WWW.JAMK.FI

YLIPAINOISTEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN RAVITSEMUKSEEN LIITTYVÄT HAASTEET

Jonna Silventoinen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2012

Toimintaterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN
KUVAILULEHTI

Tekijä(t) SILVENTOINEN, Jonna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 29.10.2012
	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi YLIPAINOISTEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN RAVITSEMUKSEEN LIITTYVÄT HAASTEET		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) RUTANEN, Maaret		
Toimeksiantaja(t) Suvimäen klubitalo		

Tiivistelmä

Ylipaino ja lihavuus ovat kansanterveydellisesti merkittäviä sairauksien riskitekijöitä niin Suomessa kuin muualla maailmassa. Lihavuus jo itsessään, ilman liitännäissairauksia, heikentää yksilön toimintakykyä ja elämänlaatua. Mielenterveyskuntoutujien lihavuus on yleistä, sillä heidän terveyskäyttäytymisensä on usein heikkoa, sairauden lääkehoito vaikuttaa sekä ruokahaluun että aineenvaihduntaan ja syömiseen liittyy usein ongelmallisia tapoja.

Toimintaterapialla on paljon annettavaa lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Toimintaterapeutit auttavat asiakkaita löytämään arkeensa terveyttä edistäviä tapoja ja rutiineja, mahdollistavat kompensoivien tapojen löytämisen lihavien asiakkaiden toiminnan tueksi, tarjoavat elämäntapainterventioita sekä auttavat asiakasta lähestymään elämäntapamuutoksia yksilöllisesti.

Opinnäytetyön tavoite oli lisätä tietoa ja ymmärrystä ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien kokemista ravitsemukseen liittyvistä haasteista. Opinnäytetyön aihe nousi Suvimäen klubitalon henkilökunnalta ja kuntoutujilta, jotka toivoivat saavansa lisää tietoa ja tukea ravitsemusasioihin. Opinnäytetyön aihe rajautui selvitykseksi ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien ravitsemukseen liittyvistä haasteista.

Opinnäytetyö oli tapaustutkimus, jonka aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluina Suvimäen klubitalon kahdeksalle ylipainoisille mielenterveyskuntoutujille. Haastatteluaineisto analysoitiin teoriaohjaavasti, käyttäen analyysin runkona toimintaterapeuttien käytännön työtä ohjaavaa mallia. Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset osoittivat, että kuntoutujien kokemat ravitsemukseen liittyvät haasteet näyttäytyivät kuntoutujien arjessa moniulotteisena ilmiönä ja vaikuttivat kuntoutujien elämään.

Ravitsemukseen liittyviä vaikeuksia koettiin yksilöllisesti, mutta tietyt osa-alueet, kuten ateriarytmi ja annoskoko, ruoan laatu ja monipuolisuus, ruoanvalmistus, mieliala ja tunnepohjainen syöminen sekä kaupassa käynti nousivat selkeästi esiin haastatteluista. Tutkimustuloksia hyödynnetään jatkossa ravitsemusintervention suunnittelussa Suvimäen klubitalon ylipainoisille kuntoutujille.

Avainsanat (asiasanat)
ylipaino, lihavuus, mielenterveyskuntoutuja, ravitsemus, toimintaterapia

Muut tiedot

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DESCRIPTION

Author(s)	Type of publication	Date
SILVENTOINEN, Jonna	Bachelor´s Thesis	29.10.2012
	Pages 55	Language Finnish
		Permission for web publication (X)

Title
Nutrition challenges with overweight mental health rehabilitants

Degree Programme
Occupational therapy

Tutor(s)
RUTANEN, Maaret

Assigned by
The Suvimäki Clubhouse

Abstract
Overweight and obesity are significant risk factors in public health. Obesity itself reduces the quality of life and impacts on a person's ability to function. Obesity is common with mental health clients because of their weak health behavior, medicines that affect appetite and metabolism and because of problematic eating habits.

Occupational therapy offers interventions for obesity prevention and treatment. Occupational therapists can help their clients to find habits and routines that promote health, facilitate finding compensatory ways to support function, offer lifestyle interventions and help the clients to find individual and systematic approaches to healthy occupations and lifestyle choices.

The aim of this bachelor's thesis was to increase the knowledge and awareness of the challenges related to nutrition with mental health rehabilitants. The topic was raised by the employees and rehabilitees of the Suvimäki Clubhouse. They wished for more support in and information about nutrition issues. The final topic was limited to investigating the challenges of nutrition with mental health rehabilitants.

The thesis was a case study. The participants of the study were eight mental health clients from the Suvimäki Clubhouse, and the method of data collection was a theme interview. The data were analyzed with a theory-bound method. The framework in this theory-bound analysis was one well-known model of occupational therapy.

According to the results of the study, the respondents' nutrition problems and challenges were multidimensional and the problems had an impact on the daily lives of the rehabilitees. The problems related to nutrition were experienced on an individual basis, but certain areas such as the frequency of the meals and portion size, quality and variety of food, meal preparation, grocery shopping, mood and emotional eating stood out from the interviews. The results of the study will be utilized in the planning of the nutrition intervention for the Suvimäki Clubhouse's overweight rehabilitees.

Keywords
overweight, obesity, mental health rehabilitant, nutrition, occupational therapy

Miscellaneous

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN
KUVAILULEHTI

Tekijä(t) SILVENTOINEN, Jonna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 29.10.2012
	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi YLIPAINOISTEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN RAVITSEMUKSEEN LIITTYVÄT HAASTEET		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) RUTANEN, Maaret		
Toimeksiantaja(t) Suvimäen klubitalo		

Tiivistelmä

Ylipaino ja lihavuus ovat kansanterveydellisesti merkittäviä sairauksien riskitekijöitä niin Suomessa kuin muualla maailmassa. Lihavuus jo itsessään, ilman liitännäissairauksia, heikentää yksilön toimintakykyä ja elämänlaatua. Mielenterveyskuntoutujien lihavuus on yleistä, sillä heidän terveyskäyttäytymisensä on usein heikkoa, sairauden lääkehoito vaikuttaa sekä ruokahaluun että aineenvaihduntaan ja syömiseen liittyy usein ongelmallisia tapoja.

Toimintaterapialla on paljon annettavaa lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Toimintaterapeutit auttavat asiakkaita löytämään arkeensa terveyttä edistäviä tapoja ja rutiineja, mahdollistavat kompensoivien tapojen löytämisen lihavien asiakkaiden toiminnan tueksi, tarjoavat elämäntapainterventioita sekä auttavat asiakasta lähestymään elämäntapamuutoksia yksilöllisesti.

Opinnäytetyön tavoite oli lisätä tietoa ja ymmärrystä ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien kokemista ravitsemukseen liittyvistä haasteista. Opinnäytetyön aihe nousi Suvimäen klubitalon henkilökunnalta ja kuntoutujilta, jotka toivoivat saavansa lisää tietoa ja tukea ravitsemusasioihin. Opinnäytetyön aihe rajautui selvitykseksi ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien ravitsemukseen liittyvistä haasteista.

Opinnäytetyö oli tapaustutkimus, jonka aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluina Suvimäen klubitalon kahdeksalle ylipainoisille mielenterveyskuntoutujille. Haastatteluaineisto analysoitiin teoriaohjaavasti, käyttäen analyysin runkona toimintaterapeuttien käytännön työtä ohjaavaa mallia. Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset osoittivat, että kuntoutujien kokemat ravitsemukseen liittyvät haasteet näyttäytyivät kuntoutujien arjessa moniulotteisena ilmiönä ja vaikuttivat kuntoutujien elämään.

Ravitsemukseen liittyviä vaikeuksia koettiin yksilöllisesti, mutta tietyt osa-alueet, kuten ateriarytmi ja annoskoko, ruoan laatu ja monipuolisuus, ruoanvalmistus, mieliala ja tunnepohjainen syöminen sekä kaupassa käynti nousivat selkeästi esiin haastatteluista. Tutkimustuloksia hyödynnetään jatkossa ravitsemusintervention suunnittelussa Suvimäen klubitalon ylipainoisille kuntoutujille.

Avainsanat (asiasanat)
ylipaino, lihavuus, mielenterveyskuntoutuja, ravitsemus, toimintaterapia

Muut tiedot

SISÄLTÖ

1 RAVITSEMUKSEN MERKITYS YKSILÖN HYVINVOINNILLE 3

2 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA RAVITSEMUS..... 6

2.1 Mielenterveyshäiriöiden vaikutukset ravitsemukseen 7

2.2 Psykiatrisen kuntoutujan ravitsemushoito..... 9

2.3 Toimintaterapia ja ravitsemusneuvonta 11

3 YLIPAINO JA LIHAVUUS..... 13

3.1 Ylipaino ja lihavuus mielenterveyskuntoutujilla 14

3.2 Ylipainon ja lihavuuden vaikutukset yksilön toimintakykyyn..... 15

3.2.1 Vaikutukset päivittäisiin toimintoihin..... 15

3.2.2 Psykososiaaliset vaikutukset ja stigma 17

3.3 Toimintaterapian mahdollisuudet ylipainoisten kuntoutuksessa 18

4 CMOP – E, Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitouttamisen malli 19

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE..... 22

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 22

6.1 Tutkimuksen lähtökohdat 23

6.2 Tutkimusote 23

6.3 Tutkimusmenetelmät..... 24

6.3.1 Aineistonkeruu..... 24

6.3.2 Haastattelun kulku..... 27

6.4 Aineiston analysointi..... 28

7 TUTKIMUSTULOKSET 31

7.1 Taustatiedot..... 31

7.2 Yksilöön liittyvät ongelmat 31

7.2.1 Tavat ja tottumukset 31

7.2.2 Fyysinen ja psyykkinen terveydentila 34

7.2.3 Tiedot ja taidot 36

7.3 Toimintaan liittyvät ongelmat 37

7.4 Ympäristöön liittyvät ongelmat 39

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS 40

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA 42

LÄHTEET 49

LIITTEET 54

Liite 1. Tiivistys opinnäytetyöstä haastateltaville 54

Liite 2. Haastattelulupa 55

KUVIOT

KUVIO 1. CMOP-E- malli 20
KUVIO 2. Aineiston analysointi prosessi 29

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston luokittelusta ja käsitteellistämisestä 30
TAULUKKO 2. Yksilön tapoja ja tottumuksia kuvaavat ongelmat 31
TAULUKKO 3. Yksilön fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan liittyvät ongelmat ... 34
TAULUKKO 4. Yksilön tietoja ja taitoja kuvaavat ongelmat 36
TAULUKKO 5. Toimintaan liittyvät päivittäisten toimintojen ongelmat 37
TAULUKKO 6. Ympäristöön liittyvät sosiaalisesta ympäristöstä nousevat ongelmat.. 39

1 RAVITSEMUKSEN MERKITYS YKSILÖN HYVINVOINNILLE

Terveelliset ja monipuoliset raaka-aineet ovat hyvän ruokavalion perusta. Ruokatottumuksilla, ravitsemustietoudella ja ruoanvalmistustaidoilla voidaan ennaltaehkäistä kansansairauksien syntyä (Haglund, Huupponen, Ventola ja Hakala-Lahtinen 2010, 9) ja parantaa ihmisten elämänlaatua. Täysipainoinen, runsaasti kasviksia sisältävä ruokavalio turvaa tarpeellisten ravintoaineiden saannin ja on yksi hyvinvoinnin peruspilareista. Ruokavalio luo pohjan perusterveen yksilön hyvinvoinnille, mutta sen merkitys korostuu erityisesti yksilöillä, joilla on sairauksia. (Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille 2009, 3, 11.) Suomalaisten terveyden edistämiseen ja ruokavalion parantamiseen on kehitetty kansalliset ravitsemussuositukset. Tarkempaan ravitsemustilan arviointiin tai neuvontaan ne eivät sovellu, koska jokaisen yksilön ravitsemustarve on hyvin yksilöllinen (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 7.) Jos yksilön saaman ja kuluttaman energian välillä on negatiivinen tasapaino, yksilölle alkaa kertyä ylimääräistä rasvakudosta, ylipainoa. Ylipaino ja lihavuus ovat sekä Suomessa että muualla maailmassa erittäin ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti vaikuttava terveysongelma, joka tuo mukanaan useita muita fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia, jotka aiheuttavat noidankehän. Yksilöiden elämänlaatu heikkenee ja kuolleisuus lisääntyy (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito- suositus 2011). Terveyden edistäminen ja lihavuuden tehokas ennaltaehkäisy vaatii monialaista yhteistyötä sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla (Obesity and overweight 2012).

Korpela-Kosonen (2009) tuo esille Puskan (2009) puheenvuorosta suomalaisten terveyden parantuneen hiljalleen viimeisen 30-vuoden aikana. Tämä positiivinen muutos on pitkälti ravitsemusmuutosten aikaansaamaa, mutta paljon on vielä edessäpäin, sillä esimerkiksi ylipaino on edelleen merkittävä riskitekijä suomalaisten terveydessä. (Korpela-Kosonen 2009, 4-5.) Väestöryhmissä ravitsemuksen ja terveyden positiiviset muutokset ovat jakautuneet epätasaisesti. Vähävaraisemmat yhteiskuntaluokat, johon usein myös mielenterveyskuntoutujat kuuluvat (Brown, C., Goetz, J., Van Sciver, A., Sullivan, D. ja Hamera, E. 2006, 267), ovat edelleen terveydellisesti ja ravitsemuksellisesti heikommassa tilassa kuin korkeammin koulutettu väestö. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 9.)

Toimintaterapiassa ollaan kiinnostuneita asiakkaan arjen sisällöstä ja sen toteutumisesta asiakasta tyydyttävällä tavalla. Ruokailu, ruoanvalmistus ja kaupassa käynti ovat kaikki arkipäivään kuuluvia asioita, jotka vaikuttavat yksilön ravitsemukseen. Jos asiakkaalla esiintyy näissä arkipäivän toiminnoissa pulmia, toimintaterapialla pyritään sujuvoittamaan asiakkaan arkea ja löytämään keinoja itsenäiseen selviytymiseen. (Toimintaterapianimikkeistö 2003,6.) En ole löytänyt tietoa, että ylipainoisten hoitoon ja kuntoutukseen suunnattuja toimintaterapiapalveluja olisi Suomessa tarjolla. Suomalaista tutkimusta, opinnäytetöitä tai kirjallisuutta ravitsemusongelmista kärsivien yksilöiden tai ylipainoisten asiakkaiden toimintaterapiasta ei löytynyt, mutta maailmalla ollaan jo askelta pidemmällä. Esimerkiksi Amerikan toimintaterapiayhdistys (AOTA) määrittelee tarkasti toimintaterapeutin työnkuvan osana ylipainoisten kuntoutusta. Toimintaterapeutit ohjaavat asiakkaita sekä heidän lähipiiriään, yksilö ja ryhmämuotoisesti kohti kestäviä elämäntapamuutoksia. Nämä pitkäjänteiset muutokset mahdollistavat painonhallinnan ja tukevat terveellisiä sekä tasapainoisia arkirutiineja. Toimintaterapiassa käytetään toimintaa työvälineenä terveellisten tottumusten ja tapojen löytämisessä kuntoutujille sekä annetaan asiakkaille ohjausta ja neuvontaa. (Cozzolino, Henshaw, Kleumper, Hermann, V. H. & the Physical Disabilities Special Interest Section Standing Committee 2010.) AOTA:n kannanotossa (2007) tuodaan julki, kuinka erilaisilla toimintaterapiapalveluilla vaikutetaan suorasti ja epäsuorasti lihavien asiakkaiden toimintakykyyn (Clark, Reingold & Salles-Jordan 2007, 702). Toimintaterapialla on myös mahdollisuus vaikuttaa ennaltaehkäisevästi lihavuuden hoidossa, jos palvelut täsmennetään yksilöille, joilla on suurentunut riski lihavuuteen ja sen liitännäissairauksien syntyyn (Forhan 2009, 1).

Opinnäytetyöni aihe on minulle henkilökohtaisesti tärkeä, koska olen kiinnostunut ravitsemuksen merkityksestä yksilön kokonaishyvinvointiin. Olen työskennellyt useiden kuntoutujien kanssa, jotka painiskelevat erilaisten ravitsemusongelmien ja ylipainon kanssa. Opinnäytetyössäni haluan syventyä ravitsemukseen terveyden edistämisen näkökulman kautta sekä päästä tutustumaan ajankohtaiseen lihavuustutkimukseen, minkä toivon myös antavan minulle lisää tietoa ja taitoa työskennellä tulevaisuudessa ylipainoisten ja lihavien asiakkaiden kanssa. Lihavuuden hoidon tulee olla kiinteä osa terveydenhuoltoa. Elintapainterventioita ja käyttäytymisen muutosten ohjausta on tutkittu lihavuuden hoidossa ja niistä on saatu A-tason näyttöä. (Li-

havuus (aikuiset): Käypä hoito- suositus 2011.) Uskon lihavuuden ja sen yksilölle aiheuttamien toimintakyvyn muutosten sekä psykososiaalisten vaikutuksien työllistävän tulevaisuudessa myös toimintaterapeutteja. Koska väestön lihavuus on Suomessa kansanterveydellisesti merkittävä riskitekijä sekä lihavuus jo itsessään heikentää yksilön elämänlaatua (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito- suositus 2011), uskon toimintaterapeuttien kohtaavan jatkossa yhä useammin ylipainoisia ja lihavia asiakkaita. Toimintaterapeutit voivat toimia osana moniammatillista työryhmää lihavuuden hoidossa ja kuntoutuksessa muun muassa tarjoamalla keinoja yksilön toimintakyvyn tukemiseksi sekä elämäntapainterventioiden että painonhallintaryhmien suunnittelussa ja toteutuksessa.

Opinnäytetyöni toimeksiantajana on Suvimäen klubitalo, jonka taustaorganisaationa toimii Psykiatrisen kuntoutuksen tuki ry. Suvimäen klubitalo on vuonna 1999 perustettu mielenterveyskuntoutujien (jäsenien) ja palkatun henkilökunnan muodostama yhteisö. Klubitalotoiminnan pääasiallinen tarkoitus on tarjota vertaistukea ja tavoitteellista arkeen sitoutuvaa toimintaa mielenterveyskuntoutujille. Klubitalo-toiminta on lähtöisin Yhdysvalloista, mutta se on levinnyt vuosien saatossa jo kolmeenkymmeneen eri maahan. (Suvimäen klubitalo.) Opinnäytetyöni aihe nousi esille työelämän tarpeista. Suvimäen klubitalolle toivottiin apua monia jäseniä askarruttaviin ravitsemusasioihin sekä tukea ylipainosten kuntoutujien painonhallintaan ja hyvinvointiin. Koska ravitsemuksen merkitys terveydelle on myös oma kiinnostuksen kohteeni, päätin tarttua työelämästä nousseeseen haasteeseen. Opinnäyteyöni puitteissa lähdin selvittämään lähtökohtia, miten ravitsemukseen liittyvä interventio vastaisi parhaiten kuntoutujien tarpeisiin ja kuinka heidän ravitsemustaan saataisiin tuettua. Opinnäytetyöni tavoite on selvittää ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien arjessaan kokemia, ravitsemukseen liittyviä haasteita ja ongelmakohtia, joiden pohjalta toimeksiantajalle voidaan suunnitella kuntoutujien tarpeita vastaava interventio. Tutkimus rajattiin ravitsemusintervention lähtökohtien ja tavoitteiden selvittämiseen. Tutkimukseni tuloksia hyödynnetään ravitsemusintervention suunnittelussa.

