ja D -vitamiinin puutos voi myös aiheuttaa masennusta. Masennus onkin diabeteksen yleinen liitännäissairaus, kumpikin on toisensa riskitekijä. Masennuksen ja sokerinsietokyvyn välillä on todettu olevan yhteys, joten kummankin hyvä hoitotasapaino on tärkeää. (Paile-Hyvärinen 2011; Holmberg ym. 2008, 95.)

Hyvin useasti itse masentunut ihminenäkään ei itse osaa sanoa, mistä masennus johtuu. Tästä johtuen masennukseen liittyvien syiden selvittäminen onkin melko vaikeaa. Ihmisissä on eroja: toiset masentuvat herkemmin kuin toiset. Masennuksesta ollaan myös sitä mieltä, että siihen liittyy osana perinnöllinen taipumus. Tutkimuksissa on osoitettu, että masentuneilla ihmisillä on poikkeavaa aivotoimintaa; välittäjäaineiden pitoisuuksien on tutkittu masentuneilla ihmisillä ja on todettu pitoisuuksien olevan normaalia alemmat. (Furman ym. 2000; Honkonen ym. 2008, 157 - 167; Holmberg ym. 2008, 95.)

### 3.2 Ravinto ja mielenterveys

Muutokset ruokahalussa ovat hyvin tyypillisiä mielenterveysongelmiin sairastuneilla. Joillakin ruokahalu voi kadota aivan kokonaan tai muuttua yksipuoliseksi, toisilla ruokahalu kasvaa, mutta on laadultaan huonoa. Masentunut ihminen voi joutua pakottamaan itsensä syömään, mutta joillekin voi tulla ahmimisjaksoja. Usein lisääntynyt ruokahalu näkyy makean syömisenä. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ihminen syö

taudin ylläpitovaiheessa melko normaalisti, mutta kun masennus- tai maniajakso on päällä, ruokailu on joko vähäistä tai runsasta. Yleisesti ottaen kaikkiin psykiatriisiin sairauksiin liittyy vajaaravitsemusta. Kun ihminen on psyykkisesti sairastunut ja hän syö huonosti, niin hän saa vähemmän ravintoaineitakin, mikä heikentää hänen jaksamistaan edelleen sekä psyykkisellä että fyysisellä asteella. Näin myös heidän psyykkisen hyvinvointikin heikentyy. (Arffman ym. 2009, 223 - 227.)

Tutkimuksissa on pystytty osoittamaan, että ravinto vaikuttaa mielenterveyteen. Keskeisessä asiassa mielialan kannalta ovatkin omega-3-rasvahapot, jotka ovat keskushermoston solukalvojen toiminnalle elintärkeitä. Erääksi masennuksen tekijäksi onkin pitkään epäilty näiden monityydyttymättömien rasvahappojen puutetta. Rasvaisissa merikalloissa (esimerkiksi lohi) tiedetään olevan erittäin suuri omega-3-rasvahappojen pitoisuus. (Arffman ym. 2009, 224 - 225.)

Kansainvälisesti on tutkittu, että niissä maissa joissa syödään paljon kalaa, on pienempi masentuneisuus kuin puolestaan niissä maissa, joissa kalaa syödään vähemmän. Tämän vuoksi rasvaista kalaa kannattaa syödä ainakin kahdesti viikossa. Mikäli ihminen ei syö lainkaan kalaa, on syytä käyttää kalaöljyvalmisteita ja kasvirasvoja ja kasviöljyjä ruokavalion tukena. (Arffman ym. 2009, 226.)

Aivot tarvitsevat glukoosia ja muita ravintoaineita, jotta ne pysyisivät toimintakykyisinä. Onkin laskettu, että aivot käyttävät jopa 25 - 35 % elimistön kaikista energiavaroista. Aivot saavatkin energiansa verensokerista tarviten sitä jatkuvasti toimiakseen, ja näin ollen keskushermoston toiminta häiriintyy, jos verensokeripitoisuus on pieni. Verensokerin tehtävänä on myös ohjailta hermojen välittäjäaineiden tuotantoa. (Erkinjuntti ym. 2009, 35 - 36.)

Folaatti ja B12-vitamiinit vaikuttavat ihmisen psyykkeeseen ja niiden saannista tulisi huolehtia. Etenkin masentuneilla ihmisillä juuri folaatin puutos on yleistä. Folaattia saadaan kasviksista, hedelmistä, marjoista ja ruistuotteista. Yleensä suomalaiset eivät kärsi B12-vitamiinin puutoksesta, mutta sen saantia voidaan turvata kohtuullisella määrällä eläinkunnan tuotteita, munaa, lihaa ja maitovalmisteita. (Arffman ym. 2009, 227.)

Psyykkisten sairauksien tiedetään vaikuttavan syömiseen hyvin monin eri tavoin ja monesti psyykkisesti sairaan henkilön oma panostus hyvinvointiinsa onkin heikentynyt ja juuri tämä näkyy suhteessa ruokaan. Hän ei esimerkiksi jaksa laittaa itse ruokaa tai edes miettiä mitä tekisi ruuaksi. Koska psyykkiset sairaudet kestävät monia vuosia tai jopa koko ihmisen eliniän, niiden vaikutukset suhteessa ravitsemustilaan ja syömiseen ovat hyvin pitkäaikaisia. (Arffman ym. 2009, 224 - 225.)

Kaikki elämäntavat, eritoten ravitsemus, vaikuttavat riskiin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin sekä metaboliseen oireyhtymään. Koska esimerkiksi skitsofreniaa sairastavalla on neljä kertaa suurempi riski sairastua metaboliseen oireyhtymään kuin muulla väestöllä, tulisi psyykkisesti sairaita ihmisiä ohjata syömään terveellisesti ja sydänystävällisesti. (Arffman ym. 2009, 224 - 225.)

Erilaisilla mittauksilla voidaan ennaltaehkäistä sairastumista sydän- ja verisuonisairauksiin ja tyyppin 2 diabetekseen. Tällaisia mittauksia on paino, pituus, verenpaine, erilaiset laboratoriotutkimukset (sokeri- ja rasva-arvot) ja vyötärön ympäryys. Tyyppin 2 diabetes on ehkäistävissä kohtuullisella liikunnalla (30 min päivässä), terveellisillä ruokatottumuksilla, painonlaskulla (jopa 5 %:in painonlaskulla on merkitystä) sekä muilla elämäntapamuutoksilla. Terveyttä edistävässä ravinnossa on kuituja 15 g/ 1000 kcal, rasvaa vähemmän kuin 30 % energian määrässä ja tyydyttyneitä rasvoja alle 10 % energian saannista. (Heiskanen 2010a.)

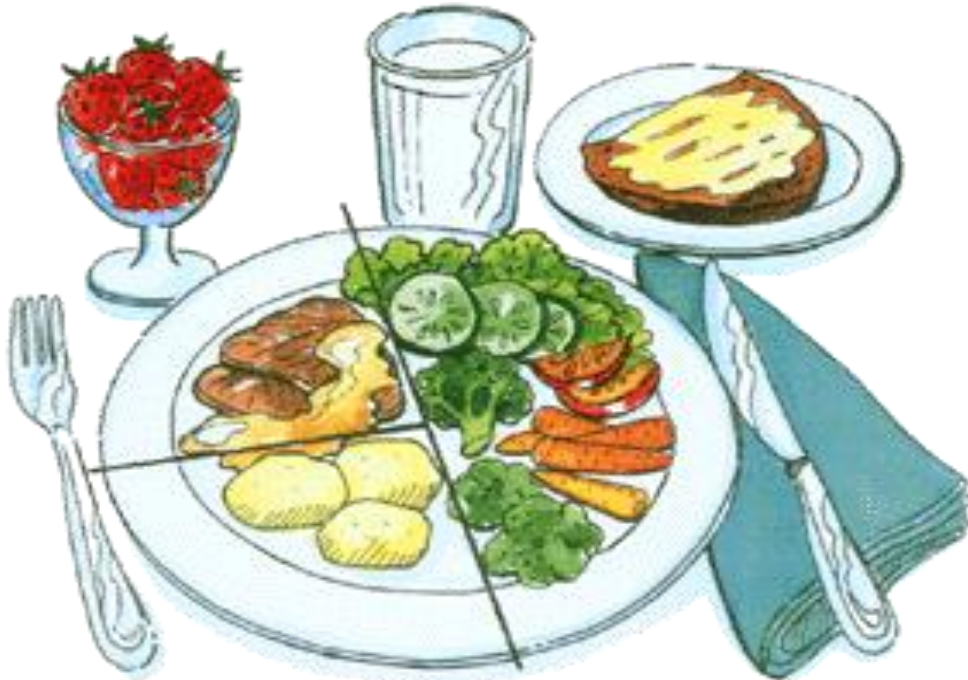
Suolaa ei pitäisi saada ravinnosta enempää kuin 5 g vuorokaudessa eli noin teelusikallinen. Liiallinen suolan saanti nostaa verenpainetta ja lisää näin riskiä sydän- ja verisuonisairauksille. Melkein kaikessa ravinnossa on lisättyä suolaa kuten leikkeleissä, juustoissa ja leivässä. (Holla ym. 2005, 5, 48.)