2 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA RAVITSEMUS

Mielenterveys on inhimillisen olemassaolon tila, jonka keskeisiä osa-alueita ovat itsetunto, itsenäisyys, sopeutumis-, toiminta- ja ongelmanratkaisukyky sekä kyky solmia tyydyttäviä ihmissuhteita ja kyky virkistäytyä. Kun yksilön voimavarat eivät riitä kohtaamaan eteen tulleita haasteita ympäristöstä, yksilön psyykkinen tasapaino järkkyy ja tuloksena voi syntyä mielenterveyshäiriö. Mielenterveyshäiriö on ihmisen toimintakykyyn moniulotteisesti vaikuttava sairaus, jolle ovat ominaisia käyttäytymisen muutokset ja mielen toimintoihin liittyvät oireet. (Lääketieteensanasto). Mielenterveyshäiriöt voidaan karkeasti jakaa psykooseihin ja depressioihin. (Lönnqvist 2005). Syitä mielenterveyshäiriöihin on monia, jotkut ovat herkempiä sairastumaan psyykkisesti elämän stressaavissa tilanteissa sekä kriisien aikana. Tutkimusten mukaan kaksi kolmasosaa mielenterveyshäiriöistä ilmaantuu yksilölle joko positiivisesti tai negatiivisesti stressaavan elämäntapahtuman tai -tilanteen aikaan. Alttius sairastumiseen voi liittyä esimerkiksi perimään, persoonallisuustekijöihin tai varhaiskehitykseen sekä näiden yhteisvaikutuksiin. (Honkonen 2009a).

Tutkimusten mukaan joka viidennellä suomalaisella on jokin mielenterveyshäiriö. (Honkonen 2009a; Isometsä & Katila 2007). Näiden mielenterveydenhäiriöiden on tutkittu aiheuttavan länsimaissa yli viidesosan kaikista terveyshaitoista. Suomessa vuonna 2000 työkyvyttömyyseläkettä saaneista kansalaisista 39 %:a (noin 100 000 henkilöä) sai eläkettä mielenterveys- tai käyttäytymishäiriön vuoksi. (Lönnqvist, 2005). Työikäisellä väestöllä yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat erilaiset masennustilat. Vakavan masennustilan Suomessa sairastaa työikäisistä vuosittain kuusi prosenttia. Työttömillä eriasteiset masennustilat ovat huomattavasti yleisempiä kuin työssäkäyvillä. (Honkonen 2009a). Mielenterveyshäiriöstä esimerkiksi masennus heikentää selvästi yksilön toimintakykyä ja sitä kautta vaikuttaa moniulotteisesti yksilön arkeen ja elämänhallintaan sekä yksilön ravitsemukseen. (Isometsä & Katila 2007). Kansainvälisen ICD-10 luokituksen mukaan masennuksen oirekriteerejä ovat mm. masentunut mieliala, kiinnostuksen ja mielihyvän menettäminen asioita kohtaan, jotka ovat ennen olleet yksilölle tärkeitä, vähentyneet voimavarat ja väsymys, perusteettomat ja kohtuuttomat itsesyytökset, omanarvontunnon ja itseluottamuksen

heikentyminen, keskittymishäiriöt, kuolemaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoisuus, psykomotoriset muutokset, unihäiriöt sekä lisääntynyt tai vähentynyt ruokahalu ja sitä kautta painonmuutokset. (Depressio: Käypä hoito – suositus, 2010). Edellä mainittujen oireiden lisäksi masennusta sairastavan toimintakykyä heikentävät myös aloitekyvyttömyys, päättämättömyys, muistihäiriöt sekä tunneherkkyys (Isometsä & Katila 2007).

2.1 Mielenterveyshäiriöiden vaikutukset ravitsemukseen

Psykiatriset häiriöt itsessään tai sairauden mukanaan tuomat toimintakyvyn muutokset vaikuttavat yksilön kokonaisterveyteen, ruokailuun ja ravitsemukseen. Psyykkisesti sairaan henkilön itsestä huolehtiminen on usein heikentynyt, jonka vuoksi hänellä ei ole voimavaroja laittaa ruokaa tai miettiä omia ruokavalintoja. (Ruusunen & Martikainen 2010, 22.) Mielenterveyskuntoutujilla ilmenee unihäiriötä ja väsymystä (Isometsä 2010), jotka usein vaikuttavat myös kuntoutujan päivärytmiin ja ateriarytmiin. Koska psyykkiset sairaudet ovat usein pitkäkestoisia, sairauden vaikutus kuntoutujan ravitsemustilaan on merkittävä. Sekä psyykkinen sairaus että sairauden lääkehoito vaikuttavat ruokahaluun. Joillakin mielenterveyskuntoutujilla ruokahalut häviävät olemattomiin ja ruokavalio voi muuttua hyvinkin yksipuoliseksi. Tästä seuraa usein laihtumista ja vajaaravitsemusta. Kuitenkin myös näillä kuntoutujilla joiden ruokahalu on heikko, voi ilmentyä ajoittaisia ahmimisjaksoja, jotka aiheuttavat painonnousua. (Ruusunen & Martikainen 2010, 22.)

Vuorostaan toisten psykiatristen kuntoutujien ruokahalu taas kasvaa, jonka mukana annoskoot kasvavat, mutta syöty ruoka suuresta määrästä riippumatta voi olla ravitsemuksellisesti köyhää (Ruusunen & Martikainen, T. 2010, 22). Tästä seuraa usein painonnousua, joka puolestaan vaikuttaa yksilön minäkuvaan ja voi tuoda mukanaan psykososiaalisia ongelmia sekä heikentää kuntoutujan elämänlaatua.(Nuutinen, Mikkonen, Peltola, Silaste, Siljamäki-Ojansuu, Uotila & Sarlio-Lähteenkorva 2009, 121). Psykiatrisen kuntoutujan liikapainon taustalla on usein monta syytekijää, jotka liittyvät elintapoihin kuten alkoholin käyttöön ja liikunnan vähäisyyteen tai psyykelääkkeisiin, jotka vaikuttavat kuntoutujan ruokahaluun, janontunteeseen tai aineenvaihduntaan. Joillakin mielenterveyshäiriöistä kärsivillä syöminen on myös ns. ”itsehoitokei-

no”, jossa ruoka ja syöminen tuottavat yksilölle hetkellistä mielihyvää. Myös väsymys, keskittymishäiriöt, päättämättömyys, muistihäiriöt, tunneherkkyys ja aloitekyvyttömyys voivat esimerkiksi vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan suunnittelu- ja organisointitaitoihin, joita tarvitaan vaikkapa ruoanvalmistuksessa ja ostoksia tehdessä. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä syöminen on kuntoutujan sairauden ylläpitovaiheen aikana suhteellisen normaalia, mutta se voi muuttua mania- ja depressiojaksojen aikana huomattavasti. Tällöin kuntoutujan ruokailu voi olla epätyypillisen vähäistä tai runsasta. Myös skitsofreniaa sairastavan ravitsemukseen liittyy haasteita. Psykoottisella ihmisellä voi olla harhaluuloja ruokaan tai ruokailuun liittyen; hän voi esimerkiksi luulla jonkun yrittäneen myrkyttää hänen ruokansa. Tällaiset tilanteet vaikuttavat kuntoutujan ruokavalion koostumukseen ja ruokailuun, ja sitä kautta tuovat ongelmia sairastavan ravitsemukseen. (Ruusunen & Martikainen 2010, 22–23).

Psykiatriset sairaudet tuovat mukanaan suuria haasteita kuntoutujan elämään ja vaikuttavat moniulotteisesti myös yksilön ravitsemukseen. Sairaus muuttaa kuntoutujan päivärytmiä ja sitä kautta usein ateriarytmiä, vaikuttaa ruokavalion koostumukseen sekä ruokahaluun. Se voi aiheuttaa myös erilaisia vakaviakin puutostiloja ja aliravitsemusta. (Haglund ym. 2010, 317–318.) Psyykkisesti sairaan ravitsemukseen on kiinnitettävä terveydenhuollossa erityistä huomiota niin, että ravitsemusongelmat havaitaan ja niihin voidaan tarttua heti (Ruusunen & Martikainen 2010, 24; Uusi suositus potilaiden ravitsemushoitoon 2010). Britanniassa vuonna 2009 julkaistun pitkittäistutkimuksen johtopäätöksissä kuvataan ylipainon lisääntyvän mielenterveyskuntoutujilla iän karttuessa riippumatta sukupuolesta, etnisestä ryhmästä tai sosioekonomisesta asemasta. Niinpä varhainen puuttuminen psykiatristen asiakkaiden ravitsemusongelmiin on tärkeää ennaltaehkäisyn näkökulmasta. (Kivimäki, Batty, Singh-Manoux, Nabi, Sabia, Akbaraly, Tabak, Vahtera, Marmot, & Jokela 2009.) Koska useat vakavista mielenterveysongelmista kärsivät elävät ovat pienituloisia ja elävät jopa köyhyysrajan alapuolella (Brown ym. 2006, 267), he kantavat niin sanottua ”ruokataakkaa”. Huono taloudellinen tilanne vaikuttaa kuluttajan ruokavalintoihin ja ikään kuin lamaannuttaa kuluttajan, jolloin terveellisten ja edullisten raaka-aineiden valikoimaa ei enää nähdä ja eikä osata hyödyntää. Pienituloiset kokevat usein terveellisen ravinnon vaihtoehdot pirstaleisina eikä niihin vaihtoehtoihin ole helppo tarttua.

Ruokataakka aiheutuu siitä, kun vähävarainen joutuu jatkuvasti miettimään mihin ruokarahat riittävät ja viestit terveellisistä vaihtoehdoista koetaan epäselvinä. (Tieto, trendit ja tilanteet näkyvät ruokavalinnoissa 2011, 8.)

2.2 Psykiatrisen kuntoutujan ravitsemushoito

Ruokailutottumukset juontavat juurensa yksilön kulttuurista ja uskonnosta ja niihin vaikuttaa voimakkaasti sosioekonominen asema. Ruokailutottumukset ovat osa identiteettiä ja siten jokaisen ihmisen kanssa oikeanlainen ravitsemus olisi tarpeellista räätälöidä yksilöllisesti. (Nuutinen ym. 2009, 134–135.) Kun yksilön ruokailutottumuksissa on ongelmia, joita yksilö ei kykene itse hoitamaan ja jotka vaikuttavat negatiivisesti yksilön terveyteen ja hyvinvointiin, ammattilaisten apu on tarpeen. Terveydenhuollon tehtävänä on tällöin tukea ja auttaa asiakkaitaan terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien ehkäisyssä. Terveydenhuollon eri ammattihenkilöt voivat toteuttaa ravitsemusohjausta, jonka tavoitteena on saada aikaan pysyviä elämäntapamuutoksia. Koska esimerkiksi ylipaino, ja sen mukanaan tuomat liitännäissairaudet vaikuttavat yksilön toimintakykyyn ja elämänlaatuun niin moniulotteisesti, tehokkaimmin siihen saadaan apua moniammatillisella yhteistyöllä. (Aapro ym. 2008, 10–11, 111–112.)

Ravitsemushoidon tavoitteena on yksilön toimintakyvyn, elämänhallinnan ja terveyden tukeminen, ennaltaehkäistä sairauksia, korjata yksilön ravitsemustilaa ja tukea näin elimistön vastustuskykyä sekä estää vajaa- tai virheravitsemuksen syntymistä. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 10–11). Mielenterveyskuntoutujan ravitsemusneuvonnan tulisi olla käytännönläheistä ja sisältää konkreettisia neuvoja ruoka-aineiden valinnassa ja aterioiden valmistuksessa. Voimavarakeskeinen työote ravitsemusneuvontaa antavalta henkilöltä on tärkeä työskenneltäessä psyykkisesti sairaiden kanssa. Ravitsemusneuvoja antavan tulisi myös olla kannustava ja tukeva sekä saavutettuja muutoksia korostava. Motivoiva työskentely yhdessä kuntoutujan kanssa ruokavalion asteittaiseksi parantamiseksi tulisi olla mieluisaa ja mielekästä kuntoutujalle. Ravitsemusohjauksessa tulee huomioida myös muita elintapatottumuksia, ja pyrkiä keskustelemaan niistä kuntoutujan kanssa. Pysyvien ravintomuutosten aikaansaaminen osaksi arkea on tavoitteena mielenterveyskuntoutujien ravitsemusneu-

vonnassa, mutta se ei aina ole realistista. (Ruusunen & Martikainen 2010 23–24). Kuntoutujan onnistumisiin ja voimavaroihin keskittymistä korostaa myös Tolonen (2011, 20–21) Pro gradu- tutkielmassaan ratkaisukeskeisestä mielenterveyskuntoutujille luodusta ravitsemusohjelmasta.

Ravitsemusneuvottelukunnan (2010) kannanotossa potilaiden ravitsemushoidosta on kirjoitettu seuraavasti:

> *”Jokaisella potilaalla on oikeus laadukkaaseen ravitsemushoitoon, jolla tarkoitetaan sekä terveyttä edistävää ravitsemusta että sairauksien ravitsemushoitoa.”*

Kannanotosta käy ilmi, että ravitsemushoito vaikuttaa potilaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun, ja parhaan ravitsemushoidon saavuttamiseksi on eri ammattiryhmien tehtävä joustavaa yhteistyötä. Moniammatillisen ravitsemushoidon toteuttamismallissa on otettu huomioon ruokapalvelun, ravitsemusterapian sekä hoito- ja lääketieteen näkökulmat. (Uusi suositus potilaiden ravitsemushoitoon 2010.) Psykiatrisille kuntoutujille suositellaan samanlaista yleisesti terveellisenä pidettyä ja monipuolista ruokavaliota kuin muullekin aikuisväestölle. (Ruusunen & Martikainen 2010).

Psykiatrisesti sairaiden ravitsemushoidossa on tavoitteena saada kuntoutujat huolehtimaan omasta terveyttä edistävästä ruokavaliosta ja saada kuntoutujat saavuttamaan tai ylläpitämään yksilöllisesti sopiva paino. Ruokailulla on iso merkitys yksilön kokonaiskuntoutuksessa, sillä se rytmittää päivää ja ruokailutilanteella on tärkeä rooli myös sosiaalisena tapahtumana. Ruokailutilanteesta tulee tehdä mahdollisimman rauhallinen ja miellyttävä kuntoutujalle. Ravitsemushoitoa toteuttavat lääkäri, hoitohenkilökunta tai ravitsemusterapeutti, jokainen oman toimenkuvansa mukaisesti. Ravitsemuksen asiantuntija voi auttaa kuntoutujaa ruokaostoksissa ja itsenäisessä ruokatalouden hoidossa, sopivan ateriakoon ja ateriarytmin löytämisessä. Ammattilainen myös opastaa kuntoutujaa terveellisiin ruoka-aine valintoihin ja aterioiden valmistukseen niistä. Ravitsemusohjaus suunnitellaan yksilöllisesti. Potilaan lähipiiri otetaan mukaan kuntoutukseen ja heitä neuvotaan kuntoutujan ravitsemuksen tukemisessa. Ravitsemusohjaus voi olla joko yksilömuotoista, ryhmämuotoista tai edellä mainittujen yhdistelmä. (Nuutinen ym. 2009, 121–122). Psykiatrisille sairauksille on

usein tyypillistä monihäiriöisyys, jolloin kuntoutujalla saattaa olla lisäksi somaattisia sairauksia tai esimerkiksi alkoholismia asettamassa lisää haasteita ravitsemushoidolle. (Ruusunen & Martikainen 2010).

2.3 Toimintaterapia ja ravitsemusneuvonta

Toimintaterapialla mielenterveystyössä pidetään yllä yksilön psyykkistä terveyttä sekä toimintakykyä ja edistetään yksilön tasapainoista ja häntä tyydyttävää elämäntyyliä. Toimintaterapiassa ymmärretään toiminnalla ja hyvinvoinnilla olevan vahva sidos toisiinsa. Toimintaterapiassa keskitytään yksilön toiminnalliseen suoriutumiseen ja toimintaa pidetään ”keskiössä”. Yksilön voimavaroja pyritään kuntoutuksessa nostamaan esille, korostaen yksilön vastuuta ja päätöksentekoa omasta elämästään. Mielenterveyskuntoutujien toimintaan osallistuminen on tärkeä mahdollistaa, koska toiminnan kautta yksilö voi saada hallinnan tunteen elämästään. Mielenterveysasiakkaan toimintaterapiassa tarkastellaan kuntoutujan itsestä huolehtimista, vapaa-aikaa ja toimintaa fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, ekonomisesta ja spirituaalisesta näkökulmasta. Toimintaterapiassa mielenterveysasiakkaat harjoittavat jokapäiväisiä toimintoja, kuten ruoanvalmistusta, ruokailua sekä ostosten tekemistä ja heitä autetaan löytämään näihin toimintoihin päivittäisiä rutiineja. Näiden rutiinien tulisi kohdata yksilön tarpeet ja rutiinien tulisi olla sosiaalisesti hyväksyttyjä. (Creek 2002, 18–21, 37–38.) Yllätyin, etten löytänyt tutkimusta toimintaterapiasta ja mielenterveyskuntoutujien ravitsemuksesta. Toimintaterapiassa pyritään nimenomaan olemaan läsnä asiakkaan arjessa ja uskotaan, että asiakas voi vaikuttaa tulevaisuuteensa ja hyvinvointiinsa toimintansa ja valintojensa kautta (Toimintaterapeutti, Ammattinetti).

Yksilön ravitsemusongelman taustalla voi olla useita eri toiminnan ongelmia, joiden ratkaisemiseksi toimintaterapiassa voidaan löytää keinoja. Toimintaterapiapalvelujen kuvaamisen avuksi kehitetyssä toimintaterapianimikkeistössä avataan toimintaterapeutin työnkuvaa. Esimerkiksi *Toimintakokonaisuuksien hallinnan edistämisessä,* toimintaterapeutin tehtäviin kuuluu mm. *asiakkaan itsestä huolehtimisen edistämi*nen, kuten omasta terveydestä huolehtiminen sekä ruokailun ja ruokailutottumusten edistäminen ja *asioimiseen ja kotielämään liittyvien toimintojen edistäminen*, kuten

ostosten tekeminen ja raha-asioiden huolehtiminen sekä selviytyminen aterioiden valmistuksesta sekä kotitaloustöistä. (Toimintaterapianimikkeistö 2003, 5-6.) Kaikki edellä mainitut toiminnat voivat vaikuttaa yksilön ravitsemukseen ja toimintaterapian avulla yksilöä voidaan auttaa suoriutumaan näistä toiminnoista itsenäisesti ja motivoida asiakasta huolehtimaan omasta ravitsemuksestaan ja näin myös hyvinvoinnistaan ja terveydestään.

Tutkimusta toimintaterapiasta ja ravitsemuksesta yhdessä en löytänyt, mutta selviä yhteyksiä löytyy toimintaterapian ydinasioiden ja ravitsemukseen liittyvien toimintojen väliltä. Forhan (2008, 13) yhtyy Wilcockin (2006) väitteeseen, jossa Wilcock argumentoi toimintaan fokusoitumisen tukevan yksilön terveyttä ja hyvinvointia. Toimintaterapeuttien vahvuudet ylipainoisten yksilöiden terveyden edistämisessä ovat asiakaslähtöinen työote, jossa keskitytään asiakkaan vahvuuksiin ja voimavaroihin (Creek 2002, 21) ja toiminnan analysointi (Clark ym. 2007, 702). Terveyttä edistävien toimintojen ja terveellisten ruokavalintojen, joita toimintaterapiassa voidaan tukea, kuuluisi olla osana asiakkaan arkipäivää (Forhan 2008, 14-16). Toimintaterapeutit voivat hyödyntää osaamistaan toiminnan analysoinnista ja näin ymmärtää asiakkaan suoriutumistapoja päivittäisistä toiminnoista. Toimintaterapeutit harjoittelevat ADL- ja IADL- toimintoja yhdessä asiakkaan kanssa sekä arvioivat erilaisten apuvälineiden, esim. keittiöapuvälineiden tarvetta ja käyttöä. Ohjauksen, interventioiden ja strategioiden kautta toimintaterapeutit voivat auttaa asiakasta luomaan uusia terveyttä edistäviä tapoja ja rutiineja elämäntapamuutosten tueksi. Toimintaterapeuttien erikoisosaamiseen kuuluu myös erilaisten vaihtoehtoisten ja kompensoivien tapojen löytäminen päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen tueksi. (Clark ym. 2007, 702.)

Ravitsemusasioihin perehtyneillä toimintaterapeuteilla on myös valmiudet luoda erilaisia toimintaterapiainterventioita, joissa voidaan pureutua yksilön ravitsemukseen toiminnan ja arjen kautta. Näillä interventioilla, voidaan motivoida asiakasta osallistumaan omien tapojensa ja rooliensa tarkasteluun sekä niiden mukauttamiseen terveydentilan vaatimalla tavalla. Toimintaterapeutit auttavat asiakkaitaan kehittämään jäsennellyn ja yksilöllistetyn lähestymistavan elämätavan muutoksille. (Clark ym. 2007, 701.) Yksi esimerkki tällaisesta yksilön elämäntapamuutoksiin keskittyvästä toimintaterapiainterventioista on yhdysvaltalainen Lifestyle Redesign ®

Weight Management- ohjelma. Tässä ohjelmassa tavoitteena on terveellisten elämäntapamuutosten kautta painonpudotus ja – hallinta. Lifestyle Redesign ® Weight Management- ohjelmassa ravitsemukseen liittyvinä osa-alueina ovat muun muassa terveellinen syöminen, ruoanlaitto ja ruokailu ravintolassa, päivittäisten valintojen ja kroonisten sairauksien yhteyden löytäminen, energisyyden löytäminen, tunnesyöminen tunnistaminen sekä terveellisten palkinto- ja mielihyväasioiden löytäminen ruoan tilalle sekä sosiaalinen syöminen. (Lifestyle Redesign ® Weight Management Program.)

Vaikka toimintaterapeutit toteuttaisivat ravitsemusneuvontaa, se ei ole ravitsemusterapiaa eikä se korvaa ravitsemusterapeuttien ammattiosaamista. Ravitsemusterapeutit työskentelevät yksilöiden ravitsemusneuvonnan parissa, suunnitellen asiakkaille yksilöllisiä ruokavalioita ja seuraten niiden toteutusta. Eri sairauksien ravitsemushoito on myös ravitsemusterapeuttien erityisalaa. (Ravitsemusterapeutti, Ammattinetti.) Toimintaterapiassa toteutetaan ravitsemusneuvontaa ja – ohjausta eri näkökulmasta. Toimintaterapeutti keskittyy asiakkaan ravitsemuksen tarkasteluun arjen asiantuntijana ja toiminnan näkökulmasta ja voi tarjota asiakkaille erilaisia keinoja elämäntapamuutosten tueksi. (Clark ym. 2007, 701.) Toimintaterapeutit voivat olla yhtenä ammattiryhmänä toteuttamassa perustason ravitsemusneuvontaa, koska hyvin toteutunut ravitsemusohjaus tarvitsee riittävästi ravitsemukseen perehtyneitä ammattihenkilöitä terveydenhuoltoon, jotta ongelmiin voidaan tarttua ajoissa (Uusi suositus potilaiden ravitsemushoitoon 2010).

3 YLIPAINO JA LIHAVUUS

Ylipaino, liikapaino ja lihavuus tarkoittavat kehoon kertyneen rasvakudoksen ylimäärää. Tätä ylimäärää mitataan painoindeksillä (BMI-Body Mass Index), jossa liikapainon ja ylipainon BMI on yli 25 ja lihavuuden BMI on yli 30. Sisäelinten ympärille kertynyttä rasvaa mitataan vyötärönympärysmitalla. Merkittävän vyötärölihavuuden raja-arvot ovat miehillä 100cm ja naisilla 90cm. Ylipaino liittyy kansanterveydellisesti merkittävimpiin sairauksiimme niin Suomessa kuin kansainvälisesti. Sen on tutkittu olevan riskitekijänä muun muassa seuraavissa sairauksissa: verenkiertoelinsairaudet,

diabetes, dementia, astma, kihti, depressio, maksa- ja munuaissairaudet, useat syöpäsairaudet, uniapnea ja nivelrikko. Vuonna 2007 tehdyssä Finrisk- tutkimuksessa Suomessa oli yli kaksi miljoonaa liikapainoista (BMI>25) työikäistä, joista 650 000 oli lihavia (BMI>30). (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito- suositus 2011.)

Normaalisti ylipainon taustalla on liian suuri energiansaanti suhteessa yksilön kulutukseen, mutta joissain tapauksissa aineenvaihdunnalliset sairaudet ja lääkitys voivat aiheuttaa lihavuutta. Yhteiskunta-aseman on myös todettu olevan yhteydessä lihavuuteen; alhaisemmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevat ja vähän koulutetut suomalaiset ovat paremmin koulutettuja ja varallisempia suomalaisia lihavampia. (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito- suositus 2011.) Lihavuus on yksi merkittävä sairauksien ja oireyhtymien riskitekijä sekä jo itsessään lihavuus ilman liitännäissairauksia on yksilön elämänlaatua heikentävä tekijä (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito- suositus 2011; Kaukua 2006). Lihavuuden aiheuttamia elämänlaatuongelmat näyttäytyvät muun muassa yksilön itsetunnossa ja minäkäsityksessä, seksuaalisuudessa ja sosiaalisissa suhteissa (Kaukua 2006).

3.1 Ylipaino ja lihavuus mielenterveyskuntoutujilla

Psykiatriset kuntoutujat ovat usein alttiimpia lihomiselle, sillä heillä on taustalla useita riskitekijöitä. Tutkimuksista käy ilmi, että pienituloiset ovat usein ylipainoisempia kuin hyvin toimeen tulevat ja pienituloisten on usein vaikeampi hakea apua terveysongelmiinsa. Brownin (2006, 267) mukaan mielenterveyskuntoutujien terveyskäyttäytyminen on myös heikompaa kuin terveellä väestöllä. Mielenterveyshäiriöt ja niiden lääkehoito vaikuttavat myös kuntoutujan ruokahaluun ja aineenvaihduntaan ja sitä kautta myös ylipainon riski kasvaa. (Brown ym. 2006, 267–268; Isometsä & Katila 2007; Ruusunen & Martikainen 2010, 122–123). Kappaleessa 2.1 on mainittu useita psykiatrisen kuntoutujan ylipainoon vaikuttavia tekijöitä. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi olla kiinnostuneita ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien ruokailutottumuksista. Mielenterveyskuntoutujilla esiintyy usein ahmimista ja muita ongelmallisia ruokaan ja syömiseen liittyviä tapoja, kuten yösyöminen. Ammattilaisen on syytä olla myös herkkänä asiakkaan asenteista omaa kehoa ja painoa kohtaan.

Ylipainoista kärsivien mielenterveyskuntoutujien itsetuntoa on pyrittävä tukemaan ja kannustaa heitä elämään ongelmistaan huolimatta aktiivisesti. Erilaiset painonpudotus- ja hallintainterventiot ovat myös mielenterveyskuntoutujille sopivia elämäntapamuutoksiin kannustavia välineitä. (Devlin, Yanovski & Wilson 2000.)

3.2 Ylipainon ja lihavuuden vaikutukset yksilön toimintakykyyn

Ylipaino ja lihavuus vaikuttavat moninaisesti yksilön arkeen. Lihavuus hankaloittaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, vähentää tyytyväisyyttä toiminnoista suoriutumiseen ja vaikeuttaa osallistumista yksilölle merkityksellisiin vapaa-ajan toimintoihin. (Mulyadi 2000, 47–48.) Lihavuuden mukanaan tuomat ongelmat heikentävät yksilön elämänlaatua ja näin ollen vaikutukset yksilön arkielämään ovat huomattavat. Seuraavissa alakappaleissa tarkastelen lähemmin eri osa-alueita, joissa ylipaino ja lihavuus vaikuttavat yksilön toimintakykyyn ja kokemukseen itsestään aktiivisena toimijana.

3.2.1 Vaikutukset päivittäisiin toimintoihin

Lihavuuden on tutkittu vaikuttavan yksilön selviytymiseen päivittäisistä eli ADL- toiminnoista (ADL: Activities of Daily Living). Mulyadi (2000) on tutkinut toimintaterapian opinnäytetyössään lihavien yksilöiden ADL- toiminnoista selviytymistä normaalipainoisiin verrattuna. Tutkimuksessa suurimmat ongelmat löydettiin sosiaalisista vuorovaikutustilanteista, fyysistä ponnistelua vaativista toiminnoista sekä toiminnoista, jotka liittyivät ruokaan. (Mulyadi 2000, 47–48.) Lihavuudesta kärsivät miehet ja naiset iästä riippumatta kokevat normaalipainoisia useammin ongelmia erityisesti päivittäisistä perustoiminnoista (ADL- toiminnot) suoriutumisessa ja välineellisistä päivittäisistä toiminnoista eli IADL-toiminnoista (IADL: Instrumental Activities of Daily Living) suoriutumisessa. Esimerkkinä suoriutumisen ongelmia aiheuttavista ADL-toiminnoista ovat syöminen, peseytyminen ja pukeutuminen sekä IADL- toiminnoista ruoanlaitto, ostosten tekeminen ja kodinhoito. (Bish, Blanck, Maynard, Serdula, Thompson & Kettel Khan 2007.)

Forhanin, Lawn, Vrkljanin ja Taylorin (2010a, 136, 139-141) tutkimuksesta ilmenee, että 128:sta lihavasta (BMI yli 40) aikuisesta 75%:a tunnisti lihavuuden rajoittavan heidän suoriutumistaan päivittäisistä toiminnoista. Toimintaterapian tutkijat tarkastelivat lihavuuden vaikutusta yksilöiden arkeen selvittämällä heidän ajankäyttöään. He kysyivät tutkimukseen osallistuvilta, kuinka paljon aikaa he kuluttivat mihinkin toimintoihin. Saatuja tuloksia verrattiin Kanadan normaaliväestön ajankäyttöprofiiliin. Tutkimus paljasti yllättäviä ja osaksi hälyttäviä asioita lihavien ajankäytön jakaumasta. Tutkimusjoukko kulutti keskimääräisesti 33 %:a ajastaan päivittäisiin toimintoihin, 29 %:a työhön ja vain 15 %:a virkistys- ja harrastustoimintaan. Normaaliväestöllä päivittäisiin toimintoihin kuluva aika oli yli kolme kertaa pienempi ja vapaa-ajantoimintaan käytetty aika kolmanneksen suurempi. Työhön käytetty aika oli väestöotoksella hieman suurempi kuin tutkimusjoukolla. Tutkimuksen tulokset paljastavat, että lihavat ihmiset eivät ole sosiaalisissa tilanteissa läsnä yhtä aktiivisesti ja heidän sosioekonominen asemansa on alhaisempi kuin normaaliväestöllä. Suurimman osan ajastaan lihavat yksilöt käyttivät päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen ja olivat enemmän sidoksissa kotiympäristöönsä kuin terve väestö.

Lihavuuden ja ylipainon vaikutuksia yksilön suoriutumiseen päivittäisistä askareista on tutkittu kohtuullisen paljon kansainvälisesti, mutta tutkimuksista ei juuri nouse esille yksilöiden oma kokemus ylipainon aiheuttamista toiminnan esteistä. Forhan, Law, Vrkljan ja Taylor (2010b, 214, 216–217) ovat tuoneet tutkimuksellaan tarvittavan lisäyksen myös tästä näkökulmasta. He tutkivat lihavien aikuisten omia kokemuksia osallistumisesta päivittäisiin toimintoihin. Tuloksista ilmeni, että lihavat yksilöt kokivat painon haastavan, rajoittavan ja useissa tilanteissa hallitsevan heidän osallistumistaan merkityksellisiin vapaa-ajan toimintoihin sekä jokapäiväisiin toimintoihin. Ruokailutottumukset olivat myös suuressa osassa ylipainoisen yksilön arjessa. Eräs Forhanin ym. tutkimukseen osallistunut tutkittava ilmaisi suhteensa ruokaan muuttuneen painonnousun myötä seuraavasti: ”Minusta tuntuu että ennen (ylipainoa) söin että pysyisin elossa, nyt tuntuu että elän syödäkseni”. Toinen tutkittava toivoi, että voisi joskus syödä nälkäänsä eikä vain täyttäisi syömisellä tyhjää aikaa tai tainnuttaisi tunteitaan. Forhanin ym. tutkimuksen tulokset osoittavat, kuinka tärkeää lihavuuteen on puuttua ajoissa, ennen kuin se alkaa hallita yksilön elämää. Kuitenkin

heidän tutkimukseensa osallistujat olivat sairaalloisen lihavia (BMI 40>), joten tutkimustulokset eivät täysin ole rinnastettavissa ylipainoisiin tai lihaviin yksilöihin.

3.2.2 Psykososiaaliset vaikutukset ja stigma

Poyser (2008) toteaa Buckroydin ja Rotherin (2007) teosta lainaten lihavuudella olevan myös huomattava psykososiaalinen vaikutus. Yksilö voi esimerkiksi kokea suunnatonta ahdistusta syömisestään. Forhan ym. (2010b, 214–216) toivat myös esille sen, kuinka lihavuus vaikuttaa yksilön uskottavuuteen sosiaalisesti ja ammatillisesti. Haastateltavat kuvasivat Forhanin ym. (2010b) tutkimuksessa, kuinka he ovat kokeneet lihavuuden heikentäneen heidän omanarvontuntoaan sekä autonomian tunnetta. Lihavat yksilöt kokivat myös muiden ihmisten kielteiset asenteet lihavia kohtaan niin voimakkaina, etteivät he enää osallistuneet vapaa-ajantoimintoihin kuten uimiseen tai ravintolassa syömiseen. Arvottomuuden tunne häiritsi lihavuudesta kärsiviä myös työelämässä. Suuri osa ylipainoisista laihduttajista kokee myös voimakkaita stressioireita, sillä he eivät saa hallittua painoaan painonpudotuksen jälkeen (Poyser 2008, 408).

Ylipainoon ja lihavuuteen liittyy yhteiskunnassamme myös leimaamista, *stigmatisointia*. Lihavuuden takia yksilö helposti leimataan työpaikoilla, kouluissa ja terveydenhuollossa. Tähän leimaan liittyy useita stereotypioita; lihava ihminen on laiskempi sekä vähemmän motivoitunut toimintaan kuin laiha ihminen (Wang, Brownell &Wadden 2004,1333, 1335) ja ettei lihavilla ihmisillä ole tahdonvoimaa (Puhl, Moss-Racusin, Schwartz & Brownell 2008, 347). Ylipainosta aiheutuva stigma aiheuttaa yksilölle epäsuotuisia psykososiaalisia vaikutuksia; masennukseen altistumisen lisäksi lihavat voivat kärsiä myös muista psyykkisistä oireista ja heikentyneestä itsetunnostaan sekä ahdistua omasta kehonkuvastaan. Tällainen leimaaminen on ylipainoisille yksilön terveydelle ja hyvinvoinnille haitallista, mutta harmiteltavan yleistä. (Puhl ym. 2008, 348.)

3.3 Toimintaterapian mahdollisuudet ylipainoisten kuntoutuksessa

Forhan (2008, 13) lainaa Wilcockia (2006) toimintaterapian määrittelyssä seuraavasti: ”Terveyttä ja hyvinvointia tuetaan keskittymällä toimintaan”. *Toiminta* määritellään kulttuurisesti merkittäväksi työksi, leikiksi tai päivittäisiksi toiminnoiksi, jotka tapahtuvat yksilön fyysisessä ja sosiaalisessa kontekstissa. Toimintaterapia astuu kuvaan silloin, kun yksilön toimintaan osallistuminen on jostain syystä rajoittunutta, kehittymätöntä, häiriintynyttä tai mahdottomalta tuntuvaa. Toimintaterapiassa edistetään asiakkaan toimintamahdollisuuksia tavoitteena asiakkaan elämänlaadun paraneminen (Toimintaterapianimikkeistö 2003, 5).

AOTA:n (The American Occupational Therapy Association) vuonna 2002 antamasta kannanotosta *”Obesity and Occupational Therapy”* käy ilmi, että toimintaterapian ydin on avustaa ihmisiä osallistumaan päivittäisiin toimintoihin, joita he pitävät tarkoituksenmukaisina ja merkittävinä. AOTA ja sen jäsenet ovat ottaneet työskentelynsä tavoitteeksi lihavuuden hallinnan avulla edistää yksilöiden elämänlaatua ja yhteiskunnan terveyttä sekä ennaltaehkäistä ylipainon mukanaan tuomia terveysongelmia. Kannanoton tarkoituksena on selittää, mitkä ovat toimintaterapian tarjoamat mahdollisuudet terveydenhuollon ammattikuntana painonhallinnassa ja siihen liittyvien terveysongelmien hoidossa. Kannanotto osoittaa, että toimintaterapiapalveluilla vaikutetaan suorasti tai epäsuorasti lihavuuden aiheuttamiin ongelmiin, tavoitteena yksilöiden aktiivinen osallistuminen päivittäisiin toimintoihin. (Clark ym. 2007, 702.)