Kuitupitoinen ruoka auttaa painonhallinnassa, koska se lisää kylläisyyden tunnetta. Kuitupitoinen ruoka alentaa kolesterolia, hidastaa verensokerin nousua ja ehkäisee ummetusta. Aterian kuitupitoisuutta voidaan lisätä lisäämällä ruokaan leseitä sekä käyttämällä kasviksia, papuja ja linssejä. (Holla ym. 2005, 6, 70.)

## Lautasmalli

Lautasmallin avulla ruokamäärät pysyvät kohtuullisina sekä terveellinen ravitsemus toteutuu helposti. Näin turvataan riittävien kivennäisaineiden ja vitamiinien saanti. Toki yksilöllisiä erojakin voi olla, ja niistä on keskusteltava lääkärin tai ravitsemusterapeutin kanssa. Pääperiaatteessa lautasmalli tarjoaa terveellisen ruokailun avaimen (kuva 2). (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)

Lautasmallin idea on, että kaikki otetaan yhdelle ruokalautaselle ja puolet lautasesta täytetään keitetyillä tai tuoreilla kasviksilla. Neljännes lautasesta koostuu hiilihydraateista, esimerkiksi peruna, tumma pasta tai vaihtoehtoisesti riisi. Viimeiseen neljännekseen laitetaan vähärasvaista ja suolaista lihaa, kalaa, kanaa tai palkokasveja. Lisäksi tämän ruuan kanssa syödään täys- tai kokojyväleipää, jolle on levitetty kasvimargariinia. Ruokajuomana voi juoda lasillisen rasvatonta piimää tai maitoa. Kun kyse on laatikkoruoista, niin silloin puolet lautasesta on laatikkoruokaa ja puolet kasviksia. (Leskinen & Hult 2010, 52, 54; Arffman ym. 2009, 21, 26.)



**KUVA 2. Lautasmalli (THL 2009)**

#### 4 PSYYKENLÄÄKKEET JA YLIPAINO

Lihomista tapahtuu vain, jos energian saanti on suurempaa kuin kulutus. Ruokavalio voi olla virheellinen: rasvaa voi olla liikaa ja kuituja liian vähän. Jos paino alkaa lääkehoidon aikana nousta, on siihen puututtava ja parannettava mielenterveyskuntoutujan elämänlaatua sekä vähennettävä elinikää lyhentäviä riskitekijöitä. Tavoitteen saavuttamiseksi potilas tarvitsee riittävästi tukea ja käytännöllistä tietoa terveellisestä ruokavaliosta. Onnistunut painonhallinta vähentää somaattista sairastavuutta, lisää hoitoon sitoutumista ja elämänlaatua lääkehoidon ja hoidon aikana. (Raaska 2002; Koponen 2011, 729 - 733.)

Lääkkeet voivat vaikuttaa ravinnon nauttimiseen, ravintoaineiden imeytymiseen, aineenvaihduntaan ja eritykseen. Lääkkeiden vaikutus ravitsemustilaan voi olla huomattava kun lääkkeen käyttö on pitkäaikaista ja lääkkeitä on useita. Antipsykoottisten lääkkeiden tavallisimmat haittavaikutukset ovat painon nousu, sokeritaudin kehittyminen, lievät pakkoliikkeet, motorinen levottomuus ja seksuaaliset toimintahäiriöt. (Huttunen 2010; Heiskanen ym. 2010, 389 – 396; Ojala 2006; Koponen 2011, 729 - 733.)

Tietyt psykoosi- ja depressiolääkkeet voivat aiheuttaa huomattavaa ylipainoa (taulukko 1). Ylipaino on metabolisen oireyhtymän, tyypin 2 diabeteksen ja sydäntautien riskitekijä. Skitsofreniapotilaat kuolevat muuta väestöä nuorempana. Tähän syynä on tauti itse, mutta myös hoitoon käytettävät lääkkeet sekä elämäntavat, kuten epäterveellinen ravinto. Kaikki H1-reseptoriin vaikuttavat masennuslääkkeet lisäävät ruokahaluja. Kaksisuuntaista mielialaan tasaavia lääkkeitä (litium ja epilepsialääkkeet) käyttävät potilaat lihovat yleisesti yli 10 kg. Uudentyyppiset psykoosilääkkeet aiheuttavat muutoksia metaboliaan, josta on seurauksena painon nousu sekä sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Painon nousu on voimakkainta aloitettaessa lääkitystä. Tämä voi heikentää hoitoon sitoutumista. Klotsapiinilla ja olantsapiinilla on vaikutus kolesterolin-, glukoosin- ja insuliinitasoihin sekä niitä sääteleviin hormoneihin. (Laitinen 2010; Heikkinen ym. 2005, 91; Heiskanen ym. 2010, 389 – 396; Koponen 2011, 729 - 733; Saari ym. 2005, 559 - 563.) Psykoosi- ja masennuslääkkeillä on vaikutusta makuu- ja suun kuivumista sekä ummetusta. Näillä voi olla suuri vaikutus siihen, mitä kuntoutuja voi tai haluaa syödä. (Arffman ym. 2009, 59; Ojala 2006.)

Painon nousua on todettu 50 %:lla pitkäaikaista psykoosilääkitystä saavilla potilailla. Painoindeksin ollessa yli 30 kg/m<sup>2</sup> lisääntyy kuolleisuus jyrkästi. Pienikin painonnousu voi olla riskitekijänä huomattava. Skitsofreniapotilaiden sairastuvuus kardiovaskulaarisiin sairauksiin ja diabetekseen on suurempi kuin muun väestön. Vanhoista psykoosilääkkeistä painonnousuriski on pienempi pienannoslääkkeillä kuin suurannoslääkkeillä. Pitkävaikutteisten psykoosilääkkeiden, joita annetaan pistoksina, on todettu aiheuttavan potilailla merkittävää ylipainoa neljä kertaa enemmän kuin väestössä keskimäärin. Uusiin epätyypillisiin psykoosilääkkeisiin liittyy useammin ja suurempaa painon nousua kuin vanhoihin lääkkeisiin. (Raaska 2010; Heikkinen ym. 2008, 91; Heiskanen ym. 2010, 389 – 396; Heiskanen 2010a; Koponen 2011, 729 – 733.)

### **Miksi paino nousee?**

Monoamiinit, neuropeptidit ja hormonit osallistuvat ruokahalun säätelyyn, jossa hypotalamuksella on keskeinen rooli. Muutokset hypotalamuksen välittäjäaine- ja hormonijärjestelmässä vaikuttavat syömiskäyttäytymiseen ja energia-aineenvaihduntaan. Serotoniini- histamiini- ja dopamiinijärjestelmä osallistuvat painon säätelyyn. Osa psykoosilääkkeistä vaikuttaa näihin välittäjäainejärjestelmiin. Psykoosilääkkeillä on myös antihistamiinivaikutuksia ja antihistamiinit lisäävät ruokahalua. Klotsapiinin (Leponex) ja olantsapiinin (Zyprexa) vaikutus painon nousuun liittyy leptiiniipitoisuuden nousuun, joka on energia-aineenvaihdunnassa keskeinen hormoni. Klotsapiinia saavilla potilailla saattaa esiintyä myös ahmimista. (Heiskanen ym. 2010, 389 - 396; Henderson ym. 2005, 1116 - 1121; Koponen 2011, 729 – 733; Raaska 2002; Salokangas 2001, 5271.)

Skitsofreniapotilaiden ylipaino on sidoksissa genetiikkaan, elintapoihin ja lääkehoitoon. Ruokailutavat voivat olla epäterveellisiä ja liikunta vähäistä. Myös oirekuvana negatiiviset ja kognitiiviset oireet voivat lisätä painon nousua. Masennuksessa jaksaminen ja aloitekyvyttömyys, sosiaalinen eristäytyminen ja usein liika alkoholin käyttö lisää ylipainon riskiä. Maanisessa psykoosissa kontrolloimaton syöminen ja ahmiminen voivat johtaa laihtumiseen, suurin painon nousu liittyy alipainoisiin potilaisiin. (Raaska 2002; Koponen 2011, 729 - 733; McElroy 2009.)