Koska lihavuus on jatkuvasti kasvava ongelma maailmanlaajuisesti, se on ajankohtainen asia myös toimintaterapian ammattilaisten keskuudessa. Selvitystyöni perusteella ylipainoisten hoitoon ja kuntoutukseen toimintaterapiapalveluita ei Suomessa ole vielä tarjolla tai ainakaan palvelut tai tutkimustyö ei ole niin näkyvillä kuin maailmalla. Ylipainon mukanaan tuomat haasteet niin yksilöllisesti kuin yhteiskunnallisesti puhuttavat kuitenkin toimintaterapeutteja niin Suomessa kuin maailmalla. Yhteiskunnan muuttuvaan terveydentilaan pyritään löytämään tehokkaita keinoja, tavoitteena sairauksien ennaltaehkäisy ja yksilöiden hyvinvoinnin parantaminen. Tähän on pyritty myös CAOT:in (Canadian Association of Occupational Therapists) vuonna 2008 järjestämällä konferenssilla, jonka teemana oli lihavuus. Käsiteltävinä asioina konferenssissa olivat lihavuuteen liittyvien asioiden, kuten terveydentilan, kulttuurillisten,

sosiaalisten ja poliittisten, asioiden ymmärtäminen sekä terveellisten toimintojen mahdollisuuksien ymmärtäminen lihavien yksilöiden hyvinvoinnin parantamisessa. (Forhan 2008, 3.)

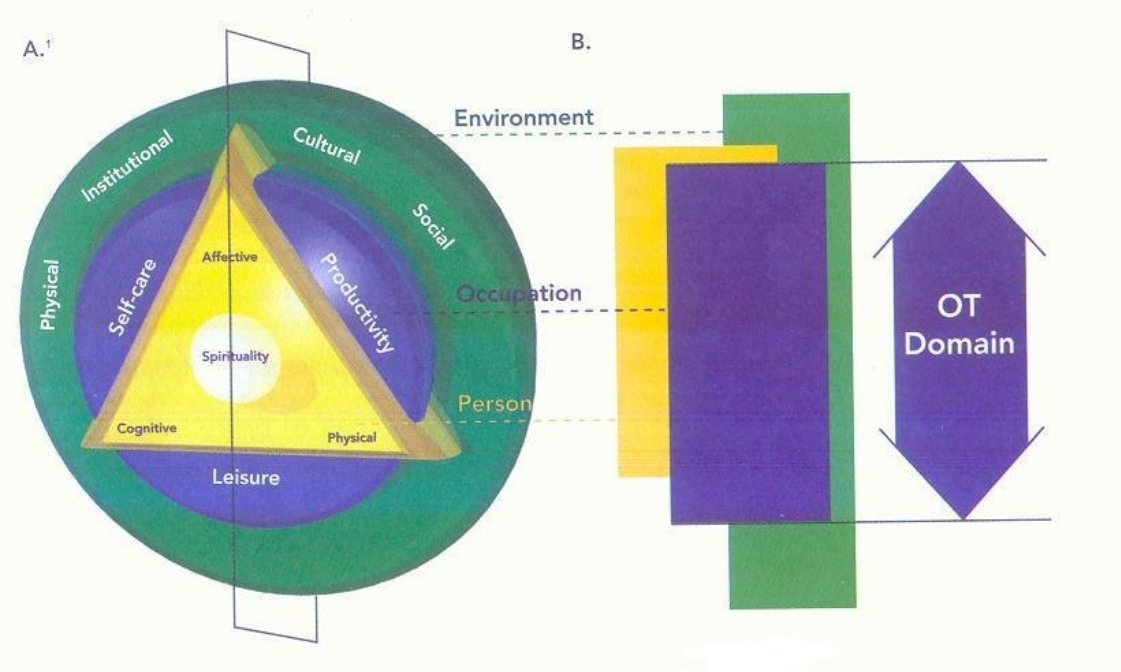
Konferenssissa käsiteltiin myös toimintaterapiapalveluita ja niissä havaittuja rajoituksia lihavien asiakkaiden kuntoutuksessa. Konferenssin tavoitteena oli keskittyä terveyttä edistäviin toimintoihin, jotka voisivat tehokkaasti ennaltaehkäistä lihavuutta ja toimintoihin, joita voisi käyttää apuna lihavuuden hoidossa. Yhtenä tärkeänä osa-alueena käsiteltiin myös toimintojen mahdollistamista lihavuuden kanssa eläville ihmisille. Forhanin (2008, 17-18) mukaan toimintaterapiapalvelut lihavuuden ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja toimintojen mahdollistamisessa voisi kohdistaa ICF- mallin (The International Classification of Functioning and Disability) osa-alueille, jolloin myös muut ammattiryhmät kansainvälisesti tunnistaisivat toimintaterapiapalvelut paremmin. Forhanin (2009, 1) näkemys on, että toimintaterapialla on potentiaalia ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisyssä. Tämä edellyttää kuitenkin palveluiden kohdentamisen yksilöille, joilla on suurentunut riski lihavuuteen ja sen liitännäissairauksiin. Amerikassa ylipainoisten kuntoutuksessa tähdätään pysyviin elämäntapamuutoksiin, johon kuuluu muun muassa keinojen ja mahdollisten apuvälineiden löytäminen ravitsemusmuutosten sekä liikuntatottumusten tueksi. Terveydenhuoltohenkilöstön tulisi auttaa asiakasta asettamaan päämääriä ja löytämään motivaatiota painonpudotuksensa tueksi. Myös sosiaalisen tuen löytäminen asiakkaalle voi suositusten mukaan olla hyödyksi. (Villareal, Apovian, Kushner & Klein 2005.)

4 CMOP – E, Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitouttamisen malli

Valitsin opinnäytetyöni toimintaterapian viitekehykseksi Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitouttamisen mallin, josta käytetään lyhennettä CMOP-E. CMOP-E on toimintaterapeuttien käytännön työtä ohjaava malli ympäri maailmaa (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock 2005,2). Se kuvaa toiminnallisuuden yksilön, ympäristön ja toiminnan vuorovaikutuksen tuloksena, sekä korostaa toiminnan liitty-

vän vahvasti yksilön terveyteen ja hyvinvointiin (Polatajko, Townsend & Craik 2007, 22-23). Malli ohjaa opinnäytetyötäni toimintaterapian näkökulmasta ja antaa rungon yksilön ravitsemusongelmien käsittelylle.

Malli on alun perin Kanadalaisen toimintaterapeuttiyhdistyksen vuonna 1997 julkaisema, mutta myöhemmin Polatajko, Townsend ja Craik (2007) ovat päivittäneet sitä ja malli kulkee nykyään nimellä Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), jonka suomennos tunnetaan nimellä Kanaladalainen toiminnallisuuden ja sitouttamisen malli (Kuvio 1). Sen tausta-ajatuksena on vahvasti asiakaslähtöinen työote ja yksilöllisyys (Law ym. 2005, 3-5). Toiminnallisuus kuvataan mallissa yksilön, ympäristön ja toiminnan dynaamisena vuorovaikutuksena, joka jatkuu läpi ihmisen eliniän. Tämä vuorovaikutus on läsnä ihmisten arjessa; heidän rooleissaan, ympäristöissä missä he elävät, työssä ja leikissä, siis kaikissa heidän toiminnoissaan. (Polatajko ym. 2007, 22-23.)



KUVIO 1. CMOP-E- malli. Kuvio määrittelee toimintaterapian ytimen. A-osassa mallin visuaalinen havainnollistaminen ja B- osassa läpileikkauskuva toimintaterapian kiinnostuksen kohteesta. (Polatajko ym. 2007, 23.)

Mallissa yksilö jaetaan ominaisuuksiin, joita ovat fyysinen, psyykkinen ja kognitiivinen. Näiden ominaisuuksien keskellä nähdään sijaitsevan ihmisen ydin eli spirituaalisuus. Ympäristö jaetaan fyysisiin, sosiaalisiin, kulttuurisiin ja yhteiskunnallisiin elementteihin. Toiminta jakautuu itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan. Yksilön toiminnoista suoriutumiseen vaikuttaa muutos minkä tahansa mallin kolmen komponentin osa-alueella (Polatajko ym. 2007, 22–23.) Kanadalaisen mallin näkökulmasta toiminnalla on valtava merkitys yksilön hyvinvointiin. Toiminta on ihmisen perustarve, jota hän tarvitsee eläkseen ja nauttiakseen elämästä. Toiminta tuo merkitystä ja sisältöä elämään ja se on tärkeä väline tavoitteisiin pääsemiseksi. Mielekkäiden toimintojen löytyminen motivoi yksilöä myös arjen kiireiden keskellä. Toiminta tuo yksilön elämään tarkoituksen, yksilö voi tuntea olevansa tarpeellinen ja tuottava yksilö. Toiminta myös mahdollistaa yksilölle valinnan ja hallinnan tunteen, tuo elämään tasapainoa ja tyydytystä sekä orientoi yksilön aikaan ja paikkaan. (Canadian Association of Occupational Therapists 1997, 33-39.)

Malli sopii opinnäytetyöhöni siksi, koska se käsittää toiminnan moniulotteisena ja vivahteikkaana yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksena sekä työskentelyn ytimenä pidetään asiakaslähtöistä näkökulmaa. Malli ohjaa työskentelyäni toimintaterapian teoreettisena viitekehyksenä ja antaa runkoa yksilön ravitsemusongelmien käsittelylle toimintaterapeuttisesta näkökulmasta. Malli huomioi hyvin yksilöiden erilaisuuden ja osoittaa yksilön, ympäristön ja toiminnan välisten yhteyksien vaikuttavan päivittäiseen elämään (Canadian Association of Occupational Therapists 1997, 45). Malli tuo myös esille, kuinka yksilö muokkaa omien kokemustensa ja muuttuneiden olosuhteiden pohjalta toimintaansa, esimerkiksi välttelee tai hylkää joitain toimintoja ja kehittää joitain uusia toimintamalleja tilalle (Canadian Association of Occupational Therapists 1997, 47). Malli korostaa toiminnan liittyvän vahvasti hyvinvointiin ja terveyteen (Polatajko ym. 2007, 21-22), jotka ovat opinnäytetyössäni ensiarvoisen tärkeitä elementtejä.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimukseni tarkoituksena on tuottaa tietoa ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien ravitsemukseen liittyvistä haasteista, jotka ilmenevät kuntoutujien arjessa näyttäytyvinä ravitsemuksen ongelmina. Tavoitteeni on selvittää kuntoutujien kokemat ravitsemuksen haasteet haastattelujen avulla. Tutkimustuloksia hyödyntäen muodostetaan lähtökohdat Suvimäen klubitalon ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien elämäntapaintervention suunnitteluun.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimukseni on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, koska tarkoitukseni oli saada aineistosta uutta ja yksityiskohtaista tietoa kuntoutujien omasta näkökulmasta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 164). Kun halutaan tutkia ilmiötä ja hahmottaa ilmiö kattavasti, tarvitaan laadullista tutkimusta. Laadullisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään käsittelyyn valittu ilmiö. (Kananen 2010, 37.) Tavoitteeni oli selvittää kuntoutujien arjessaan kokemia ravitsemukseen liittyviä haasteita, joista pyrin tutkimukseni avulla saamaan kokonaiskuvan. Tutkittavaa ilmiötä lähdin selvittämään teemahaastattelun avulla. Teemahaastatteluissa keskityin nimenomaan kuntoutujien ravitsemukseen vaikuttaviin asioihin. Haastattelulla pyritään saamaan kokemuksellista tietoa haastateltavilta, heidän ajatuksistaan ja toiminnastaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72). Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja, jotka tuottavat yksityiskohtaisempaa ja luotettavampaa tietoa kuin ryhmähaastattelut, joskin aineisto on työläämpää käsitellä (Kananen 2010, 53). Toteutin teemahaastattelut hyödyntäen haastattelun runkona toimintaterapeuttien käyttöön suunniteltua puolistrukturoitua itsearviointimenetelmää, COPM:ia (Canadian Occupational Performance Measure).

6.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Yhteistyökumppanini Suvimäen klubitalon jäsenet ja työntekijät toivoivat apua terveyden edistämiseen ja painonhallintaan ravitsemusasioiden tarkastelun avulla. Toivomuksena oli, että näitä asioita voitaisiin lähestyä ryhmämuotoisesti. Ennen intervention toteutusta on kuitenkin käytävä läpi monivaiheinen prosessi. Salmela, Kettunen ja Poskiparta (2010, 209) lainaavat Michien (2008) näkemystä vaikuttavan ja tarkoituksenmukaisen elämäntapoihin keskittyvän intervention suunnittelun prosessista. Ensin on mietittävä ajankohtaisen teorian pohjalta, mihin osatekijöihin interventio tulisi kohdistaa. Teorian lisäksi intervention suunnittelussa täytyy tietää myös vaikuttamisen kohde, johon interventio voidaan täsmällisesti kohdentaa. Tätä vaikuttamisen kohdetta selvitän haastattelujeni avulla. Rajasin opinnäytetyöni aiheen selvitykseksi intervention kohdejoukon kokemista ravitsemushaasteista. Haastattelutulosten on tarkoitus antaa tietoa intervention vaikuttamisen kohteesta ja tukee intervention suunnittelua. Kriteereinä tutkimukseen osallistumisessa olivat mielenterveysdiagnoosi, ylipaino ja motivaatio oman ravitsemuksen ja siihen liittyvien toimintojen tarkasteluun. Haastateltavat, tutkimuksen kriteerit täyttävistä ja haastatteluun halukkaista henkilöistä, valittiin yhdessä Suvimäen klubitalon henkilökunnan ja muiden kuntoutujien kanssa, ja tutkimusjoukkoon valikoitui 10 klubitalon jäsentä. Tutkimukseni herätti yleisesti kiinnostusta Suvimäen klubitalolla ja enemmänkin kiinnostuneita tutkimukseen osallistujia olisi ollut, mutta he eivät joko täyttäneet tutkimusjoukolta vaadittuja kriteereitä tai eivät elämäntilanteensa vuoksi voineet osallistua tutkimukseen juuri kyseisenä ajankohtana.

6.2 Tutkimusote

Laadullisen tutkimuksen tehtävä on kuvata tutkimusjoukon todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja saada esille heidän oma näkökulmansa asioista. (Hirsjärvi ym. 2010, 161). Laadullista tutkimusta käytetään, kun tutkittavasta ilmiöstä ei ole vielä tietoa ja tutkimusta ja halutaan ilmiöstä selkeä kuvaus. Selkeä kuvaus voi olla sanallinen, jolloin ilmiö voi olla helpommin ymmärrettävissä. Vaikka laadullisen tutkimuksen sanallinen kuvaus ei ole niin tarkka kuin määrällisen tutkimuksen numeerinen kuvaus, sanallisella kuvauksella voidaan antaa syvällisempää tietoa ilmiös-

tä. (Kananen 2010, 41–42.) Syvällisen tiedon saamista ja ymmärtämistä pidän omassa tutkimuksessani tärkeänä elementtinä. Tutkimukseni tavoite ei ollut kerätä numeerista tietoa kuntoutujien ongelmista eikä käyttää aineistonkeruumenetelmänä esimerkiksi kyselyä, joiden avulla haastateltavilta saatu tieto jää usein pinnallisemmaksi kuin esimerkiksi haastattelulla (Hirsjärvi ym. 2010, 195, 205).

Tutkimusotteeksi valitsin tapaustutkimuksen, koska lähden tutkimaan tarkkaan rajattua aihekokonaisuutta. Tapaustutkimuksessa tutkitaan usein yksittäistä tapausta tai tapauksia luonnollisessa ympäristössä, jolloin tutkittavasta kokonaisuudesta pyritään saamaan mahdollisimman yksityiskohtainen kuva (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c). Tutkimusjoukko valitaan niistä henkilöistä, joihin ilmiö liittyy ja jotka ovat ”tyypillisiä” tapauksia ilmiön kannalta (Kananen 2010, 54). Tutkimuskohteena minulla oli tiiviin yhteisön jäsenistä koostuva tutkimusjoukko, jotka on valittu tutkimukseen tarkoituksenmukaisesti edellä mainituin perustein. Yleensä tapaustutkimuksessa ei pyritä yleistettävään tietoon, vaan sillä pyritään syventämään tietoa aiheesta. Tulosten merkittävyyttä ja luotettavuutta voidaan perustella esittelemällä tarkka kuvaus aineistosta ja sen analysoinnista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c.)

6.3 Tutkimusmenetelmät

6.3.1 Aineistonkeruu

Tutkimusmenetelmän valintaa ohjaa yleensä se, mitä tietoa etsitään ja keneltä sitä etsitään (Hirsjärvi ym. 2010, 184). Tapaustutkimukselle on tyypillistä käyttää yksilöä tiedonkeruussa. Tapausta tutkimalla käyttäen saada esille moninaista ja ymmärrystä lisäävää tietoa, joka kuvaa ja selittää tutkittavaa ilmiötä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c.) Haastattelu on yksi yleisesti kvalitatiivisessa tapaustutkimuksessa käytetyistä aineistonkeruumenetelmistä, jonka tehtävänä on tuoda joustavasti esille haastateltavan omia kokemuksia ja näkemyksiä, haastattelijan ja haastateltavan välisen vuorovaikutuksen kautta (Hirsjärvi ym. 2010, 205). Halusin saada haastateltavilta tietoa heidän arkielämästään kotona ja arkipäiviin liittyvistä haasteista. Haastatteluja käytetään paljon myös toimintaterapiassa, niiden avulla pyritään saamaan kokonaisvaltainen kuva asiakkaan toiminnasta (Harra, Aralinna, Heikkilä, Korkiatupa, Löytönen

& Onkalo-Oikonen, 2006, 554). Joustavuutensa ansiosta haastattelu soveltuu erinomaisesti juuri mielenterveyskuntoutujien kanssa käytettäväksi aineistonkeruumenetelmäksi. Kuten Tuomi ja muut (2009, 72) teoksessaan ilmaisevat: ” *Kun haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee ja miksi hän toimii niin kuin toimii, on järkevää kysyä asiaa häneltä*”.

Opinnäytetyön aineistonkeruut toteutin teemahaastatteluina. Teemahaastattelussa haastattelu liittyy tiettyyn aihepiiriin, joka on ennalta tiedossa (Hirsjärvi 2010, 208). Haastattelujeni teemat oli rajattu kuntoutujien ravitsemusongelmien ympärille, jossa haastattelua ohjattiin kysymysten avulla arjen eri osa-alueilla näyttäytyviin ravitsemusasioihin. Teemahaastattelu on suhteellisen väljä aineistonkeruumenetelmä, koska haastateltavien omalle puheelle ja tulkinnalle annetaan tilaa. Jos haastateltava ohjautuu teemoista kauas, haastattelu ohjataan takaisin aihepiirien pariin ja samat teemat käydään läpi kaikissa haastatteluissa (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006d). Haastattelun avulla voin saada tietoa haastateltavien arkielämästä kotona, heidän näkemyksistään ja kokemuksistaan suhteessa ravitsemukseen. Tätä tietoa en voi saada muuten kuin haastattelua tiedonkeruumenetelmänä käyttäen. Teemahaastattelujen avulla pyrin keräämään yksityiskohtaista tietoa kuntoutujien ravitsemuksesta ja heidän kokemistaan ravitsemukseen liittyvistä haasteista. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmillä tavoitellaan todellisen tilanteen hahmottamista kokonaisvaltaisesti haastateltavan näkökulmasta käsin. (Hirsjärvi ym. 2010, 161,185). Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006d) korostavat tarkkaa aihepiiriin ja haastateltavien tilanteisiin perehtymistä ennen teemahaastattelua. Ravitsemuksesta ja siihen liittyvistä mahdollisista ongelma-alueista minulla oli jo tutkimushakujen ja teoriaan perehtymisen kautta hyvin pohjatietoa ja tunsin monet haastatteluihin osallistuvista Suvimäen klubitalon kuntoutujista jo ennestään. Arvioin teemahaastattelun olevan tutkimukseen sopiva aineistonkeruumenetelmä.

Teemahaastattelut toteutin hyödyntäen haastattelun tukena toimintaterapeuttien käyttöön suunniteltua COPM- itsearviointimenetelmää (Canadian Occupational Performance Measure). COPM pohjautuu Canadian Model of Occupational Performance- malliin (CMOP), jonka esittelin kappaleessa 4. COPM- itsearviointimenetelmän tarkoituksena on saada asiakas itse nimeämään niitä toimintoja, joiden suorittami-

sessa hän kokee ongelmia ja määrittämään näille toiminnoille tärkeysjärjestys. Asiakas myös arvio omaa suoriutumistaan näistä toiminnoista sekä tyytyväisyyttään suoriutumiseensa. COPM- menetelmällä saatuja pisteytysarvoja yksilön suoriutumisesta ja tyytyväisyydestä ei kuitenkaan hyödynnetä tässä tutkimuksessa. Vaikka en käytä COPM:ia suoranaisesti tässä tutkimuksessa, muodostin haastatteluni teemat sen osa-alueita hyödyntäen, koska se antaa kattavan kuvan yksilön arjessa selviytymisestä asiakkaan näkökulmasta (Law ym. 2005, 4, 14) ja näin tarjoaa hyvän rungon haastatteluihin. Kananen (2010, 54–56) toteaa, että teemahaastattelussa haastattelijan täytyy olla joustava, eikä liian tarkkoja teemoja voida luoda etukäteen, koska vaarana on tiedon jääminen pinnalliseksi. Haastattelu ohjaa itse itseään ja vastaukset tuottavat relevantteja lisäkysymyksiä. Haastatteluissani kartoitettavia teemoja olivat itsestä huolehtiminen, kuten syömistottumukset ja ostoksilla käyminen sekä ruoanvalmistukseen ja kodinhoitoon liittyvät toiminnot sekä yksilön kokemukset liittyen ravitsemukseen. Teemahaastattelun teemojen on käsiteltävä koko tutkimusilmiö ja haastattelun kysymyksien on annettava tietoa kaikilta ilmiön osa-alueilta.

Toteutin ensimmäisen harjoitushaastattelun ensin lähipiirissäni ja sen jälkeen Suvimäen klubitalolla yhden kuntoutujan kanssa, joka täytti samat valintakriteerit kuin tutkimukseen valikoituneet haastateltavat. Harjoitushaastattelujen aikana opettelin haastattelumenetelmän käyttöä, haastattelutilanteen jäsentämistä, nauhurin käyttöä, muistiinpanojen kirjaamista ja ajanhallintaa. Tämän haastattelun aikana harjoittelin lisäksi luottamuksellisen haastattelutilanteen luomista, haastattelun etenemisen ohjaamista ja haastattelulomakkeen täyttöä. Varsinaiset aineistonkeruuhaastattelut toteutin viiden viikon aikana keväällä 2012. Tutkimukseen valituista haastateltavista kaksi henkilöä jättäytyi pois henkilökohtaisista syistä ennen haastattelujen alkua. Tutkimusjoukon lopullinen määrä oli kahdeksan kuntoutujaa. Kokonaisuudessaan yksi haastattelutilanne vei aikaa 40–50 minuuttia. Pidin haastattelut Suvimäen klubitalolla pienessä kokoushuoneessa, joka oli varattuna meille haastattelujeni ajaksi. Toteutin haastattelut pysyen aikataulusuunnitelmassa.

6.3.2 Haastattelun kulku

Haastattelutilanteen aluksi esittelin itseni, ja kerroin haastateltavalle opinnäytetyöstäni sekä siitä, mitä varten haastatteluja toteutan ja mihin haastattelumateriaalia aion käyttää. Ennen haastattelun aloittamista annoin haastateltavalle luettavaksi vielä pienen tiivistyksen opinnäytetyöstäni, haastattelun toteutumisesta ja aineiston käytöstä sekä säilytyksestä (Liite 1). Pyysin kirjallisesti vielä jokaiselta tutkimukseen osallistuvalta kuntoutujalta luvan haastatteluun (Liite 2). Korostin luottamuksellisuutta ja haastateltavien anonymiteettiä koko haastattelutilanteen ajan.

Haastattelujen aikana pyysin kuntoutujaa kertomaan omin sanoin arkipäivänsä kulusta; heräämisestä nukkumaanmenoon saakka. Tässä haastattelun osassa annoin kuntoutujan vapaasti kertoa päivänsä kulusta ja arjen toiminnoista. Jos haastateltava ajautui kertomuksessaan kauas kysymykseen vastaamisesta, ohjailin kuntoutujaa takaisin arkipäivänsä ja ravitsemukseen liittyvien asioiden äärelle. Kirjoitin muistiinpanoja haastateltavan kertoessa päivänsä kulusta, mutta pyrin luontevasti katsomaan ja kuuntelemaan kuntoutujaa, koska muistiinpanojen lisäksi nauhoitin haastattelut. Kun haastateltava oli mielestään kertonut päivänsä kulun pääpiirteittäin ja vastannut esittämiini lisäkysymyksiin, pyysin kuntoutujaa miettimään aiemmin kuvailemaansa arkipäivää ja tunnistamaan sieltä toimintoja, joissa hän kokee ongelmia. Tässä vaiheessa ohjeistin asiakasta miettimään nimenomaan ravitsemukseen liittyviä ongelmia. Jos haastateltava ei osannut nimetä selkeitä ongelmakohtia, joihin halusi muutosta tai jotka hänen mielestään näyttäytyivät haastavina arjessa, nostin esille asioita, jotka ilmenivät haastateltavan aiemmassa kertomuksessa päivästään ja esitin tarkentavia kysymyksiä asiakkaan arjesta. Siten kannustin haastateltavaa pohtimaan esille nousseista asioista mahdollisia haasteita, jotka olisi hyvä nostaa tarkempaan käsittelyyn ja joihin hän itse haluaisi muutosta. Usein vaikutti siltä, että haastateltavalla oli ongelmia arjessaan, muttei hän osannut yhdistää ongelmia ravitsemukseen vaikuttaviin asioihin.

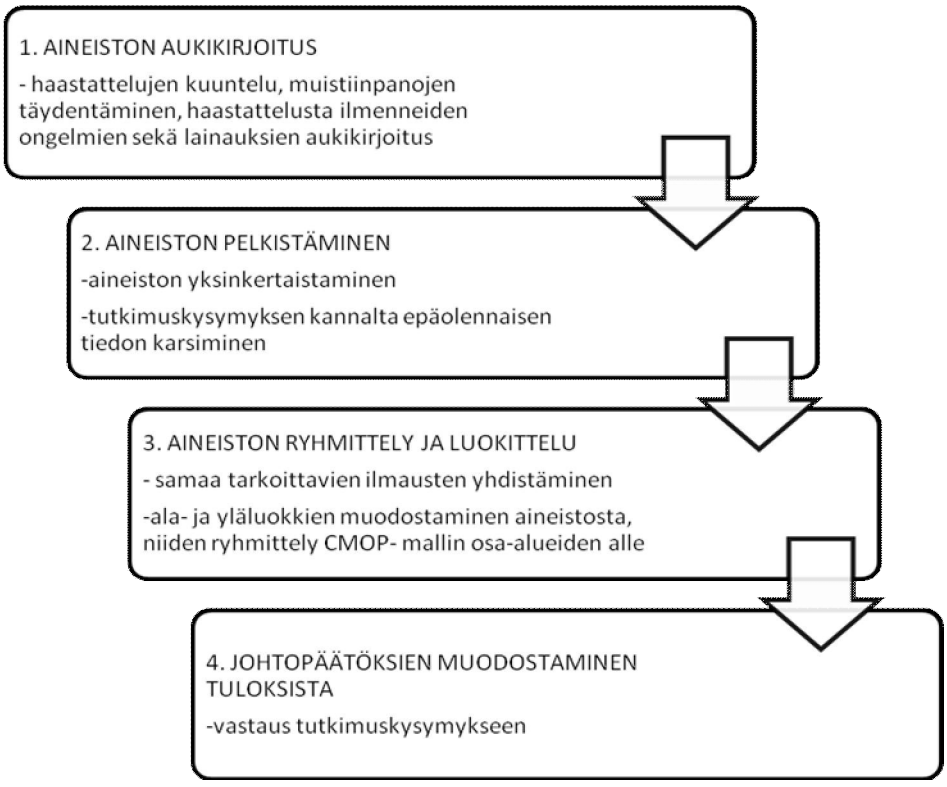
Haastatteluissa kaikki kuntoutujat eivät suoraan nimenneet ongelmia päivittäisissä toiminnoissa. Kuitenkin heidän puhuessaan arkipäivistään, huomasin heillä olevan useita haasteita ravitsemukseen liittyvissä toiminnoissa, joita he eivät suoraan osan-

neet pukea sanoiksi. Esitin haastatteluissa tarkentavia kysymyksiä päivittäisistä toiminnoista, joissa epäilin heillä olevan haasteita ja joista voisi olla tutkimukseni kannalta tärkeää nostaa tarkemmin tarkasteltaviksi. Kun sain nostettua näitä asioita haastattelussa kuntoutujan tietoisuuteen, sieltä usein löytyikin haasteita, joita kuntoutujat eivät osanneet kuvata tai he eivät mieltäneet niitä ravitsemukseensa vaikuttaviksi asioiksi. Haastattelutilanteessa pyrin olemaan mahdollisimman neutraali. En ollut luennoimassa tai arvioimassa kuntoutujien ravitsemusta vaan roolini oli nostaa asiat päivänvaloon. Esitin tarkentavia kysymyksiä aroistakin aiheista, mutta annoin haastateltavalle aina mahdollisuuden olla vastaamatta, jos aihe oli liian henkilökohtainen. Jokaisen haastattelun jälkeen kävin haastateltavan kanssa yhdessä läpi ylöskirjaamani ravitsemuksen ongelmat ja annoin heille mahdollisuuden vielä muuttaa tai tarkentaa vastauksiaan.

6.4 Aineiston analysointi

Analysoin keräämäni aineiston teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Haastattelumenetelmänä teemahaastattelu ei suoranaisesti ohjaa minkään tietyn aineiston analysointimenetelmän äärelle. Tutkija itse, tutkimustyypistä riippuen, määrittelee tulosten analysointi tavan. (Hirsjärvi ym. 2010, 208.) Teoriaohjaava, toiselta nimeltään teoriasidonnainen analyysi, sijoittuu teorialähtöisen ja aineistolähtöisen tutkimuksen välimaastoon (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a). Tutkimukseni aineiston analysointi lähti käyntiin keräämästäni aineistosta käsin. Aineiston analysoinnin edetessä huomasin aineiston olevan yhdenmukainen Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitouttamisen (Ks. tarkemmin kappale 4) mallin osa-alueiden kanssa. Tutkimukseni analyysissä painopiste oli aineistossa, kuten Tuomen ja Sarajärven (2009, 117) mukaan teoriasidonnaisessa analyysissä onkin, vaikka analysoin aineistoani teoriaohjaavasti. He myös perustelevat teoriasidonnaisen analyysin eroa teorialähtöisestä sillä, että teoriasidonnaisessa analyysissä keskitytään alkuperäisaineiston ilmauksiin, mutta aineisto liitetään ennalta tiedettyihin teoreettisiin käsitteisiin. Teoriaohjaava analysointi antoi minulle tutkijana mahdollisuuden lähestyä aineistoa ennakkoluulottomasti ja vasta aineiston analysoinnin edetessä ottaa aineoston tarkastelun tueksi oman ammattialani teoria.

Tuomen ym. (2009, 109) mukaan aineistoa pelkistetään jättämällä siitä pois kaikki tutkimukselle epäolennainen. Pelkistin aineistoani niin, että kirjoitin auki haastatteluista mielestäni kaiken tutkimustehtäväni kannalta oleellisen ja jätin epäolennaisen tiedon pois. Muotoilin haastateltavien ilmauksia lyhyemmiksi ja informatiivisemmiksi. Aineistonkeruun jälkeen kuuntelin kaikki haastattelut läpi ja luin huolellisesti muistiinpanoni ja täydensin niitä nauhojen pohjalta. Aukikirjoitin tutkimuskysymykseni kannalta muutamia haastateltavien suoria lainauksia, jotka olivat mielestäni tutkimusongelmaa erittäin hyvin kuvaavia. Kirjoitin kaikki kuntoutujien nimeämät ravitsemukseen liittyvät ongelmat nauhoilta auki. Nostin aineistooni mukaan myös haastattelutilanteessa ilmenneitä tutkimukseni kannalta merkittäviä ravitsemukseen liittyviä asioita, vaikka kuntoutuja ei itse nostanut niitä tärkeimpinä ongelmina esille. Tein aineiston analyysistä prosessikuvauksen selventääkseni analysoinnin kulkua. Tuomen ja Sarajärven (2009, 108–113) aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessia mukaillen tehdyn prosessikuvauksen löydät alla olevasta kuviosta 2.



KUVIO 2. Aineiston analysointi prosessi. Keräämäni aineiston teoriaohjaavan analysoinnin prosessikuvaus muodostettu Tuomen ja Sarajärven (2009, 109) aineistolähtöisen sisällönanalyysin polkua mukaillen.

Seuraava aineiston analysoinnin vaihe on Tuomen (2009, 110–111, 117) mukaan ryhmittely eli klusterointi, jossa haastatteluaineistosta ryhmitellään samaa asiaa tarkoittavia ilmauksia ja yhdistetään pelkistetyt ilmaukset yhteisiksi luokiksi. Ryhmittelin haastatteluaineistostani toisiinsa liittyviä ja samankaltaisia ilmauksia sekä pyrin luomaan pelkistetyille ilmauksille otsikoita. Näin sain muodostettua pelkistetyistä ilmauksista alaluokat. Jatkoin aineiston käsitteellistämistä ryhmitellen alaluokkia yhteen niiden sisällön perusteella. Muodostin ryhmitellyille alaluokille teoreettiset käsitteet, jotka muodostivat alaluokkia yhdistävät yläluokat. Aineiston käsitteellistämisellä eli abstrahoinnilla tarkoitetaan johtopäätöksien ja teoreettisten käsitteiden muodostamista alkuperäisaineistosta. Analysoinnin edetessä huomasin ongelmien olevan Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitouttamisen mallin osa-alueiden kanssa yhteneviä ja kuten teoriaohjaavassa analyysissä, yksiköt analysointiin tuodaan teoriasta. Ryhmittelin yläluokat mallin osa-alueille; yksilön, ympäristön ja toiminnan ongelmiin. Näin sain muodostettua aineistostani vielä pääluokat, jotka kokosivat hyvin alleen kaikki haastateltavien esille tuomat ravitsemuksen ongelmat. Luokittelussa aineisto tiivistyy ja yksinkertaistuu, koska yksittäisiä ilmauksia ryhmitellään isompien käsitteiden alle. Käsitteellistämistä jatketaan niin pitkälle, kuin aineiston sisältö sen sallii. Esimerkki haastatteluaineiston analysoinnista löytyy alla olevasta taulukosta (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston luokittelusta ja käsitteellistämisestä

YLIPAINOISTEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN NIMEÄMÄT RAVITSEMUKSEEN LIITTYVÄT ONGELMAT			
Pelkistetty ilmaus	**Alaluokka**	**Yläluokka**	**Pääluokka**
– ei säännöllistä ateriarytmiä – iltasyöminen – napostelu	Ateriarytmi	Tavat ja tottumukset	Yksilö

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Taustatiedot

Tutkimusjoukko koostui kahdeksasta (N=8) ylipainoisesta mielenterveyskuntoutujasta Suvimäen klubitalolta. Haastateltavista kolme (n=3) oli miehiä ja viisi (n=5) naisia, he olivat iältään alle kolmestakymmenestä ikävuodesta yli viiteenkymmeneen vuoteen ja asuivat joko vanhempiensa kanssa (n=1), oman lapsen kanssa (n=1), avopuolison kanssa (n=1), kämppäkaverin kanssa (n=1) tai yksin (n=4). Yksi haastatteluun osallistuja oli haastattelun aikaan työttömänä (n=1), kaikki muut olivat joko kuntoutustuella eli määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä (n=3) tai työkyvyttömyyseläkkeellä (n=4) mielenterveyshäiriöidensä takia. Haastateltavat olivat kaikki BMI- luokituksen mukaan ylipainoisia (BMI yli 25) tai lihavia (BMI yli 30).

7.2 Yksilöön liittyvät ongelmat

7.2.1 Tavat ja tottumukset

TAULUKKO 2. Yksilön tapoja ja tottumuksia kuvaavat ongelmat

Ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien nimeämät ravitsemuksen ongelmat		
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
– ei säännöllistä ateriarytmiä – iltasyöminen – aamiaisen väliin jääminen – napostelu	Ateriarytmi	Tavat ja tottumukset
– suuret annoskoot – santsaaminen	Annoskoko	
– rasvainen ruoka – sokeriset tuotteet – suolan käyttö – yksipuoliset ruoka-aineet	Ruoan laatu	
– ”ohimennen” ruokailu – ravintolassa ruokailu – yksin ruokailu – ahmiminen	Ruokailutilanne	
– alkoholin päivittäinen käyttö	Alkoholinkäyttö	

Haastatteluista nousi esille useita ongelmia, jotka olivat niin sanotusti opittuja käytäntöjä ja tapoja toimia. Kuten taulukossa 2 on esitetty, ylipainoiset mielenterveys-

kuntoutujat kokivat ongelmia ruokailutottumuksissaan, kuten ateriarytmissä, annoskoossa, ruoan monipuolisuudessa tai ruokailutilanteessa. Ruokailutottumuksiin liittyvät haasteet nousivat haastatteluissa voimakkaasti esille, kun kuntoutujat miettivät ajankäyttöään ja päivärytmiään. Kaksi haastateltavaa toi esille käyttävänsä lähes päivittäin alkoholia useamman alkoholiannoksen verran, joista toinen haastateltava koki tämän ongelmaksi.