**TAULUKKO 1. Eniten painon nousua aiheuttavat psykelääkkeet (Raaska 2002; Heiskanen ym. 2010, 389 – 396; Heiskanen 2010a; Koponen 2011, 729 – 733)**

Lääkeaine	Painonnousu
Psykoosilääkkeet	
Klooripromatsiini	+++
Klotsapiini	+++
Olatsapiini	+++
Tioridatsiini	++
Ketiapiini	++
Risperidoni	+
Masennuslääkkeet	
Trisykliset antidepressantit	+++
Mirtatsapiini	+++
Mielialantasaajat	
Litium	+++
Valporaatti	+++
Karbamatsepiini	+

- +++ voimakkaasti kohonnut riski  
 ++ kohtalainen riski  
 + lievästi kohonnut riski

Painon nousuun voivat olla syynä myös somaattiset sairaudet, jotka on aina syytä selvittää. Lihavuuden käypä hoito -suosituksissa aikuisille (2011) mukaan hoidon pitäisi tavoittaa kaikki joilla on lihavuuteen liittyviä liitännäissairauksia tai vaikea lihavuus (BMI yli 35). Tässä käypä hoito -suosituksen ensisijainen hoito on elintapaohjaus, jonka pitää olla suunnitelmallista ja keskittyä ravinto- ja liikuntaohjaukseen.

### **Ylipainoisuuden hoito**

Painonhallinnassa elämäntapaohjaus on keskeistä. Lihavuuden hoidossa ruokavaliolla on keskeinen rooli, koska laihtumista voi tapahtua vain, jos energiatasapaino on negatiivinen. Ruokavalioidon tulee olla pitkäjännitteistä ja seurannan kattavaa. Liikunta on toinen tärkeä elementti painonhallinnassa. Suositus on 30 - 45 minuuttia liikuntaa

vähintään kolmesti viikossa. Ruokavalio-ohjaus, liikunnan lisääminen ja myönteisten terveystottumusten tukeminen ovat tärkeitä ylipainoisuuden hoidossa. (Koponen 2011, 729 – 733.)

## **5 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN TERVEELLINEN RUOKAVALIO**

Mielenterveyskuntoutujilla on usein ylipainoa sekä epäterveelliset ravitsemustottumukset. He tarvitsevat tietoa ja tukea toteuttaakseen terveellisiä elämäntapoja. Oppaan tavoitteena on lisätä mielenterveyskuntoutujien tietoa terveellisestä ravitsemuksesta sekä sen merkityksestä omaan hyvinvointiin.

### **5.1 Ruokavalion koostaminen**

Ravitsemus määrää tärkeän osan kokonaisvaltaista hyvinvointiamme, ja siksi siihen tulisikin panostaa riittävästi. Esimerkiksi väsymyksen taustalta syy voi löytyä huonosti ja yksipuolisesti koostuvasta ruokavaliosta taikka liian pitkistä ateriaväleistä. Hyvän aterian koostamiseen on kehitelty avuksi lautasmalli. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)

Ruokavalion terveellisyys ratkaistaan jokapäiväisillä valinnoilla, jolloin harvemmin käytetyillä elintarvikkeilla on vähemmän merkitystä. Suositusten mukaisen ruokavalion tulisi sisältää kasviksia, hedelmiä, perunaa, marjoja, täysjyvävalmisteita, maitotuotteita, kalaa, lihaa sekä kananmunia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)



**KUVA 3. Ruokaympyrä (THL 2009)**

Hyvä ruokavalio on maukasta, monipuolista ja värikästä. Ruokaa tulee syödä sopivasti niin, että energiansaanti vastaa kulutusta. Ravitsemuksen hyvä laatu koostuu siitä, että syödään monipuolisesti ja vaihtelevasti. Ruokaympyrää hyväksikäyttäen voidaan todeta, että monipuoliseen ravintoon kuuluu viljaa, kasviksia ja hedelmiä ja marjoja, maitovalmisteita, ravintorasvoja sekä lihaa ja kalaa ja kananmunaa. (Aro ym. 2007, 56 - 62.)

## 5.2 Ateriarytmi

Säännöllinen ateriarytmi on suositeltavaa terveyden kannalta. Aterioiden lukumäärä ja ajankohdat ovat vaikeita määrittää, koska ne ovat yleensä kulttuurisidonnaisia. Säännöllisyydellä tarkoitetaan, että päivittäin olisi tarkoitus syödä yhtä monta kertaa ja suunnilleen samoihin aikoihin. Ateriarytmin säännöllisyydellä pyritään ehkäisemään napostelua, hampaiden reikiintymistä sekä auttamaan painonhallinnassa. Epäsäännöllinen ateriarytmi voi muun muassa aiheuttaa verensokerin laskua sekä väsymystä ja samalla vaikuttaa negatiivisesti mielenterveyteen. Ateriat tulisi nauttia 3 - 4 tunnin välein (näihin lasketaan myös välipalat) ja päivän ateriat pitävät sisällään 2 - 3 pääateriaa sekä pari järkevää välipalaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)

### 5.3 Kasvisruokavaliot

En käsittele opinnäytetyössäni muita erityisruokavaliota kuin kasvisruokavaliota. Toki mielenterveyskuntoutujilla on muitakin erityisruokavaliota kuten muullakin väestöllä, muun muassa kihtiä, gluteenitonta ja laktoositonta ruokavaliota. Näistä on olemassa omat ohjeet, joita on syytä käyttää myös mielenterveyskuntoutujien ruokailussa. Uusia ruokavaliota tulee, ja uusimpana niistä on karppaus, joka keskittyy hiilihydraattien vähäisyyteen. Henkilön jolla on jokin pitkäaikaissairaus/lääkitys ja haluaa aloittaa jonkin erityisruokavaliion, on syytä keskustella asiasta omahoitajan tai lääkärin kanssa.

Kasvisruokavaliota noudattaa tänä päivänä moni mielenterveyskuntoutuja joko eettisistä tai muista syistä. Kasviruokavaliota noudattavan on otettava joitakin erityisiä asioita huomioon ravinnon saannissaan, kuten että useita B-vitamiineja ei saada riittävästi jos ei nautita maitotuotteita, lihaa ja kananmunia. Jos ei syödä lainkaan eläinkunnan tuotteita, ei elimistö saa B12-vitamiinia. B12 -vitamiinin puutos aiheuttaa neurologisia oireita, kuten harhatunteita, kävelyvaikeutta ja muistin heikkenemistä. Useiden epilepsialääkkeiden, ehkäisytablettien ja levodopan seurauksena B12 -vitamiinin imeytyminen ja aineenvaihdunta on lisäksi heikentynyt. (Aro ym. 2007, 65; Arffman ym. 2009, 23 - 25.)

Kasvisruokavaliion tulee sisältää päivittäin erilaisia viljavalmisteita, perunaa, juureksia, palkokasveja ja muita kasviksia, pähkinöitä, hedelmiä ja marjoja. Olisi hyödyllistä täydentää ruokavaliota maitotaloustuotteilla ja/tai kananmunalla. Annoskokojen on syytä olla suurempia, koska kasvisruoan energia- ja proteiinipitoisuus on pienempi kuin sekaravinnon. (Aro ym. 2007, 66.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoitus on tehdä opas terveellisestä ravitsemuksesta mielenterveyskuntoutujille tulostettavaksi Mielenterveyden keskusliiton kotisivulta. Oppaan on tarkoitus olla kieleltään selkeä ja visuaalisesti helpposisältöinen ja se vastaa mielenterveyskuntoutujan kysymykseen, mikä on terveellinen ruokavalio ja miksi se on tärkeä juuri hänelle.

## 7 TUOTEKEHITYSPROSESSI

### 7.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Työskennellessäni mielenterveyskuntoutujien parissa olen havainnut, että he tarvitsevat ajantasaista tietoa terveellisestä ravinnosta. Sairaaloiden henkilökunnalla on mahdollisuus käyttää apunaan moniammatillista henkilökuntaa ravitsemusasioissa, mutta avo- ja yksityispuolella ”kättä pidempää” ei useinkaan ole. Mielenterveyskuntoutujille ei ole tehty ravitsemus-opasta, jollaisia kyllä löytyy useammalle muulle sairausryhmälle. Lääkkeet voivat vaikuttaa ravinnon nauttimiseen, ravintoaineiden imeytymiseen, aineenvaihduntaan ja eritykseen, mutta myös mielenterveyshäiriöillä on vaikutus siihen, millaista ravintoa syödään.

Ilpo Tauriainen (2010) suosittelee käytettävän Diabetesliiton kotisivuilla olevaa riskitestiä, jotta kuntoutuja voi mitata millainen riski hänellä on sairastua diabetekseen. Tämä onkin helppo testi, jonka voi kuka tahansa tehdä, kunhan omistaa tietokoneen ja nettiyhteyden. Tuula Heiskanen (2010a) tähdentää, että niiden joilla on korkea riski sairastua diabetekseen, on syytä saada elintapaohjausta muun muassa ravinnon ja liikunnan merkityksestä sairauden ehkäisyssä. Tällaisia ovat ne kuntoutujat, jotka ovat sairastaneet sydän- ja valtimotapahtuman tai joilla on ollut raskausdiabetes tai joilla on todettu heikentynyt sokerin sietokyky. Koponen (2011) tähdentää artikkelissaan, että paino-ongelmaisten mielenterveyden häiriöitä kärsivien hoidossa tarvitaan säännöllistä seuranta.

Skitsofreniapotilaiden somaattisen terveydentilan seurannassa ja hoidossa on puutteita. Potilaat eivät kykene toteuttamaan seuranta itsenäisesti, koska heidän toimintakykynsä ja kivun tuntemuksensa ovat heikentyneet. Heillä oireiden tunnistaminen on huonoa kognitiivisista ongelmista johtuen, ja heillä on myös vaikeutta kuvata oireita. (Heiskanen ym. 2010, 389 - 396.)

Jämsän ja Mannisen (2000, 29) mukaan tuotekehityksen ensimmäinen vaihe on kehitystarpeen tunnistaminen. Ennen kun aloitin työn tekemisen, kysyin eri yhteistyötahoilta onko tällaiselle oppaalle tarvetta. Sain vastauksia puhelimitse ja sähköpostitse

Elinakodilta, Kaavin ja Juankosken mielenterveystoimistosta sekä Nilsiän ja Juankosken mielenterveysyhdistyksiltä. Vastaukset olivat kaikki sen sisältöisiä, että mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat paljon ohjausta ravintoasioissa. Tämän jälkeen pyysin luvan oppaalle Mielenterveyden keskusliiton toiminnanohjaaja Timo Peltovuorelta. Hän ehdotti oppaan tekemistä järjestön kotisivuille kaikkien tulostettavaksi. (ks. Jämsä & Manninen 2000, 29.)

## 7.2 Oppaan luonnostelu

Tiesin, että Mielenterveyden keskusliitolla on opinnäytetyöjulkaisu Mielenterveys ja liikunta. Mietin, voisiko ravitsemusasioista olla samanlainen julkaisu. Otin sähköpostitse yhteyttä MTKL:n toiminnanohjaajaan Timo Peltovuoreen. Hän innostui aiheesta, mutta totesi rahan niukkuuden olevan este painetulle oppaalle. Hän ehdottikin MTK:n kotisivuille opasta, joka olisi kaikkien tulostettavissa. (Jämsä ym. 2000, 35.)

Terveyden edistäminen ja terveiden elämäntapojen esille tuominen uusilla keinoilla on tätä päivää. Internet ja sähköinen media on väylä, joka on helposti saatavilla. Nykyaikaiset terveyslaskurit ja riskikartoitukset auttavat motivaation löytymisessä. Henkilö voi omista lähtökohdistaan asettaa omat tavoitteensa ja seurata omaa edistymistään. Jo sairastuneilta tämä voi auttaa tukemaan omahoitoaan. Oppaan tarkoitus onkin terveyden edistäminen ja omahoitoon sitouttaminen avohoidossa. (ks. Saarelma 2011.)

Luonnosteluvaihe alkoi tutkimusten ja teorian tiedon keräämisellä. Löysin oppaaseen helposti asiat, jotka siinä on vähintään oltava. Valitsin sarjakuvamaisen piirrostekniikan kuvien pohjaksi. Tekstien tulee olla lyhyitä, koska oleellinen on oppaasta löydettävä helposti. Ulkoasun tulee olla tulostettuna selkeä, eikä siinä voi olla liikaa sivuja. Selkeäkielinen opas toimii hyvin pohjana, kun mielenterveyskuntoutuja haluaa syventää tietämystään ravitsemuksesta, esimerkiksi omahoitajan kanssa mielenterveystoimistossa. (Jämsä ym. 2000, 43.)

Terveyden edistämisen aineisto on laajentunut, kun muun muassa Internetistä on saatavilla aineistoa helposti. Järjestöt tuottavat paljon terveyden edistämisen materiaalia. Sairauksien ehkäisyyn tarkoitettu aineisto kohdentuu tiettyyn terveysongelmaan. Ai-

neiston käyttökelpoisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta arvioin saamastani palautteesta. (ks. Rouvinen-Wilenius 2008.)

### 7.3 Oppaan kehittäminen

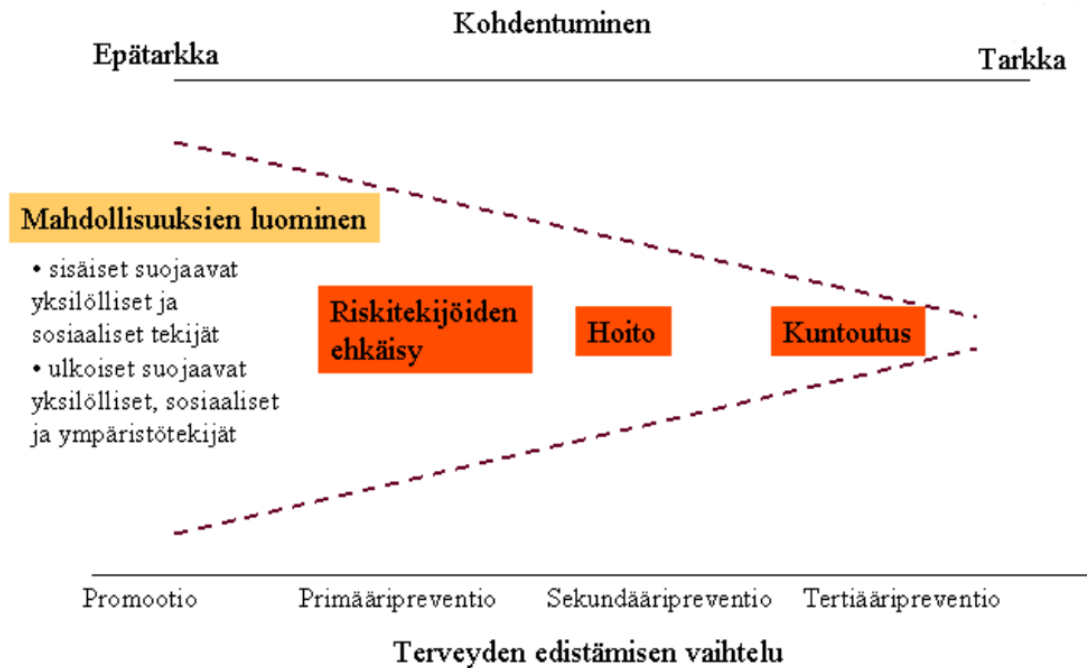
Teoreettista tietoa hakiessani totesin, että terveellisestä ravinnosta ja ruokavaliosta on paljon tietoa ja julkaisuja. Mielenterveyden häiriöistä ja sairauksista on myös paljon tietoa, useissa lähteissä viitataan myös ravitsemukseen. Lähteissä ei kuitenkaan perustella, miksi mielenterveyskuntoutujilla on ravitsemukseen liittyviä ongelmia niin paljon. Tästä johtuen jouduin keräämään aineistoa useata erityyppisestä lähteestä. Luin eri artikkeleista, miten eri lääkkeet vaikuttavat ravintoaineiden imeytymiseen, aineenvaihduntaan ja eritykseen. Tätä teoretietoa myös mielenterveyskuntoutujat haluavat ja tarvitsevat. (Jämsä ym. 2000, 47.)

Käsitteitä, joita oppaassa on hyvä olla kuvoin tai selkokielellä:

- metabolinen oireyhtymä -> kriteerit
- ummetus
- energiantarve/vrk
- ruokarytmi/ruokavalio
- verenpaineen/pulssin ja painon seuranta
- muistutus labroista vuosittain (verensokeri, rasvapaketti)

Lähteinä käytän Sydänliiton ja Diabetesliiton kotisivuja sekä Terveyskirjaston artikkeleita. Oppaaseen tulee suorat linkit niille sivuille, joita olen oppaassa käyttänyt. Sieltä mielenterveyskuntoutuja voi hakea myös lisää tietoa kyseisestä asiasta.

Tämän oppaan aineisto on riskilähtöistä ja kohdentuu sairauteen, oireisiin ja riskitekijöihin. Oppaalla luodaan promootio (kaavio 1) eli yksilöllä on mahdollisuus huolehtia omasta terveydestä jo ennen sairauksien ja ongelmien syntyäkin. Omavoimaistamisen edistäminen ja muutos elämäntavoissa on oppaan tarkoitus. (Rouvinen-Wilenius 2008.)