Taulukossa 2 esitetään kuntoutujien nimeämät ateriarytmin ongelmat. Haastatteluista nousi ilmi, ettei kenelläkään kahdeksasta haastateltavasta ollut säännöllistä ateriarytmiä, joista yli puolet (n=6) koki sen ongelmaksi tai asiaksi, johon he haluaisivat muutosta. Osalla ongelmat ateriarytmissä olivat olleet läsnä aina, osalla vaikeudet olivat puhjenneet sairastumisen myötä ja osalla taas ongelmat ruokailurytmissä olivat ilmenneet vasta työelämästä poisjäämisen jälkeen. Yksi haastateltavista kuvasi ateriarytmiään seuraavasti:

> ”*Jos mä teen (ruokaa), niin mä syön sitä pitkin päivää, voin syödä silleen et mulla ei oo mitään ruoka-aikoja.”*

Puolet (n=4) haastateltavista jättivät aamupalan syönnin kokonaan väliin, joko sen takia, että vuorokausirytmi oli aivan sekaisin tai siksi, ettei ruoka maistunut aamulla. Kaksi heistä korvasi aamupalan kahvilla. Yli puolella(n=6) haastateltavasta ruokailu oli iltapainotteista.

> *”Ennen mulla oli tapana silloin alkuyöstä syödä ihan kunnon lämmin ateria --- pikkasen on vähentynyt nyt se.”*

Kaikki haastateltavat söivät vähintään yhden lämpimän ruoan päivässä, mutta usealle tämä oli ainut varsinainen ateria. Kolme haastateltavaa nimesi, että napostelu on heille huono tapa, ja yksi heistä oli saanut naposteltavansa vaihdettua terveellisempiin herkkuihin, kuten kasviksiin. Kaksi naposteli pääasiassa sipsejä, makeisia, leikkeleitä ja juustoja. Napostelut korvasivat usein myös varsinaiset ateriat. Yksi kuntoutuja kertoi napostelustaan seuraavasti:

> *”--- ennen se (napostelu) oli selkeemmin siihen että on huonofiilis, mutta nyt se on silleen vaan se on ehkä semmonen tapa et on pakko saada jotain herkkuja, niinku että ei montaa päivää pärjää ilman, herkuttelua.”*

Haastateltavat kokivat ongelmia annoskoon hallinnassa. Kolme kuntoutujaa kertoi ateriakoon hallinnassa olevan vaikeuksia ja siksi syövänsä usein liian suuria annoksia. Yksi kuntoutuja nimesi suureksi ongelmakseen santsaamisen, jota ei saa pidettyä hallinnassa. Hän kertoi santsaavansa lähes aina, vaikka hän itse kuvasi, että jo ensimmäinen annos olisi riittänyt tuomaan kylläisyyden tunteen. Lähes kaikki kuntoutujat (n=7) toivat esille, että heidän nauttimansa ruoan laadussa olisi parantamisen varaa. Kolme kuntoutujaa koki syövänsä liian yksipuolisesti. Puolet (n=4) koki syövänsä paljon rasvaisia ruoka-aineita, neljäsosa (n=2) kertoi käyttävänsä liikaa suolaa ruoanvalmistuksessa ja kaksi söi paljon sokerisia tuotteita. Yksi haastateltava, joka mainitsi syövänsä paljon rasvaisia valmisruokia, kertoi seuraavasti:

> *”Kevyttä ruokaa pitäs syyä, mutta ei mulle maistu oikein että… Mä oon kyllä suunnitellu et pitäis ostaa jotain kasvispihvejä tai pyöryköitä, mutta katoin kaupassa et se on semmonen pieni kallis paketti.”*

Kuten taulukossa 2 on esitetty, kuntoutujien ruokailutilanteisiin liittyi ongelmakohtia. Lähes kaikki (n=7) haastateltavista söivät yksin. Yksi kahdeksasta söi lähes aina ulkona, muut (n=7) söivät kotioloissa joko itse valmistettua tai lähipiirin valmistamaa ruokaa tai klubitalolla omia eväitään. Yksi kuntoutuja kertoi haastattelussa ruokailutilanteensa olevan niin sanottua ”ohimennen ruokailua”; hän ei istunut alas syömään ateriaa vaan söi pitkin päivää kaikkea mahdollista muun toiminnan ohessa. Haastatteluun osallistuvat kuntoutujat harvoin käyttivät hyväkseen mahdollisuutta syödä klubitalolla tarjottavan edullisen kotiruokalounaan.

7.2.2 Fyysinen ja psyykkinen terveydentila

TAULUKKO 3. Yksilön fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan liittyvät ongelmat

Ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien nimeämät ravitsemuksen ongelmat		
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
– surusyöminen/tunnesyöminen – jatkuva mielihalu ruokaan – mielialan takia ei jaksa laittaa terveellistä ruokaa – syömisestä tulee hetkeksi hyvän olon tunne – masennusjaksolla ei ateriarytmiä – sokerihimo, kun mieliala on huono	Mieliala	Fyysinen ja psyykkinen terveydentila
– ylipaino vaikuttaa mielialaan – ylipaino vaikeuttaa joitakin toimintoja – painonnousu aiheuttaa stressiä – painonpudotuksen jälkeen painonhallinta ei onnistu – painonpudotus ei ole onnistunut – toistuva kuuriluontoinen painonpudotus laihdutusvalmisteilla – ylipaino tuo mukanaan muita terveysongelmia	Ylipaino	
– ruokailun jälkeen kova väsymyksen tunne – vatsavaivojen takia ei voi syödä mitä haluaa	Fyysiset oireet	

Taulukossa 3 esitetään haastateltavien fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan sidoksissa olevia ongelmia. Yli puolet (n=5) haastateltavista nimesivät mielialan vaikuttavan ratkaisevasti syömiskäyttäytymiseen ja ruoka-aineiden laatuun. Mieliala vaikutti kuntoutujien syömiskäyttäytymiseen usealla eri tavalla (Ks. Taulukko 3). Lähes puolet (n=3) heistä nimesi tunnetilan selkeästi vaikuttavan ruokailuun; kun mieli on masentunut ja surullinen teki mieli napostella ja syödä kohtuuttoman paljon ruokaa. Yksi niin sanotuista ”tunnesyöjistä” kertoi syömisen helpottavan pahaa oloaan.

> *”--- jos vähänkin on huono päivä tekee mieli ostaa herkkuja, tai jos on tylsää, niinku tunnesyömistä silleen että.”*

Haastateltavat kokivat näiden naposteluun liittyvien mielihalujen olevan sidoksissa mm. sokerisiin, rasvaisiin tai suolaisiin tuotteisiin. Lähes puolet (n=3) haastateltavasta sanoi täyttävänsä tyhjää aikaa syömällä ja torjuvan näin tylsyyttä. Syöminen antoi heille hetkeksi hyvänolon tunteen. Kaksi haastateltavista kuntoutujista sanoi tunnesyömisen olevan selkeästi sidoksissa masennusjaksoon. Yksi kuntoutuja myös kertoi, ettei masennusjakson aikana yksinkertaisesti jaksa laittaa itselleen mitään ruokaa, joka puolestaan lisäsi hänen napostelutaipumustaan.

Kaikki (n=8) haastateltavat kokivat ylipainon aiheuttavan ongelmia jollakin elämän osa-alueellaan. Taulukossa 3 esitetään haastateltavien nimeämät ylipainoon liittyvät ongelmat. Useat heistä olivat jo käyneet ravitsemusasiantuntijan konsultaatiossa tai saaneet neuvoja terveellisen ravitsemuksen toteutukseen joltakin terveydenhuolto-alan ammattihenkilöltä. Yli puolet (n=5) haastateltavista oli äskettäin ollut laihdutus-kuurilla, ja osa olikin saanut pudotettua painoa, mutta painonpudotuksen jälkeen suurimmaksi haasteeksi oli osoittautunut painonhallinta. Yksi haastateltavista, joka on yrittänyt toistuvasti pudottaa painoaan, kertoi karppauskokeiluistaan seuraavasti:

> *"Mä en tiiä sitä karppausta, se kyllä soppii mulle mut mä en tiiä ku mä en saa piettyä sit sitä se lipsuu siitä, mä oon varmaan kymmenen kertaa karpannu nyt sen viime kesän jälkeen kun mä aloitin sen."*

Toinen haastateltava oli pudottanut useita kiloja vähäenergisillä laihdutusvalmisteil-la. Painonhallinta kuurin jälkeen ei kuitenkaan onnistunut niin hyvin, kuin hän olisi toivonut. Hän kertoi ruokatottumuksistaan laihdutusvalmisteiden käytön aikana näin:

> *"No alussa jätin kaiken muun (ruoan) pois, sitte söin vähän lisäks niinku semmosia tuotteita mitkä sisältää proteiinia paljon niinku tonnikalaa, tai tommosta, mut sitten niinku alko repsahtelee sillee et söi ihan mitä sattuu välillä, mut silti oli niillä pusseilla (laihdutusvalmisteilla)---"*

Monet haastateltavat puhuivat myös ylipainon ja lihavuuden mukanaan tuomista muista terveysongelmista. Haastateltavat uskoivat, että heillä todettujen somaattis-ten sairauksien syynä voivat osaltaan olla paino-ongelmat. Yksi haastateltava kertoi, ettei pysty syömään perheenjäsentensä kanssa samoja ruokia, sillä hänen vatsansa ei kestä juurikaan mausteita. Hän kuvaili vatsavaivojen hallitsevan hänen syömistään eikä hän ole pystynyt käyttämään niitä raaka-aineita ruoanvalmistuksessa, joita olisi halunnut käyttää. Toinen kuntoutuja kertoi, että hänet valtaa ruokailun jälkeen niin kova väsymyksen tunne, ettei hän jaksa tehdä kerrassaan mitään.

Ylipaino aiheutti lisähaasteita monen haastateltavan kuntoutujan jokapäiväiseen elämään. Eräs haastateltava mainitsi, että hän käy mielellään jumpassa, mutta muun muassa tavaroiden poimiminen lattialta jumpan aikana tuntuu vaivalloiselta ylipai-non takia. Juuri kyseinen kuntoutuja sanoi tehneensä päätöksen laihduttamisesta,

mutta kertoi myös, ettei ole päässyt vielä alkuun. Yksi haastateltavista taas nimesi painonnousun jälkeen tuntevan olonsa jatkuvasti väsyneeksi ja fyysistä ponnistelua vaativien askareiden vievän voimia nopeasti. Toinen haastateltava mainitsi painonpudotuksen ja -hallinnan ongelmien aiheuttavan stressiä, jonka hän itse oli havainnut heikentävän mielialaansa. Puolet (n=4) haastateltavista nimesivät ylipainon arkielämää haittaavaksi ongelmaksi.

7.2.3 Tiedot ja taidot

TAULUKKO 4. Yksilön tietoja ja taitoja kuvaavat ongelmat

Ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien nimeämät ravitsemuksen ongelmat		
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
– ei tiedä kuinka voisi laittaa ruokaa kevyemmin – ei suunnittele ostoksia etukäteen – tiedon soveltaminen käytäntöön	Suunnitelmallisuus	Tiedot ja taidot
– rahaa kuluu paljon alkoholiin – vähät rahat menevät perheen muille jäsenille – rahan niukkuus vaikuttaa valintoihin – terveellisten ruoka-aineiden valinta vaikeaa huonon rahatilanteen takia	Rahan käyttö	

Yllä olevassa taulukossa on kuvattu yksilön tietoihin ja taitoihin liittyvät ongelmat (Ks. Taulukko 4). Puolet (n=4) painonpudotukseen tähtäävistä kuntoutujista ilmaisivat saaneensa riittävästi tietoa painonpudotukseen tukevasta terveellisestä ravinnosta, mutta eivät vain ole saaneet ohjeita toimimaan arjessaan.

> *Kuntoutuja: ”No sitä (tietoa) on niin paljon että kyllä pitäs sen perusteella, mut se on vaan se masennus välillä kun tullee niin et sinä paljoo siinä, on ku kalat tyhjässä lammessa.” Haastattelija: ”Onko se sitten selkeästi yhteydessä masennusjaksoon, se kuinka syöt?” Kuntoutuja: ”On se, on se aika selkeesti, että sillo ei paljo jaksa ku hakee jotain jääkaapista ja takas unten maille.”*

Lähes puolet (n=3) haastateltavista kertoi, etteivät he suunnittele ostoksiaan tai rahankäyttöään etukäteen. He kokivat myös ongelmaksi sen, etteivät rahat tahdo riittää ruoka-ostoksiin. Kaksi kuntoutujaa pohti ruokaostoksilla ilmenneiden ongelmien usein johtuvan siitä, ettei heillä ole ajatusta, mitä he ovat kaupasta hakemassa. Rahan käytössä koettiin muitakin ongelmia (Ks. taulukko 4). Haastateltavat kertoivat nipistävänsä ruoka-ostoksiin varatusta rahamäärästä silloin, kun rahaa tarvittiin mui-

hin kuluihin. Yksi kuntoutuja nimesi ongelmakseen rahankäytön, koska hänen vähät rahansa kuluivat alkoholiin sekä muiden perheenjäsenten elättämiseen. Hän kertoi, ettei rahaa useinkaan jää ruoka-ostoksiin ja silloin hän tinki myös raaka-aineiden terveellisyydestä. Lähes kaikki (n=7) kuntoutujista kokivat rahan niukkuuden olevan esteenä terveellisten raaka-aineiden valinnalle ja kertoivat rahan pääasiassa ohjaavan valintoja kaupassa. Haastatteluissa nousi ilmi, että lähes kaikki (n=7) kuntoutujat ajattelivat terveellisen ruoan olevan kallista ja työläämpää valmistaa. He kertoivat, että kokevat ”ravitsemusremontin” yhdeksi esteeksi juuri heikon taloudellisen tilanteensa. Haastatteluista nousi esille paljon yksilöllisiä näkökulmia, mitä terveellisen ruokavalion tulisi pitää sisällään ja ruoka-aineita ajateltiin vastakkainasettelulla: hyvät ja pahat ruoka-aineet ja -lajit.

7.3 Toimintaan liittyvät ongelmat

TAULUKKO 5. Toimintaan liittyvät päivittäisten toimintojen ongelmat

Ylipainoisten mielenterveyskutoutujien nimeämät ravitsemukseen liittyvät ongelmat		
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
– hamstraaminen kaupassa – heräteostokset – ei käytä ostoslistaa	Ruokaostosten tekeminen	Päivittäiset toiminnot
– puutteelliset ruoanlaittotaidot – yksipuolisten ruokien valmistus – jumittuneet ruoanvalmistus ”tavat” – ei jaksa tehdä ruokaa vain itselleen – ei tiedä kuinka terveellistä ruokaa valmistetaan	Ruoan valmistaminen	
– ei saa pidettyä huolta kodin siisteydestä – ei jaksa siivota muiden (perheenjäsenten) sotkuja	Siivoaminen	

Kuten taulukko 5 esittää, haastateltavien toimintaan liittyvät ongelmat näyttäytyivät haasteina kuntoutujien päivittäisissä toiminnoissa. Yli puolet (n=6) käyttivät ostoslistaa kaupassa harvoin tai eivät koskaan, kaksi kertoi käyttävänsä ostoslistaa vaihtelevasti ruokaostoksilla. Neljäsosan (n=2) mielestä ruokaostosten teko sujui ongelmitta ilman ostoslistaakin, jos kotona oli miettinyt valmiiksi mitä kaupasta tarvitsee. Useat (n=6) haastatelluista mainitsivat kuitenkin sortuvansa usein heräteostoksiin. Kolme kuntoutujaa koki heräteostokset, jotka usein olivat sokerisia tai suolaisia herkkuja, ongelmakseen. Näitä herkkuja tuli usein ostettua varsinaisten ruoanvalmistusainei-

den sijasta. Yhden haastateltavan kauppareissujen suurena ongelmana oli elintarvikkeiden hamstraaminen. Kuntoutuja kuvaili, että kaupassa hänelle tuli erilaisia mielihaluja ostaa raaka-aineita, joita hän ei edes tarvinnut ruoanvalmistukseen. Hän kuvasi ajatuksiaan kaupassa sekä hamstraamisen jälkeen seuraavasti:

> *”No vois tehä tuommosta (ruokaa) ja vois tehä tämmöstä (ruokaa) ja sit niitä (elintarvikkeita) ottaa ja sit mua harmittaa jos ruoka menee vanhaks. Sit jos ne jää vanhentumaan niin mä jätän ne sinne (jääkaappiin).”*

Kyseinen kuntoutuja kertoi, ettei hän voi koskea pilaantuneisiin elintarvikkeisiin jääkaapissa, koska ruoan pilaantuminen tuntuu niin ”pahalta”. Jääkaappi on hänen oman kertomansa mukaan todella täynnä kaikkea turhaa ja pilalle menneitä raaka-aineita, jonka vuoksi ruoanvalmistuksen aloittaminen jääkaapin antimista on vaikeaa.

Haastatteluista nousi esille, että ruoanvalmistuksessa koettiin ongelmia, jotka puolestaan vaikuttivat ruoan laatuun ja terveellisyyteen (Ks. taulukko5). Kaksi haastateltavista ei tiennyt, kuinka terveellistä ruokaa valmistetaan. He ilmaisivat tietävänsä mistä ruokavalion tulisi koostua, mutta toivat esille, etteivät ole saaneet riittävän selkeitä ja helppoja ohjeita uusien terveellisistä raaka-aineista koostuvien ruokien valmistukseen. He toivovat saavansa tähän haasteeseen apua. Yli puolet haastateltavista (n=5) nimesivät omaavansa puutteelliset ruoanvalmistustaidot. Usein ongelmana koettiin olevan yksipuolisuus; ruoanvalmistuksessa sekä ruokien raaka-aineissa. Kuntoutujat valmistivat samoja ruokia toistuvasti ja uusien ruokalajien kokeilu tuntui haastavalta. Lisäksi valmistettujen ruokien raaka-aineet olivat usein yksipuolisia eikä erilaisia raaka-aineita tai mausteita uskallettu kokeilla. Yksi haastateltava ei laittanut ruokaa itse ollenkaan, vaan söi joko äitinsä valmistamaa ruokaa tai vaihtoehtoisesti ruokaili ulkona. Hän kaipasi myös vaihtelua äitinsä valmistamiin ruokiin, joita piti hieman yksipuolisina. Kysyttäessä, minkä hän koki esteeksi ruoanlaitolleen, hän vastasi:

> *”En jaksa, eikä oo aikaakaan ja sitten enkä mä oikein ton äitin keittiökuvioihin viitti oikein sillain puuttuakaan.”*

Eräs haastateltavista kertoi, ettei jaksa laittaa ruokaa vain itselleen. Hän on ennen laittanut ruokaa perheelleen, mutta koska hän asuu nykyään yksin ja varsinkin ajanjaksona jolloin hänen psyykkinen hyvinvointinsa on huono, hän ei jaksa laittaa ruokaa vain itseään varten. Kahdesta haastattelusta nousi ilmi, että kotona on ongelmia myös siisteyden ylläpitämisessä, joka osaltaan vaikutti kyseisten kuntoutujien ravitsemukseen. Toisella haastateltavista kodin siistiminen vaikeutui perheenjäsenen takia ja toinen haastateltavista ei itse saanut ylläpidettyä kotinsa siisteyttä. Hän kertoi, että heti siivouksen jälkeen tavaraa alkoi kerääntyä myös keittiöön, jolloin ruoanvalmistukselle tilaa jäi keittiössä haasteellisen vähän.