**KAAVIO 1** Terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus (Rouvinen-Wilenius 2008, 6)

#### 7.4 Oppaan viimeistely

Oppaan ulkoasusta halusin positiivisen ja helppolukuisen. Minä toivon oppaan luovan positiivisen kiinnostuksen terveellisestä ravinnosta mielenterveyskuntoutujalle. Kun opas on helppolukuinen ja kuvat mukavia, uskon oppaan herättävän positiivisen kiinnostuksen asiaan. Valitsin sarjakuvamaiset piirroukset oppaaseen, koska ne tuntuivat sopivan tähän hyvin. Pyysin Teemu Niemeä (opiskelija Savonia amk, Kuopio) piirtämään erilaisia kuvia aiheeseen liittyen. Valitsin näiden kuvien joukosta parhaat kuvat, jotka pääsivät lopulliseen oppaaseen.

Oppaan kuviksi valitsin:

- ruokaympyrä
- lautasmalli aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala
- vyötärön ympäryksen mittaus
- verenpaineen mittaus, vaaka

Näissä on käytetty lähteinä Sydänliiton ja Diabetesliiton kotisivuja sekä Valtion ravitsemuskeskuksen viimeisimpiä ravitsemussuosituksia.



Kun opas oli luonnosteltu, kysyin käyttäjien mielipidettä kirjallisesti ennen julkaisua. Lähetin kyselyn Juankosken Soihtu ry päivätoimintaan osallistuville mielenterveyskuntoutujille ja Elinakodin asukkaille (yksityinen mielenterveysshoitokoti) sekä Timo Peltovuorelle MTKL:oon. (ks. Jämsä ym. 2000, 48.)

Aineistoani arvioitiin eri ammattiryhmissä: psykiatrian erikoislääkäri, erikoissairaanhoitaja, sairaanhoitaja, toiminnanohjaaja yrityksestä sekä yhdistyksestä ja tilaajan toimesta ravitsemusterapeutti. Nämä palautteet olen käynyt ohjaavan opettajani kanssa läpi ja tehnyt korjaukset opinnäytetyöhön sekä oppaaseen. Palautetta pyysin myös kohderyhmältä eli mielenterveyskuntoutujilta. Heidän palautteen sain suullisesti Elinakodin vastaavalta sairaanhoitajalta, eikä siinä ollut ehdotuksia miten korjata työtäni. Mielenterveyskuntoutujien palaute oli todella kannustava ja se herätti heillä mielenkiinnon terveelliseen ravintoon. He pysyivät huomioimaan, että oppaassa ei saa olla liikaa tekstiä ja että kuvat voisivat olla pääroolissa. Vaikka en saanut paljon korjausehdotuksia, sain palautteissa vahvistuksen, että oppaassa on oleelliset asiat tiivistetty. Hyvää palautetta sain myös oppaassa olevat suorat linkit, joiden avulla voi helposti syventää tietoa ravitsemusasioissa.

## **8 POHDINTA**

### **8.1 Tuotoksen tarkastelu**

Työskentelen mielenterveyspotilaiden parissa, joten opinnäytetyön aihe kiinnosti minua henkilökohtaisesti ja toi siihen lisää näkökulmaa. Opinnäytetyö syvensi omaa asiantuntemustani aiheeseen sekä antoi valmiutta ohjata mielenterveyspotilaita ravitsemusasioissa. Mielestäni aihe on ajankohtainen, mutta myös tulevaisuuteen suuntaava. Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. (ks. Airaksinen & Vilka 2003.)

Mielenterveyden häiriöt ovat vakavia sairauksia ja niiden hoidossa ja kuntoutumisessa lääkkeillä on suuri merkitys. Jotta saavutetaan hyvä hoitovaste, on syytä kiinnittää huomiota lääkkeiden haittavaikutuksiin kuten lihomiseen. Hyvä ohjaus ja seuranta

vähentävät elämänlaatua heikentäviä liitännäissairauksia. Jo ennen lääkityksen aloittamista tulisi kartoittaa anamneesilla riskitekijät sydän- ja verisuonisairauksille ja metaboliselle häiriölle. (Koponen 2005, 729 – 733.)

Matti Uusituvan (2001) mukaan metabolisen oireyhtymän riskitekijät ovat perinnöllinen alttius, ravitsemushäiriö, lihavuus ja liikunnan puute. Uusitupa pitää tehokkaimpana täsmähoitona metataboliseen oireyhtymään terveellistä ruokavaliota, säännöllistä liikuntaa ja laihduttamista. Uusitupa toteaa, että kunnollisella potilasohjauksella päästään hyviin tuloksiin riskitekijöiden ehkäisyssä. Tekemäni opas voi toimia avohoidossa mielenterveyskuntoutujalle kuntoutumisen tukena tässä asiassa.

Tarkastelin itse kriittisesti tuotetta eli opasta terveellisestä ravitsemuksesta mielenterveyskuntoutujalle, ja pyysin palautetta oppaan ollessa luonnosvaiheessa. Mielenterveysyhdistys Soihdun palaute oli kannustava, koska palautteessa he kertoivat jo nyt keskustelleensa opasta tarkastellessaan yllättävän paljon terveellisestä ravinnosta. Palautteen sain suullisesti yhdistyksen puheenjohtajalta. He pitivät oppaan antia keskustelun herättäjänä ja totesivat, että siinä on kaikki oleellinen huomioitu. Opasta pidettiin selkeänä ja havainnollisena, eikä sitä heidän mukaansa ollut turhaan paisuteltu.

Opas ei ole laihdutusopas eikä siinä oteta kantaa erityisruokavalioihin vaan se perustuu nykyiseen Valtioin ravitsemuskeskuksen suositukseen (2005). Juuri nyt tiedotusvälineissä puhutaan paljon muun muassa karppauksesta, mutta tutkittua tietoa tämän ruokavalioin terveydellisistä vaikutuksista ei ole. Netissä keskustelu eri ruokavaliota, ja varsinkin laihduttamisesta, käy vilkkaana.

MTKL:n palautteiden jälkeen Timo Peltovuori oli tyytyväinen oppaaseen. Hän oli koko prosessin ajan kannustava ja pidimme yhteyttä sähköpostitse säännöllisesti. Esiytseminaarikutsun lähettämisen jälkeen Timo Peltovuori lähetti arvioinnin työstäni kotiini. Arvioinnissa hän käytti Mikkelin ammattikorkeakoulun kaavaketta ja hän arvioi työni kiitettäväksi. Hän on pyytänyt, että ilmoitan hänelle kun olen saanut työlleni julkaisuluvan. Opas tullaan julkaisemaan sen jälkeen MTKL:n kotisivulla.

## 8.2 Oman opinnäytetyön prosessin tarkastelu ja jatkotutkimusehdotuksia

Suunnitelmaseminaari oli syksyllä 2011. Opasta olin aloittanut tekemään jo kesällä, ja lokakuussa alussa 2011 oppaan luonnos oli valmis lähetettäväksi käyttäjien katseltavaksi. Yllätyksekseni myös MTKL:n ravitsemusterapeutti kommentoi opasta kriittisesti. Häneltä sain ravitsemuksen tietämystä ja ideoita lopulliseen oppaaseeni. Vaikka oppaan tekeminen oli helppoa, ei raportin tekeminen sitä ollut. Raportin saattaminen mamk:n ohjeiden mukaiseen ulkoasuun oli minusta suurin haaste tässä projektissa. Tiedon kerääminen ja aiheen rajaaminen oli haastavaa. Tähän apuna käytin ohjausta opettajilta ja työpaikalla kollegoilta sekä osaston lääkäriltä.

Esitysseminaarin pidin 29.3.2012 ja samana päivänä tein myös kypsyysnäytteen. Esitysseminariin tein oma-arvioinnin sekä esitin MTKL:n arvioin työstäni. Omassa arvioinnissa olin tyytyväinen raportin tietopuoleen sekä oppaaseen. Työni tulokseen huonontavasti vaikutti hieman se, että työ aloitettiin kolmen opiskelijan voimin ja lopulta teinkin työn yksin loppuun.

Mielenkiintoinen jatkotutkimuskohde olisi tarkastella miten paljon oppaaseen on tutustuttu ja opasta on tulostettu MTKL:n sivulta ja se onko opas herättänyt keskustelua terveellisestä ravinnosta. Opas, jonka mielenterveyskuntoutuja saisi apteekista hakiesaan lääkkeitään, olisi myös hyödyllinen.

## 8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyöni tarkoitus oli valmistaa tuote/opas mielenterveyskuntoutujalle terveellisestä ravinnosta. Noudatin tuotekehitysprosessin viittä vaihetta tässä prosessissa. Tuotekehitysprosessin eri vaiheet olen kuvannut opinnäytetyössäni. (Jämsä & Manninen 2008.)