7.4 Ympäristöön liittyvät ongelmat

TAULUKKO 6. Ympäristöön liittyvät sosiaalisesta ympäristöstä nousevat ongelmat

Ylipainoisten mielenterveyskutoutujien nimeämät ravitsemukseen liittyvät ongelmat		
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
– syö enemmän kun olen yksinäinen – ei jaksa laittaa ruokaa itseään varten – tyhjän ajan täyttäminen syömällä	Yksinäisyys	Sosiaalinen ympäristö
– perheenjäsen laittaa ruoan, joka on yksipuolista – perhe sekoittaa oman päivärytmin – perheenjäsenet arvostelevat ruokailutottumuksista – perheenjäsenen sotkujen takia ei pysty valmistamaan ruokaa	Perhe	
– ylipainosta ja painonpudotuksesta muistuttelu	Terveydenhuoltohenkilöstö	
– muiden tuijotus esim. ruokaostoksilla	Asenteet ympäristöstä	

Kukaan (n=8) haastateltavista ei ollut työelämässä tai opiskelemassa ja haastateltavat kertoivatkin, että vapaa-aikaa heillä on usein liian paljon. Ympäristö vaikutti haastateltavien arkipäivään monella tavalla, sekä positiivisesti että negatiivisesti. Taulukko 6 osoittaa, kuinka sosiaalinen ympäristö vaikutti haastateltavien ravitsemukseen. Jokainen (n=8) koki täyttävänsä tyhjää aikaa ja yksinäisyyttä syömällä. Lähes puolella (n=3) nämä syötävät olivat makeisia, sipsejä tai muita herkkuja.

Haastatteluissa ilmeni perheellä olevan haastateltavien ravitsemukseen suuri vaikutus (Taulukko 6). Yksi haastateltava kertoi, ettei jaksa laittaa ruokaa vain itselleen,

kun ennen sitä oli ollut pakko laittaa päivittäin perheelleen, jota ei enää ollut. Yksi haastateltavista nimesi ongelmakseen epäsäännöllisen päivärytmin, jota sekoitti hänen perheenjäsenensä sekaisin oleva vuorokausirytmi. Yhdellä kuntoutujalla kodin kunnossapidon ongelmia ilmeni silloin, kun perheenjäsen oli kylässä, joka jätti ruoanlaiton jälkeen jäljet siivoamatta ja eli muutenkin epäsiististi. Tämä hankaloitti haastateltavan ruoanvalmistusta eikä haastateltavalla ollut voimia siivota toisen sotkuja. Yksi, vielä vanhempiensa luona asuva, kuntoutuja kertoi äitinsä valmistavan ruoan olevan yksipuolista. Yhdeksi ruoanlaittoa estäväksi tekijäksi hän nimesi ”äitinsä keittiön”, mihin hän ei halua mennä sotkemaan hänen ruoanlaittokuvioitaan. Yksi haastateltava koki myös ahdistavana perheenjäsenten huomauttelun hänen ylipainostaan ja ruokailutottumuksistaan.

Taulukko 6 esittää, että myös perheen lisäksi muullakin sosiaalisella ympäristöllä koettiin olevan vaikutuksia ravitsemukseen. Yksi näistä oli terveydenhuoltohenkilöstö, jonka toistuva muistuttelu ylipainosta ja painonpudotuksesta koettiin ikäväksi. Usein kommentit eivät olleet kannustavia tai kehittäviä, vaan ne koettiin painostukseksi ja negatiivisesti sävytetyiksi. Tietoa useat haastateltavat olivat saaneet, mutta apua uusien käytäntöjen muodostamiseen ei annettu. Painostavaksi koettiin myös muiden ihmisten tuijotus esimerkiksi ruokaostoksilla. Yksi haastateltavista mainitsi, että ostoksilla käydessään hänestä tuntui kuin kaikki olisivat tuijottaneet häntä ja tarkkailleet mitä hän poimi ostoskoriinsa.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Olen tiedostanut ja pohtinut tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä näkökohtia koko tutkimukseni ajan. Hirsjärven ym. (2010, 232) mukaan laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selonteko tutkimuksen toteuttamisesta. Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimukseni kulkua mahdollisimman totuudenmukaisesti ja avaamaan tulosten analysoinnin kulkua lukijoille. Opinnäytetyöni tutkimusosuudessa olen avannut tutkimusprosessini aina tutkimuksen lähtökodista tutkimustuloksiin asti. Opinnäytetyöni tutkimusosuuden raportoinnissa olen kuvannut

tutkittavaa ilmiötä kirjoittamalla auki tutkittavien omia ilmauksia ja ajatuksia, tavoitellen mahdollisimman tarkkaa kuntoutujien omien kokemuksien kuvaamista ja tiedon välittämistä heidän näkökulmastaan.

Aineistonkeruuvaiheessa pyrin vakiomaan haastattelut. Kaikki haastattelut toteutettiin samassa tilassa kuntoutujien arkipäiväisessä ympäristössä ja haastatteluissa käsittelemäni teemat olivat kaikille samat. Kirjatessani ylös aineistoa haastattelutilanteessa, kävin haastateltavien kanssa vastaukset läpi haastattelujen jälkeen lisätäkseni aineiston luotettavuutta. Tutkimukseni tulokset ovat antaneet vastauksen tutkimuskysymykseeni, joten teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä on ollut validi. Tutkimustulosten luotettavuuden arviointi on kuitenkin haastavaa, miltei mahdotonta, koska kyseessä on tapaustutkimus ja sen tulokset ovat aina yksilöllisiä (Hirsjärvi ym. 2010, 232). Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006b) pohtivat tapaustutkimuksen luotettavuutta ja tulosten merkitystä ja tulevat siihen tulokseen, että pienenkin ilmiön tutkiminen voi antaa merkittävää tietoa, vaikkei tieto olisikaan yleistämiseen sopivaa. Tutkimukseni tulokset antavat tärkeää tietoa kuntoutujien omista kokemuksista ja tapaustutkimukseni tuloksia voidaan käyttää hyödyksi mahdollisissa jatkotutkimuksissa, joissa arvostetaan asioiden tarkastelua kuntoutujien näkökulmasta. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 135–136) pohtivat laadullisen tutkimuksen tulosten objektiivisuutta muun muassa nostamalla käsittelyyn tutkijan puolueettomuuden. He korostavat tutkijan velvollisuutta toimia tiedonantajien ymmärtäjänä niin, ettei tutkija anna omien ammatillisten tai henkilökohtaisten ”silmälasien” värittää havainnointia tai kerättävää aineistoa. Pyrin tutkijana olemaan läsnä ja herkkä tutkittavien omille ajatuksille sekä näkökulmille.

Asioiden pohtiminen eettisestä näkökulmasta on kulkenut läpi tutkimusprosessini. Jo ennen tutkimuksen aloittamista jouduin miettimään, kuinka eettistä on lähestyä tutkittavia pienessä yhteisössä, kun käsiteltävinä asioina ovat monellekin arat aiheet, kuten ylipaino ja ravitsemustottumukset. Tulin siihen tulokseen, että kokemusperäistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä tarvitaan, eikä sitä voi muulla keinoin kuin kysymällä saada selville. Kaikilla haastateltavilla oli mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa vaiheessa. Haastattelun jälkeen mietin, kuinka totuudenmukaisesti haastateltavat pystyivät puhumaan heille vaikeista ja paljon tunteita herättävistä teemoista.

Olivatko jotkut vastaukset hieman kaunisteltuja tai jätettiinkö joistain vaikeista ongelma-aiheista puhumatta? Kuitenkin, kuten Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006b) nostavat esille, haastateltavan subjektiivinen kokemus on aina ainutlaatuinen, eikä tutkija voi väittää ettei kokemus olisi aito. Haastatteluissamme vallitsi luottavainen ilmapiiri, jota varmastikin edisti se, että olin jo ennestään tuttu haastateltaville harjoitteluni kautta. Haastateltavien oli todennäköisesti helpompi avautua minulle ja tunnelma haastattelutilanteissa oli avoin, minkä koen lisäävän tutkimukseni luotettavuutta. Pystyimme nostamaan tarkempaan tarkasteluun arkoja aiheita ja korostin koko haastattelutilanteen ajan kuntoutujien anonymiteettia, muistuttaen, että haastatteluaineistoon ei tulisi tunnistetietoja näkyville. Anonymiteettiä oli varjeltava erityisen tarkasti siksi, koska Suvimäen klubitalon yhteisö on tiivis ja sana tutkimukseen osallistujista ei ollut salaisuus. Siksi en alkuvaiheessakaan kysynyt haastateltavilta tarkempia tunnistetietoja, kuten painoa. Halusin välittää haastatteluun osallistujille myös viestin, että olen kiinnostunut muista asioista kuin kuntoutujien painosta ja että haastattelu ei ole ”painontarkkailu” tilanne. Haastattelutilanteiden aikana mieleeni nousi kysymys haastateltavien kognitiivisesta tasosta. Mielenterveyshäiriöt vaikuttavat yksilön kognitiiviseen tasoon (Marttunen 2009) ja haastatteluissa kuntoutujien kognitiivinen taso on voinut vaihdella ja vaikuttaa myös haastattelutuloksiin.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tuloksista voidaan todeta, että haastattelemieni ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien kokemat ravitsemuksen ongelmakohdat ja haasteet liittyivät vahvasti mieliala ja tunne-pohjaiseen syömiseen, ruokailuun liittyviin tapoihin, tottumuksiin ja rutiineihin, ylipainon mukanaan tuomiin rajoituksiin niin fyysisesti kuin psykososiaalisesti, ostoskäyttäytymiseen sekä ruoan laatuun ja valmistukseen liittyviin tietoihin ja taitoihin. Kuntoutujien kokemat ongelmat olivat hyvin samansuuntaisia, mutta haastatteluista nousi esille myös yksilöllisiä kokemuksia. Nämä yksilölliset kokemukset olivat esimerkiksi fyysisiä oireita liittyen tiettyihin ruoka-aineisiin tai ruokailun jälkeisiin tuntemuksiin sekä yksilöllisiä kokemuksia muiden ihmisten asenteista. Ongelmat näyttäytyivät tutkimustulosten valossa laaja-alaisina, kuntoutujien elämään moni-

ulotteisesti vaikuttavina ilmiöinä. Tutkimustulosten perusteella voidaan myös todeta, että haastateltavien kokemat ongelmat heijastuvat kuntoutujien arkielämän eri osa-alueille ja vaikuttivat negatiivisesti kuntoutujien fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, käsitykseen omasta itsestä, taloudelliseen tilanteeseen sekä sosiaalisiin suhteisiin. Tutkimustuloksia hyödynnetään ravitsemusintervention suunnittelussa Suvimäen klubitalolle. Tutkimustulosten perusteella ravitsemusinterventiossa käsiteltäviksi aiheiksi suositellaan ateriarytmiä ja annoskokoa, ruoan laatua, monipuolisuutta ja nautittavuutta, ruoanvalmistuksen suunnittelua, kaupassa käyntiä, helpon, edullisen ja ravitsevan ruoan valmistusta, mielialan sekä ympäristön vaikutusten käsittelyä ravitsemukseen liittyvinä osatekijöinä.

Haastattelemillani mielenterveyskuntoutujilla oli jo pitkään ollut paino-ongelmia ja he itse kokivat tarvitsevansa apua ravitsemustottumusten räätälöintiin ja painonhallintaan. Näistä ravitsemusongelmista tiedetään kuitenkin käytännön tasolla suhteellisen vähän, eikä kuntoutujan oma näkökulma tule tutkimuksista esiin. Haastattelututkimukseni toi esille kuntoutujien arjessaan kokemia ongelmia, jotka vaikuttavat heidän ravitsemukseensa ja ruokailutottumuksiinsa. Haastateltavat olivat puhuneet terveydenhuoltohenkilöstön kanssa ylipainosta ja monet olivat saaneet ohjeita ammattihenkilöiltä ravitsemusmuutosten tueksi, mutta terveellisiä ruokailutottumuksia ei oltu saatu osaksi jokapäiväistä elämää. He kokivat, ettei tarpeeksi käytännönläheisiä keinoja oltu löydetty ja heidän saamansa tuki ympäristöltä oli paikoin vähäistä. Tärkeää olisikin tutkia, minkälaisilla tukitoimilla sekä ylipainoisten että mielenterveyskuntoutujien terveellisiä elämäntapoja voidaan tehokkaasti ja vaikuttavasti tukea.

Toimintaterapiasta ylipainoisten ja lihavien kuntoutuksessa tai ravitsemushoidossa ja -interventioissa ei löytynyt suomalaista tutkimusta. Amerikassa on kuitenkin osoitettu, että toimintaterapiapalveluilla voidaan vaikuttaa lihavuuden mukanaan tuomiin ongelmiin (Clark ym. 2007, 702) ja kuten Forhan (2008, 18) jo asian ilmaisi, tärkeintä on tuoda näkyville toimintaterapian mahdollisuudet lihavuuden ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Toimintaterapiassa voidaan paneutua yksilön ravitsemusongelmiin arjen (Toimintaterapianimikkeistö 2003) ja toiminnan kautta; tukea terveyttä edistäviä toimintoja ja terveellisiä ruokavalintoja (Forhan 2008, 13-16) ja terapeuttisen ohjauksen sekä interventioiden kautta auttaa asiakasta luomaan uusia

tapoja ja rutiineja elämäntapamuutosten tueksi (Clark ym. 2007, 702). Ravitsemusasioita käsittelevät toimintaterapiainterventiot tai terveyden edistämiseen painottuva toimintaterapeuttien antama ravitsemusohjaus ei ole kuitenkaan ravitsemusterapiaa, eikä korvaa ravitsemusterapeuttien tekemää työtä. Yksi lihaville yksilöille suositeltu toimintaterapiapalvelu on yhdysvaltalainen Lifestyle Redesign ® Weight Management Program, joka on yksilön painonpudotukseen ja – hallintaan tähtäävien elämäntapamuutosten tueksi suunniteltu toimintaterapia-interventio. Intervention sisällöt, kuten tunnesyömisen tunnistaminen, terveellisten ruokailutottumusten löytäminen sekä terveellisen ruoan valmistus (Lifestyle Redesign ® Weight Management Program), vastaavat hyvin myös haastattelemieni kuntoutujien tarpeisiin. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että elintapahoidoilla, joilla pyritään saamaan aikaan pitkäaikaisia muutoksia yksilön terveyskäyttäytymiseen, saadaan positiivisia tuloksia mm. painonpudotuksessa (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito- suositus 2011). Elämäntapainterventioita on suunniteltu myös mielenterveyskuntoutujille (Devlin ym. 2000; Tolonen 2011).

Haastatteluissa usean kysymyksen kohdalla nousi esille kuntoutujien taloudellisen tilanteen vaikutukset ravitsemukseen. Kukaan haastateltavissa ei ollut palkkatöissä, vaan kaikki elivät sosiaalietuuksien varassa ja vähävaraisuutensa ansiosta kokivat myös ostoksilla käynnin kuormittavaksi ja terveellisten ruokaostosten tekemisen vaikeaksi. Tämän ilmiön on tutkittu olevan yleinen vähätuloisten ihmisten keskuudessa, jossa yksilöt kantavat ”ruokataakkaa”. Ruokataakan kantajat eivät kykene näkemään terveellisiä vaihtoehtoja, vaikka niitä olisikin tarjolla. (Tieto, trendit ja tilanteet näkyvät ruokavalinnoissa 2011, 8.) Perheellä ja lähipiirillä koettiin olevan myös ratkaiseva vaikutus kuntoutujan ravitsemukseen liittyviin ongelmiin ja toisaalta onnistumisiin. Jos läheiset ihmiset kannustivat kuntoutujaa joko sanallisesti tai hyvää esimerkkiä näyttämällä kohti terveellisempää ravitsemusta, uusien tapojen oppiminen oli helpompaa ja haastateltava tunsi, että häntä tuetaan ja autetaan. Jos puolestaan lähipiirissä olevat ihmiset omalla toiminnallaan sekoittivat haastateltavan ruoka- ja päivärytmiä eivätkä olleet kiinnostuneita kuntoutujan pyrkimystä terveellisempään ja tasapainoisempaan ruokailuun, haastateltavan koki, ettei hänkään jaksa panostaa ravitsemusasioihinsa.

Lähes kaikki haastatteluun osallistuneista kuntoutujista kertoivat syövänsä ja valmistavansa ruokaa yksipuolisesti. Kuluttajaliiton tekemästä tutkimuksesta ilmeni, että pienituloiset käyttävät kalaa, kasviksia, hedelmiä ja marjoja paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevia ihmisiä vähemmän (Tieto, trendit ja tilanteet näkyvät ruokavalinnoissa 2011, 8). Haastatteluun osallistuneet kuntoutujat lähes poikkeuksetta kokivat terveellisen ja monipuolisen ruoan olevan kallista ja työlästä valmistaa. Haastattelujen aikana esille nousivat kuntoutujien käsitykset terveellisestä ruoasta. Terveellinen ruokavalio miellettiin ”kanin ruoaksi” tai kieltäytymiseksi kaikista herkuista ja maistuvista ruoista. Kuntoutujat toivat esille paljon *saa syödä*- ja *ei saa syödä*- ruoka-aineita, joita pitivät ehdottomina. Mielestäni kuntoutujien käsitykset, mitä terveellinen ruoka ja ravitsemus pitävät sisällään, olivat hajanaisia ja puutteellisia. Haglund ym. (2010, 9) toteavat, että ravitsemustietoudella, ruoanvalmistustaidoilla sekä ruokailutottumuksilla voidaan tuloksekkaasti ehkäistä lihavuutta.

CMOP- malli auttoi minua tarkastelemaan kuntoutujien ongelmia toiminnan, ympäristön ja yksilön vuorovaikutuksena ja havainnoimaan eri elementtien tasapainoa. Kuten tutkimustulokset osoittivat, kuntoutujien ravitsemusongelmat eivät liittyneet vain yksilöön, vaan esimerkiksi perheenjäsenten ongelmat heijastuivat yksilön toiminnallisuuteen ja sitä kautta yksilöön itseensä. Malli nostaa esille myös tärkeän näkökulman, kuinka yksilö muokkaa toimintaansa kokemuksiensa perusteella. Tämä näyttäytyi myös tutkimuksessani. Haastateltavat olivat elämäntilanteiden muuttuessa hylänneet joitain toimintamalleja ja muodostaneet uusia tapoja ja rutiineja tilalle. Nämä muutokset eivät kuitenkaan aina olleet toimivia tai haastateltavien terveydelle hyväksi. CMOP kuvaa toimintojen merkitystä myös päivän rytmittäjinä sekä hallinnan ja valinnan tunteen tuottajina. Kuten esimerkiksi epäsäännöllinen ruokailu ei tuo struktuuria yksilön päiviin.