Opinnäytetyöni alkoi vauhdilla ja sain ideapaperin valmiiksi ilman suurempaa ponnistusta. Idean jälkeen materiaalin kerääminen oli työlästä, ja aiheen rajaaminen oli järkevää. Aluksi työtä oli tekemässä kolme, mutta ideavaiheessa yksi jättäytyi pois, ja suunnitelmavaiheessa yksi tekijöistä sairastui ja jäi pois työstä. Jatkoisin opinnäytetyötä

suunnitelman jälkeen yksin ja olen tehnyt työtä ahkerasti aina, kun aika on antanut myöten.

Olen käyttänyt opinnäytetyössäni luotettavia asiantuntijoiden laatimia kirjoja, artikkeleita ja tutkimuksia. Löysin yllättävänkin paljon aiheeseeni liittyvää materiaalia. Tyypillinen tutkimusetiikan ongelma on tekstien suora plagiointi ja toisen tekstin väärentäminen (Kuula 2006, 21, 23). Olen pyytänyt käyttäjiltä sekä ammattihenkilöstöltä kommentteja ja palautetta. Palautteen perusteella hioin opasta käyttäjäystävällisemmäksi sekä positiivisempaan suuntaan. Yksi palaute oli tyrmäävä, mutta hän ei ollut lukenut raporttiosuutta ja kommentoi opasta niin, että se tulisi ammattilaisten työkaluksi. Ammattilaisille on saatavilla erilaisia ravitsemuksen oppaita kohtuullisen paljon, mutta selkeäkielistä opasta mielenterveyden kuntoutujille ja heidän omaisilleen ei ole tehty aikaisemmin. Mielenterveyskuntoutujat ja heidän omaisensa ovat tämän oppaan kohderyhmä.

## LÄHTEET

Anttila, Tuija & Marttila, Minna 2010. Käsikirja henkilökunnalle mielenterveyskuntoutujien kokonaisvaltaisen terveyden seuraamiseen Palvelukoti Huvikummusa. Laurea Hyvinkää. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Arffman, Seija, Partanen, Raisa, Peltonen, Heidi & Sinisalo Laura (toim.) 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita. 59, 223 - 227.

Aro, Antti, Mutanen, Marja & Uusitupa Matti (toim.) 2007. Ravitsemustiede. Jyväskylä: Duodecim.

Erkinjuntti, Timo, Hietanen, Marja, Kivipelto, Miia, Strandberg, Timo & Huovinen Maarit 2009. Pidä aivosi kunnossa. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Furman, Ben & Valtonen Jussi, 2000. Jossakin on ilo. Juva: Lyhytterapia-instituutti Oy.

Heikkinen, Martti, Henrikson, Markus, Lönnqvist, Jouko, Marttunen, Mauri & Partonen Timo (toim.) 2008. Psykiatria. Jyväskylä: Duodecim

Heiskanen, Tuula, Niskanen, Leo & Koponen Hannu 2010. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. Lääkärilehden artikkeli 5: 389 – 396.

Heiskanen Tuula 2010a). Somaattisen terveydentilan huomioiminen skitsofreniapotilailla. KYS/Aikuispsykiatrian tulosityksikkö. Os. 2724 suunnittelupäivä 14.4.2010.

Heiskanen Tuula 2010b. Skitsofreniaa sairastavien somaattinen hoito – nykytilanne. KYS/Psykiatrian klinikka Aikuispsykiatrian yksikkö. Yhteistyöpalaveri 20.5.2010.

Hendersen, D.,C, Nguyen, D.,D & Copeland P.,M 2005. Clozapine, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and cardiovascular risks and mortality: results from a 10-year naturalistic study. J Clin Psychiatry 66, 1116 – 1121.

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

Holla, Tuija, Koivisto, Pirjo, Orell-Kotikangas, Helena & Rajala Anna-Liisa 2005. Sydämellisen hyvää. Porvoo: Sydänliitto.

Holmeberg, Nils, Karila, Irma & Kähkönen Seppo (toim.) 2008. Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Duodecim

Huttunen, Matti 2010. Psykykenlääkkeet. WWW-artikkeli.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>. Päivitetty 23.7.2010. Luettu 1.11.2010.

Jokinen Tapani 2001. Tuotekehitys. Helsinki: Hakapaino.

Jämsä, Kaisa & Manninen Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysala. Helsinki: Tammi.

Koponen, Hannu 2011. Painon nousu psykelääkkeiden haittavaikutuksena. Lääkäri-lehden artikkeli 9, 729 – 733.

Koponen, Hannu, Saari, Kaisa, Lindeman, Sari, Savolainen, Markku, Hietala, Jarmo & Isohanni, Matti 2005. Psykoosilääkehoitoon liittyvien metabolisten muutosten seuranta. Suomen Lääkärilehden yleisartikkeli 60(16), 1795 – 1799.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino. 21, 23.

Käypä hoito – suositus 2008. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Terveysportti, www-kotisivut. Päivitetty 21.10.2008. Luettu 27.11.2011

Käypä hoito – suositus 2011. Lihavuus (aikuiset). Terveysportti, www-kotisivut. Päivitetty 17.1.2011. Luettu 27.11.2011.

Käypä hoito – suositus 2007. Skitsofrenia. Terveysportti, www-kotisivut. Päivitetty 20.12.2007. Luettu 27.11.2011.

Laitinen, Kirsi 2010. Kuopion lääkeinformaatiokeskus Apteekkari 10/2007. PDF-dokumentti. <http://www.kuopionlaakeinformaatiokeskus.fi/kysymys/kysymys10-07.pdf>. Luettu 1.11.2010.

Lehtinen, Ville, Alanen, Yrjö O., Anttinen, Erik E., Eerola, Kaija, Lönnqvist, Jouko, Pylkkänen, Kari & Taipale, Vappu 1989. Sosiaalipsykiatria. Helsinki:Tammi.

Leskinen, Tommi & Hult, Hanna-Maria 2010. Kokonaisvaltainen hyvinvointi. Helsinki: Tammi.

McElroy, S. 2009. Obesity in patients with severe mental illness: Overview and management. J Clin Psychiatry 70, 12 – 21.

Mielenterveyden keskusliitto ry 2011. WWW-kotisivut. <http://www.mtkl.fi/>. Ei päivitystietoja. Luettu 1.11.2011.

Mielenterveyspotilaat kuolevat vuosia muita nuorempina. STT artikkeli 1.6.2011.

Ojala, Raimo 2006. Lääkkeiden vaikutus ravitsemukseen ja ruokailuun. WWW-kotisivut. KYS Intranet hoito-ohjeet. Päivitetty 25.1.2006. Luettu 26.9.2011.

Paile-Hyvärinen, Maria 2011. Depression and Cognition in Type 2 Diabetes from a Life Course Perspective. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Paturi, Merja 2009. Ravitsemussuositukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-kotisivut. <http://www.ktl.fi/portal/7031>. Päivitetty 20.8.2009. Luettu 2.5.2011.

Raaska, Kari 2002. Psykoosilääkkeet ja painonnousu. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92732.pdf>. Luettu 1.11.2010.

Rouvinen-Wilenius, Päivi 2008. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto, kriteeristä aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. Terveyden edistämisen keskus. PDF-dokumentti. [http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2008/2008\\_003.pdf](http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2008/2008_003.pdf). Päivitetty 2008. Luettu 29.9.2011.

Saari, K., Lindeman, S., & Viilo K. 2005. 4-fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *J Clin Psychiatry* 66, 559 - 563.

Saarelma, Osmo 2011. Terveyttä sähköllä. WWW-dokumentti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kol00200](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kol00200). Kirjoitettu 9.8.2011. Luettu 27.9.2011.

Salokangas, Raimo K.R. 2001. Psykoosilääkkeiden pitkäaikainen käyttö lisää veren leptiiniipitoisuuksia. *Suomen Lääkärilehden artikkeli* 56 (51 - 51), 5271.

Tauriainen, Ilpo 2010. Diabetes ja riskimittarin käyttö. KYS/Aikuispsykiatrian tulosyksikkö. Os. 2724 suunnittelupäivä 14.4.2010.

Uusitupa, Matti 2001. Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 117 (6), 621 – 630.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Helsinki: Edita Prima Oy.



**LIITE 1. Saate opinnäytetyön suunnitelmaan****Saatekirje**

Ohessa opinnäytetyöni suunnitelmaversio luettavaksenne.

Toivon kommentteja oppaan sisältöön -> löydät suunnitelmasisällön oppaasta työstämme kohta 7.

Kesällä teen oppaasta alustavan versio, jonka saatte kommentoitavaksenne syyskuussa.

Hyvää kesää 😊

toivottaa Sari Vuorinen

Mikkelin ammattikorkeakoulu

## LIITE 2. Palautekysymykset oppaaseen

### Saatekirje

Ohessa opinnäytetyöni **opas** kommentoitavaksenne.

Alla kysymyksiä helpottamaan kommentointianne

→ kommentoida voitte myös omin sanoin vapaasti

#### Kysymyksiä

1. Onko opas selkeä?
2. Välittääkö opas riittävästi tietoa terveellisestä ravinnosta?
3. Antaako opas keinoja mielenterveyskuntoutujalle arkeen terveellisestä ravinnostosta?
4. Onko oppaan aineisto mielenkiintoinen?
5. Jäitkö kaipaamaan lisää tietoa terveellisestä ravinnosta? Mitä?

Vastaathan kyselyyn/kommentoi opasta 1.11.2011 mennessä. KIITOS 😊

Sari Vuorinen

Mikkelin ammattikorkeakoulu, Savonlinna, hoitotyö

### LIITE 3. Tuotettu opas



## RAVITSEMUS JA MIELENTERVEYS

### MIKÄ MERKITYS RAVINNOLLA ON KUNTOUTUKSESSA?

Mielenterveyden edistämistä on mikä tahansa toiminta, joka vahvistaa mielen­terveyttä tai vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä. Hoidon ja kuntoutuksen tavoite on vähentää mielen­terveyden aiheuttamaa toimintakyvyn alenemaa ja mahdollisuuksien mukaan palauttaa toimintakykyä. Mielenterveyttä edistävään toimintaan kuuluu terveellisestä, monipuolisesta ravitsemuksesta huolehtiminen.

Koska psyykkiset sairaudet kestävät yleensä vuosia, joillakin eliniän, täytyy muistaa syömisen ja sitä kautta ravitsemuksen merkittävä osuus osana terveyttä. Psykkisillä sairauksilla on todettu olevan yhteys metaboliiseen oireyhtymään sekä sydän- ja verisuonisairauksiin, tosin syytä ei niiden sairauksien yhteyksiin tarkalleen tiedetä. Näiden sairauksien on oletettu johtuvan fysiologisista vaikutuksista, elämäntavoista ja lää­kityksestä aiheutuvista sivuvaikutuksista. Siksi­pä sinun onkin hyvä muistaa syödä terveellisesti ja sydänystävällisesti.

### MILLÄ RAVINTOAINEILLA ON MERKITYS MIELENTERVEYTEEN?

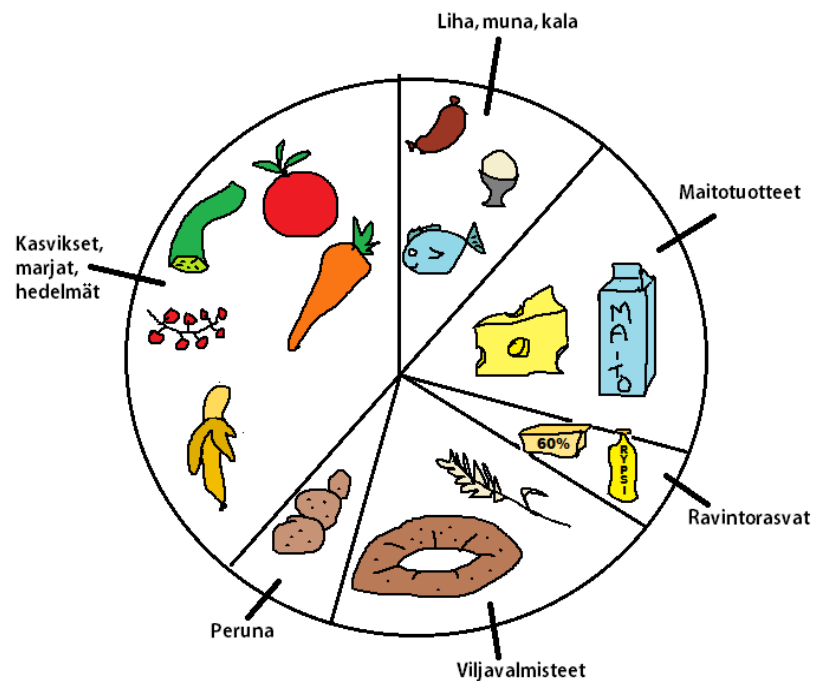
Tutkimuksissa on pystytty osoittamaan, että ravinto vaikuttaa mielen­terveyteen. Keskeisenä tekijänä mielialan kannalta ovat omega-3-rasvahapot, jotka ovat keskushermoston toiminnalle elintärkeitä. Erääksi masennuksen syntyyn vaikuttavaksi tekijäksi onkin pitkään epäilty näiden monitydyttymättömien rasvahappojen puutetta. Rasvaisissa merikaloissa tiedetään olevan erittäin suuri omega-3-rasvahappojen pitoisuus. Kasvi­rasvaa saa myös margariineista ja kasviöljyistä, esimerkiksi rypsiöljystä sekä salaatti­kastikkeista ja ruuanvalmistusrasvoista.

Aivot tarvitsevat glukoosia ja muita ravintoaineita, jotta ne pysyisivät toimintakykyisi­nä. Onkin laskettu, että aivot käyttävät jopa 25 - 35 prosenttia elimistön kaikista ener­giavaroista. Aivot saavatkin energiansa verensokerista tarvit­ten sitä jatkuvasti toimiak-

seen. Näin ollen keskushermoston toiminta häiriintyy, jos verensokeripitoisuus on alhainen. Verensokerin tehtävänä on myös ohjailla hermojen välittäjäaineiden tuotantoa. Folaatti ja B12-vitamiinit vaikuttavat ihmisen psyykeen, ja niiden saannista tulisikin huolehtia. Etenkin masentuneilla ihmisillä juuri folaatin puutos on yleistä. Folaattia saadaan kasviksista, hedelmistä, marjoista ja ruistuotteista. Yleensä suomalaiset eivät kärsi B12-vitamiinin puutoksesta, mutta sen saantia voidaan turvata kohtuullisella määrällä eläinkunnan tuotteita, kuten muna, lihaa ja maitovalmisteita.

### MISTÄ HYVÄ RUOKAVALIO KOOSTUU?

Hyvä ruokavalio koostuu maukaasta, monipuolisesta ja värikkästä ruuasta ja myös kaunis kattaus on osa ruokailua. Ruokaa tulee syödä sopivasti niin, että energiansaanti vastaa kulutusta. Ravitsemuksen hyvä laatu koostuu siitä, että syödään monipuolisesti ja vaihtelevasti. **Ruokaympyrää** hyväksikäyttäen voidaan todeta, että monipuoliseen ravintoon kuuluu viljaa, kasviksia ja hedelmiä ja marjoja, maitovalmisteita, ravintorasvoja sekä lihaa ja kalaa ja kananmuna.



### MIKÄ MERKITYS ON ATERIARYTMILLÄ?

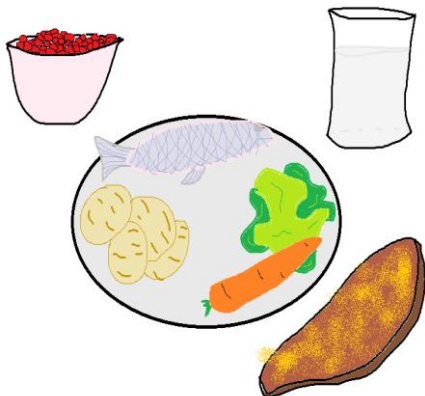
Säännöllinen ateriarytmi on suositeltavaa terveyden kannalta. Aterioiden lukumäärä ja ajankohdat ovat vaikeita määrittää, koska ne ovat yleensä kulttuurisidonnaisia. Säännöllisyydellä tarkoitetaan sitä, että päivittäin on tarkoitus syödä yhtä monta kertaa ja suunnilleen samoihin aikoihin. Ateriarytmin säännöllisyydellä pyritään ehkäisemään napostelua, hampaiden reikiintymistä sekä auttamaan painonhallinnassa. Nämä voivat mm. aiheuttaa verensokerin laskua sekä väsymystä ja samalla vaikuttavat negatiivisesti mielenterveyteen. Ateriat tulisi nauttia 3 - 4 tunnin välein (näihin lasketaan myös välipalat) ja päivän ateriat pitävät sisällään 2 - 3 pääateriaa sekä pari järkevää välipalaa.

Pääateriat ovat aamupala, lounas ja päivällinen, iltaa kohden aterioita on syytä keventää.