Haastattelut antoivat minulle henkilökohtaisesti paljon uutta näkökulmaa mielenterveyskuntoutujien arjessa näyttäytyviin haasteisiin. Tutkimustietoa ja kirjallisuutta lukiessani olin saanut kattavan pohjatiedon yleisistä ravitsemusongelmista, joita ilmeni psykiatrisilla asiakkailla, mutta toiminnalliset ongelmat sekä kuntoutujien omat kokemukset jäivät tutkimuksissa pimentoon. Useinkaan ei tule ajatelleeksi, kuinka suuri merkitys ravinnolla ja siihen liittyvillä toiminnoilla on arjessamme. Ravinnon

tehtävä ei ole ainoastaan antaa kehollemme energiaa ja pitää meitä terveinä, vaan sillä on suuri sosiaalinen ja kulttuurinen merkitys ja se on osa jokaista päiväämme. Suuri osa haastateltavista söi aina yksin, eikä ruokailuun liittynyt mitään muuta merkitystä kuin kehon ravitseminen, tyhjän ajan täyttäminen tai mielihalujen tyydyttäminen. Ruokailuun ei usein keskitytty, ja naposteltavaa tai muuta ruokaa tuli syötyä huomaamatta valtaisat määrät. Suhde ruokaan oli haastateltavilla usein vääristynyt; he käyttivät sitä lohdutuksena, tunteiden tukahduttajana, palkintona ja tyhjän ajan täyttäjänä. Myös Forhan ym. (2010b, 214) nostavat tutkimuksessaan esille sen, kuinka ylipainoiset tainnuttivat syömällä tunteitaan ja täyttivät tyhjää aikaa. Ehkä nämä tunteisiin liittyvät ravitsemusongelmat ovat niitä asioita, jotka pysyvät usein piilossa kuntoutujien ravitsemusta tutkittaessa. Edellä mainitut tunteisiin liittyvät asiat eivät nousseet esille tutkimuksista mielenterveyskuntoutujien ylipainosta. Tutkimustuloksista johtopäätöksiä kirjoittaessani minulle heräsi ajatus tarpeellisesta ja mielenkiintoisesta jatkotutkimusaiheesta, jossa mielenterveyskuntoutujien ruokailun ja ravitsemuksen ympärillä vallitsevia tunteita ja merkityksiä tutkittaisiin tarkemmin.

Haastatteluja tehdessäni ymmärsin, miten suuri merkitys jo pelkällä kuuntelulla ja asioiden puheeksi ottamisella oli kuntoutujille. Eräs haastateltavistani kertoi, kuinka helpottunut hän oli haastattelun jälkeen. Hän oli kaivannut kipeästi väliintuloa. Hän koki koko elämänsä olevan aivan sekaisin ja yhtenä suurena murheena sydämellään hänellä oli jo vuosia ollut painonnousu ja sen mukanaan tuomat muut terveyshaitat. Jo se, että joku kuunteli hänen kertomustaan omasta elämästään, auttoi häntä keräämään voimia ravitsemuksensa tarkasteluun ja terveyden ylläpitämiseen. Opin haastattelutilanteista todella paljon. Opin monipuolisesti haastattelutaitoja, COPM-menetelmän soveltuvuutta ja käyttöä haastattelun tukena, erilaisten ihmisten kohtaamista sekä kykyä nostaa haastattelutilanteessa esille arkojakin aiheita, kuten ylipainon ja alkoholinkäytön. Mutta ennen kaikkea opin kuuntelemaan haastateltavia puolueettomasti ja kohtaamaan heidät ja heidän kokemuksensa aidosti.

Haastateltavien ongelmien moniulotteisuus yllätti minut. Kuten useat tutkimukset osoittivat, ylipainon ja mielenterveyden ongelmat heijastuvat yksilön elämän useille osa-alueille (Lääketieteensanasto; Forhan 2010b, 217) ja niiden vaikutukset yksilön toimintakykyyn ovat valtavat (Kaukua 2006; Mulyadi 2000, 47–48). Monet tutkimuk-

set ovat osoittaneet, että lihavuus on yksilön elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävä tekijä (Forhanin ym. 2010a, 136; Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito- suositus 2011; Mulyadi 2000, 47–48; Puhl ym. 2008, 348). Edellä mainitsemani tutkimukset toivat esille lihavuudesta ja sairaalloisesta lihavuudesta aiheutuneet haasteet yksilön toimintakyvylle ja elämänlaadulle, joten tulokset eivät ole täysin rinnastettavissa tutkimusjoukkooni. Kuitenkin tutkimukseeni osallistuneet kuntoutujat kokivat tulleensa syrjityiksi painonsa tähden, vaikka tutkimukseeni ei osallistunut sairaalloisen lihavia yksilöitä. Forhan ym. (2010b, 214) käsittelivät tutkimuksessaan lihavuuden psykososiaalisia ulottuvuuksia, joita oli havaittavissa myös tutkimusjoukollani. Ajattelen lihavuuden aiheuttamien psykososiaalisten vaikutuksien olevan vähintään yhtä lamauttavia kuin fyysisen toimintakyvyn vaikeuksien. Tutkimusjoukon, ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien, ravitsemusta oli haastava tutkia myös tutkimusjoukon moniongelmaisuuden takia. Haastateltavien mielenterveysongelmat heikensivät heidän käsitystään itsestään ja heidän voimavaransa itsestä huolehtimiselle ovat rajalliset, kun taas useissa lähteinä käyttämissäni tutkimuksissa lihavuus oli tutkimusjoukon merkittävin toimintakyvyn haitta, eikä tutkimusjoukoilla ollut taustalla esimerkiksi psykiatrista diagnoosia.

Opinnäytetyöprosessin aikana mieleeni nousi monia tärkeitä ja tarpeellisia jatkotutkimusaiheita. Ensimmäiseksi nostaisin esille tietysti tutkimusjoukkoni ravitsemushaasteiden uudelleen arvioinnin Suvimäen klubitalolle toteutettavan intervention jälkeen. Suosittelisin tämän arvioinnin jatkamista COPM- menetelmän uudelleen arvioinnilla. COPM- menetelmän tuottaa kuntoutujien toimintojen itsearvioinnista myös arvokasta pisteytystietoa. Tämä toisi arvokasta tietoa muun muassa interventioiden kehittämiseen jatkossa. Koska mielenterveyskuntoutujilla on ongelmia ravitsemuksessaan ja siihen liittyvissä toiminnoissa ja he ovat myös riskiryhmä lihomiselle, olisi tärkeä myös tutkia keinoja, kuinka heidän ravitsemustaan voitaisiin tehokkaasti tukea ja siten ennaltaehkäistä lihavuutta. Erityisesti minua kiinnostavat toimintaterapian mahdollisuudet ja toimintaterapeutin työnkuva ylipainoisten kuntoutuksessa ja ravitsemusneuvonnassa. Maailmalla toimintaterapiapalvelut näyttäytyvät kiinteänä osana ylipainon ennaltaehkäisyä ja hoitoa, mutta mikä on tilanne Suomessa? Selvitystyöni perusteella toimintaterapian mahdollisuuksia ylipainoisten ja lihavien kuntoutuksessa ei ole vielä löydetty, vaikka lihavuus on iso kansanterveysongelma

myös Suomessa. Toimintaterapeutit voisivat Suomessa toimia ravitsemusneuvonnassa muiden ammattilaisten parissa, hyödyntäen oman ammattialansa osaamista tukien asiakkaan arjenhallintaa ja auttaen asiakkaita kehittämään toimivia terveyttä edistäviä tapoja ja rutiineja, etenkin koska ravitsemusasioihin pitäisi pyrkiä puuttumaan terveydenhuollossa tehokkaasti .

LÄHTEET

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. 1. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Bish, C., Blanck, H., Maynard, L., Serdula, M., Thompson, N. & Kettel Khan, L. 2007. Activity/participation limitation and weight loss among overweight and obese US adults: 1999 to 2002 NHANES. Medscape General Medicine 9, 3, 63. Viitattu 25.5.2012. Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2100137/

Brown, C., Goetz, J., Van Sciver, A., Sullivan, D. ja Hamera, E. 2006. A Psychiatric Rehabilitation Approach to Weight Loss. Psychiatric Rehabilitation Journal 29, 4, 267-273.

Clark, F., Reingold, F-S. & Salles-Jordan, K. 2007. American Occupational Therapy Association. Obesity and Occupational Therapy (Position Paper).The American Journal of Occupational Therapy 61, 6, 701-703. Viitattu 10.5.2012. Http://ajot.aotapress.net/content/61/6/701.full.pdf

Cozzolino, M., Henshaw, E., Kleumper, S., Hermann, V. H. and the Physical Disabilities Special Interest Section Standing Committee. 2010. Occupational Therapy's Role in Bariatric Care. Viitattu 28.8.2012. Http://www.aota.org/Consumers/Professionals/WhatIsOT/HW/Facts/Bariatric.aspx?FT=.pdf

Creek, J. 2002. Occupational Therapy and Mental Health. 3rd ed. Edinburg: Churchill Livingstone.

Depressio (online). Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2010. Viitattu 10.5.2012. www.kaypahoito.fi

Devlin, M.J., Yanovski, S.Z. & Wilson, G.T. 2000. Obesity: What Mental Health Professionals Need to Know. American Journal of Psychiatry 157, 854-866. Viitattu 30.8.2012. Http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?volume=157&page=854

Erityisruokavaliot -opas ammattilaisille. 2009. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 7 uud. p. Vammala: Dieettimedia Oy.

Forhan, M. 2008. Discussion Document; Obesity and Healthy Occupation. CAOT Professional Issue Forum. Viitattu 25.6.2012. www.caot.ca/pdfs/forhan.pdf

Forhan, M. 2009. Hot Topic- Obesity. Canadian Association of Occupational Therapists. 1-5. Viitattu 30.8.2012. www.caot.ca/pdfs/htobesity.pdf

Forhan, M., Law, M., Vrkljan, B. & Taylor, V. 2010a. Participation Profile of Adults With Class III Obesity. The Occupational Therapy Journal of Research 31, 3, 135-142.

Forhan, M., Law, M., Vrkljan, B. & Taylor, V. 2010b. The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity. Canadian Journal of Occupational Therapy 77, 4, 210–218.

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. ja Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. 10 uud. p. Helsinki: WSOYpro Oy.

Harra T., Aralinna, V., Heikkilä, M., Korkiatupa, R., Löytönen, K. ja Onkalo-Okkonen, R. 2006. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. Katsaus, Duodecim 122, 554–562. Viitattu 10.5.2012. Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti. Lääkärin tietokannat.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. p. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Honkonen, T. 2009a. Masennustilat ja muut mielenterveydenhäiriöt. Viitattu 10.5.2012.
Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti, Työterveyshuollon tietokannat.

Honkonen, T. 2009b. Mielenterveydenhäiriöt ja työkyky. Viitattu 10.5.2012.
Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti, Työterveyshuollon tietokannat.

Isometsä, E. 2010. Depression tunnistaminen ja diagnostiikka. Viitattu 12.6.2012.
Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti, Lääkärin käsikirja.

Isometsä, E. ja Katila, H. 2007. Mielialahäiriöt. Viitattu 10.5.2012.
Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti, Työterveyshuollon tietokannat.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kaukua, J. 2006. Terveyteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. Aikakausikirja Duodecim. 122, 10, 1215-1224. Viitattu 30.5.2012. Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti.

Kivimäki, M., Batty, GD., Singh-Manoux, A., Nabi, H., Sabia, S., Akbaraly, T., Tabak, A., Vahtera, J., Marmot, MG. ja Jokela, M. 2009. Association between common mental disorder and obesity over the adult lifecourse. British Journal of Psychiatry, 2009, 195, 149-155. Viitattu 13.3.2012. Http://bjp.rcpsych.org/content/195/2/149.short

Korpela-Kosonen, K. 2009. Ravinto ja liikunta luovat pohjan kansanterveydelle. Maito ja Terveys ry:n pääjohtaja Pekka Puskan puheenvuoro Aamumaito -tilaisuudessa Helsingissä 12.5.2009. Ravitsemuskatsaus 1, 4-5.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., Pollock, N. 2005. Canadian Occupational Performance Measure. Fourth Edition. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Lifestyle Redesign ® Weight Management Program. USC Division of Occupational Science and Occupational Therapy. Viitattu 16.9.2012. Http://ot.usc.edu/patient-care/faculty-practice/weight-management

Lihavuus (aikuiset)(online). Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2011. Viitattu 10.5.2012. www.kaypahoito.fi

Lääketieteen sanasto. Viitattu 13.3.2012. Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveyskirjasto.

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Suomalaisten terveys. Viitattu 10.5.2012. Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveyskirjasto.

Marttunen, M. 2009. Nuorten mielenterveysongelmat. Viitattu 25.9.2012. Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti, Työterveyslääkäri.

Mulyadi, L. 2000. The Relationship Between Obesity and Activities of Daily Living. Thesis Abstracts. Australian Occupational Therapy Journal, 47, 47-48.

Nuutinen, O., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M-L., Siljamäki-Ojansuu, U., Uotila, H., Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravitsemushoitosuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 11.5.2012.
Http://www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Ravitsemushoitosuositus.pdf

Obesity and overweight. 2012. Fact Sheet N°311. World Health Organization. Viitattu 29.8.2012. Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html

Polatajko, H.J., Townsend, E.A. & Craik, J. 2007. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation. E.A. Townsend & H.J. Polatajko, Eds. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Poyser, C. 2008. Therapeutic Groups for Obese Women: A Group Leader's Handbook. Book Review. European Eating Disorders Review 16, 408.

Puhl, R. Moss-Racusin, C., Schwartz, M. & Brownell, K. 2008. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. Health Education Research. 23, 2, 347-358. Viitattu 29.8.2012.
Http://her.oxfordjournals.org/content/23/2/347.full.pdf

Ravitsemusterapeutti. Ammattinetti. Viitattu 25.10.2012.
Http://www.ammattinetti.fi/web/guest/ammatit

Ruusunen, A. & Martikainen, T. 2010. Psykiatrisen asiakkaan ravitsemushoito. Bolus 1, 21-25.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. Aineisto- ja teorialähtöisyys. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 25.9.2012.
Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Reliabiliteetti. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006c. Tapaustutkimus. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.9.2012.
Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_5.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006d. Teemahaastattelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.9.2012.
Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Salmela, S., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu- helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47, 208–218. Viitattu 10.8.2012.
Http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/3627

Suomalaiset ravitsemussuositukset. 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 11.5.2012.
Http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf

Suvimäen klubitalo. Suvimäen klubitalon kotisivut. Viitattu 28.8.2012.
Http://www.suvimaenklubitalo.fi/infoa.shtml

Tieto, trendit ja tilanteet näkyvät ruokavalinnoissa. 2011. Ravitsemuskatsaus 1, 33, 8-11.

Toimintaterapeutti. Ammattinetti. Viitattu 16.9.2012.
Http://www.ammattinetti.fi/web/guest/ammatit

Toimintaterapianimikkeistö. 2003. Suomen Kuntaliitto ja Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. Viitattu 13.3.2012.
Http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Toimintaterapianimikkeist%C3%B6_2003.pdf

Tolmunen, T., Ruusunen, A., Voutilainen, S. & Hintikka, J. 2006. Ravinto ja mielialahäiriöt. Katsaus, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122, 7, 791-798. Viitattu 10.5.2012. Http://jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti.

Tolonen, Ulla. 2011. Ruokaa mielelle- ratkaisukeskeinen ryhmäohjelma masennuksesta toipuvien mielenterveyskuntoutujien ravitsemusohjaukseen. Progradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, ravitsemustiede. Viitattu 15.5.2012. Http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110054/urn_nbn_fi_uef-20110054.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä: Tammi.

Uusi suositus potilaiden ravitsemushoitoon. 2010. Ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 10.5.2012.
Http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/tiedotteet_ja_kannanotot/

Villareal, D.T, Apovian, A.M., Kushner, R.F & Klein, S. 2005. Obesity in older adults: Technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. American Journal of Clinical Nutrition 82, 5, 923-934. Viitattu 30.8.2012. Http://ajcn.nutrition.org/content/82/5/923.full

Wang, S., Brownell, K. & Wadden, T. 2004. The influence of the stigma of obesity on overweight people. International Journal of Obesity 28, 1333–1337. Viitattu 30.8.2012. Http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/bias/The-Influence-of-the-Stigma-of-Obesity.pdf

LIITTEET

Liite 1. Tiivistys opinnäytetyöstä haastateltaville

Arvoisa Suvimäen klubitalon jäsen,

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa toimintaterapiaa ja teen opinnäytetyönäni selvityksen ylipainoisten mielenterveyskuntoutujien ravitsemukseen liittyvistä ongelmista, toimeksiantajanani Suvimäen klubitalo. Suoritan opinnäytetyöni aineistonkeruun haastattelemalla Suvimäen klubitalon jäseniä, jotka ovat ylipainoisia ja jotka ovat motivoituneita osallistumaan ravitsemusryhmään. Haastattelussa pyrin saamaan esille konkreettisia arjessa esiintyviä ravitsemukseen liittyviä ongelmallisia tai haastavia asioita, jotka ovat kuntoutujalle itselleen tärkeitä. Tavoitteenani on haastatteluissa ilmenneiden ongelmien pohjalta luoda lähtökohdat syksyllä 2012 klubitalolla alkavalle ryhmämuotoiselle ravitsemusohjaukselle.

Nauhoitan haastattelut ja teen muistiinpanoja. **Kaikki haastateltavat pysyvät nimettöminä ja haastattelusta saatuja tietoja käytetään ainoastaan opinnäytetyöhön ja ravitsemusryhmän suunnittelun apuna.** Haastattelussa esille tulleet asiat raportoidaan opinnäytetyössäni siten, että haastattelussa mainittuja yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa. Säilytän muistiinpanoja ja nauhoja luottamuksellisesti. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen sekä nauhat että muistiinpanot hävitetään.

Haastattelujen kautta saatava aineisto on erittäin tärkeää tutkimukseni kannalta ja kaikkien haastateltavien jakama tieto on tarpeellista. Teillä on oikeus missä tahansa vaiheessa perua tai keskeyttää osallistumisenne haastatteluun.

Pyydän mitä kohteliaimmin lupaa haastatella Teitä. Jos teillä on kysyttävää opinnäytetyöstäni tai syksyllä alkavasta ryhmästä, minut tavoittaa parhaiten Suvimäen klubitalolta sekä klubitalon sähköpostista.

Ystävällisin terveisin,
Jonna Silventoinen
suvimaen.klubitalo@kolumbus.fi

Liite 2. Haastattelulupa

Pyydän mitä kohteliaimmin lupaa haastatella teitä osana opinnäytetyötäni. Haastatteluista saatu tieto on erittäin tärkeää tutkimukseni kannalta. Kaikki haastateltavat pysyvät nimettöminä ja haastattelusta saatuja tietoja käytetään ainoastaan opinnäytetyöhöni ja syksyllä 2012 alkavan ravitsemusryhmän suunnitteluun. Teillä on oikeus missä tahansa haastattelun vaiheessa keskeyttää osallistumisenne haastatteluun.

Kiitos jo etukäteen ajastanne!

Annan lupani haastatteluun.

Aika ja paikka	Allekirjoitus ja nimenselvennys