## MITEN VOIT KOOTA HYVÄN ATERIAN?

### AAMUPALA

- voileipä ja/ tai puuroa 2,5 – 3 dl
- marjoja
- maitovalmistetta 2 dl
- ruis-/täysjyväleipäpala
- teelusikallinen kasvirasvaa
- salaattia/tomaattia/kurkkua/paprikaa
- hedelmää tai täysmehua 2 dl

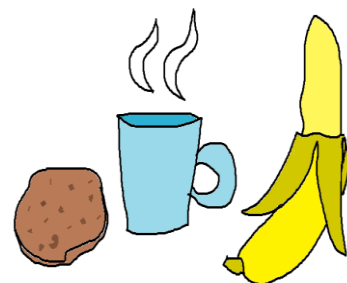


### LOUNAS

- rasvatonta maitoa/piimää 2 dl
- 2 - 3 perunaa tai 2,5 dl riisiä tai makaronia
- lihaa, kalaa, broileria, munaa 1/4 lautasesta
- salaattia/vihanneksia 1/2 lautasellista
- salaattikastiketta ruokalusikallinen
- ruisleipä
- teelusikallinen kasvirasvaa
- jälkiruuaksi marjoja tai hedelmiä 3 dl

### VÄLIPALA PÄIVÄLLÄ/ILTAPALA

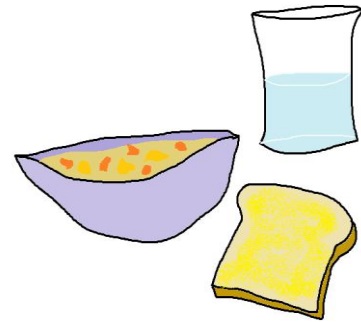
- yksi pullapala tai leipä
- hedelmä tai marjoja 2 dl
- kahvi/tee/mehu 2 dl
- rasvaton jogurtti tai viili



Kekseissä on runsaasti  
”kovaa” rasvaa!

**PÄIVÄLLINEN**

- rasvatonta maitoa/piimää 2 dl
- keittoa 3 dl
- ruis-/täysjyväleipä
- kasvirasvaa teelusikallinen



**Pidä 1 - 2 herkkupäivää viikossa!** Muista, ettei herkuissa ole mielen ja kehon hyvinvointia tukevia ravintoaineita. Älä korvaa herkuilla aterioita.

**MIKÄ ON ENERGIANTARVE VUOROKAUDESSA?**

<b>NAISET</b>	31 - 60 v	1900 kcal – 2500 kcal
<b>NAISET</b>	yli 74 v	1700 kcal – 2300 kcal
<b>MIEHET</b>	31 - 60 v	2500 kcal – 3200 kcal
<b>MIEHET</b>	YLI 74 v	2200 kcal – 2800 kcal

Määrällisesti sopivasti syödään silloin, kun paino pysyy vakaana. Jos paino laskee tai nousee, on syytä ottaa yhteyttä lääkäriin. Painon nousun ja laskun huomaat myös, jos vaatteesi alkavat tuntumaan ahtailta tai liian löysiltä.

Energian tarpeeseen vaikuttaa ikä, sukupuoli, koko ja fyysisen aktiivisuuden määrä.

Kuntoutumisessa ja mielen terveydelle on tärkeää, että liikut riittävästi. MTKL on julkaissut oppaan **Liikunta ja mielenterveys**, siitä voit lukea millainen merkitys liikunnalla on mielenterveyteen ja ravitsemukseen.

**LINKKI:** Liikunta- ja mielenterveys

<http://www.mtkl.fi/@Bin/285221/Liikunta+ja+mielenterveys+netti.pdf>

**OMAN LÄÄKÄRISI LÄHETTEELLÄ VOIDAAN VUOSITTAIN SEURATA**

- VEREN RASVA-ARVOJA (ravinnotta 12 t ennen kokeita! fP-kol, fP-kol-LDL, fP-kol-HDL, fP-Trigly )
- VERENSOKERUARVOJA (HbA1C ja ravinnotta 12 t ennen koetta fP-gluk)

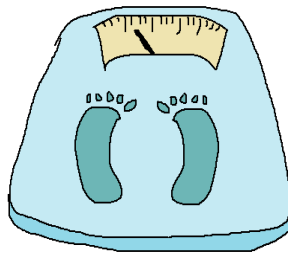
## MUISTA KERTOAA LÄÄKÄRILLESII TAI OMAHOITAJALLESII, JOS KÄRSIT UMMETUKSESTA!

Ummetuksesta puhutaan, jos suoli toimii harvemmin kuin kolmen päivän välein tai jos ulostaminen on vaikeaa ulosteen kiinteyden takia. Ummetusta voit ehkäistä liikunnalla, juomalla riittävästi nestettä ja syömällä kasviksia, viljaa, hedelmiä ja marjoja. Tehokkainta suolen toiminnan kannalta ovat viljan kuidut, joita saat täysjyväleivästä ja -puurosta.

## MITEN SEURAAAN KOTONA RAVITSEMUSTILAANI?

### PAINONHALLINTA -> VAAKA KERTOO TOTUUDEN!

Totuuden vaaka kertoo silloin, kun käytät aina samaa vaakaa ja käyt samaan aikaan päivästä vaa'assa esimerkiksi aina aamuisin ennen aamupalaa WC käynnin jälkeen. Painoa ei tarvitse mitata kuin kerran kuukaudessa.



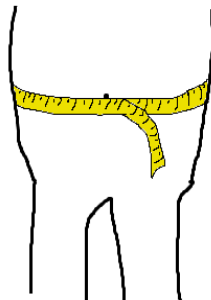
PAINOINDEKSIN (BMI)

LASKEMINEN:

PAINO/PITUUS\*PITUUS

Mitä painoindeksi tarkoittaa?

Normaalia alhaisempi paino	- 18,4
Normaali paino	18,5 - 24,9
Lievä lihavuus	25,0 - 29,9
Merkittävä lihavuus	30,0 - 34,9
Vaikea lihavuus	35,0 - 39,9
Sairaalloinen lihavuus	40,0 tai enemmän



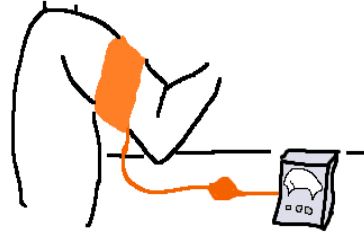
VYÖTÄRÖNYMPÄRYSMITTA

NAISET: TAVOITEARVO ALLE 80 cm

MIEHET: TAVOITEARVO ALLE 94 cm

## MITEN MITTAAN ITSE VERENPAINEENI?

VERENPAINEEEN TAVOITEARVO 140/85 mmHg



- älä rasita itseäsi fyysisesti puoli tuntia ennen mittausta, älä juo kahvia tai polta tupakkaa.
- Istu mansetti käsivarressa 5 min -> mittaa verenpaineesi kaksi kertaa ja kirjoita ylös molemmat lukemat.
- Mittaa verenpaineesi kolmen kuukauden välein, neljänä peräkkäisenä päivänä.

## KIINNOSTUITKO TERVEELLISESTÄ RAVINNOSTA?

## KYSY LISÄTIETOA OMAHOITAJALTASI TAI LÄÄKÄRILTÄSI

## LÄHTEET/HYÖDYLLISTÄ TIETOA

Arffman, Seija, Partanen, Raisa, Peltonen, Heidi & Sinisalo Laura (toim.) 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Aro, Antti, Mutanen, Marja & Uusitupa, Matti (toim.) 2007. Ravitsemustiede. Jyväskylä: Duodecim.

Erkinjuntti, Timo, Hietanen, Marja, Kivipelto, Miia, Strandberg, Timo & Huovinen, Maarit 2009. Pidä aivosi kunnossa. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Heiskanen, Tuula, Niskanen, Leo, Koponen, Hannu 2010. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. Lääkärilehden artikkeli 5, 389 - 396.

Huttunen Matti 2010. Psykelääkkeet. WWW-artikkeli. Päivitetty 23.7.2010.

Käypä hoito -suositus 2011. Lihavuus (aikuiset). Terveysportti, www-kotisivut. Päivitetty 17.1.2011.



Paile-Hyvärinen, Maria 2011. Depression and Cognition in Type 2 Diabetes from a Life Course Perspective. Väitöskirja, Helsingin yliopisto.

Raaska, Kari 2002. Psykoosilääkkeet ja ylipaino. WWW-artikkeli.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Helsinki: Edita Prima Oy.

## **LINKKEJÄ**

<http://www.sydanliitto.fi/energiantarve1>

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia00604](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00604)

<http://kalorilaskuri.fi/ruokapaivakirja>

<http://www.sydanliitto.fi/painoindeksi-ja-vyotaronymparys>

[http://www.tohtori.fi/files/Verenpaineen\\_mittaus\\_potilasohje.pdf](http://www.tohtori.fi/files/Verenpaineen_mittaus_potilasohje.pdf)

[http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/diabeteksen\\_ehkaisy/riskitesti/](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/diabeteksen_ehkaisy/riskitesti/)

**Opinnäytetyön tekijä**

**Sari Vuorinen**

**Sairaanhoitaja amk, hoitotyön koulutusohjelma**

**Mikkelin ammattikorkeakoulu, Savonlinna**