



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Mielenterveyskuntoutuajan painonhallintaan vaikuttavat tekijät

Elisa Vartiamäki

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

VARTIAMÄKI ELISA:

Mielenterveyskuntoutujan painonhallintaan vaikuttavat tekijät
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 45 sivua, joista liitteitä 0 sivua
Lokakuu 2016

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Sopimusvuori Oy:n kanssa. Aihe rajattiin koskemaan skitsofreniaa sairastavia mielenterveyskuntoutujia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat skitsofreniaa sairastavien mielenterveyskuntoutujien painonhallintaan. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, miten skitsofrenia sairautena voi vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan painonhallintaan ja millainen merkitys skitsofrenian lääkehoidolla on mielenterveyskuntoutujan painonhallintaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää mielenterveyskuntoutujien hoitoa, lisäämällä hoitohenkilökunnan tietoa mielenterveyskuntoutujien painonhallintaan vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineiston keruu aloitettiin tammikuussa 2016 terveysalan tietokannoista rajatuin hakukriteerein. Aineistona käytettiin suomenkielisiä ja englanninkielisiä tutkimuksia, katsausartikkeleita sekä terveysalan kirjallisuutta. Tutkimuksia ja katsausartikkeleja valikoitui yhteensä 12 kappaletta, ja ne analysoitiin laadullisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin.

Tulokset osoittivat, että skitsofreniaa sairastavien mielenterveyskuntoutujien painonhallintaan vaikuttavia tekijöitä on useita. Skitsofrenian aiheuttamat negatiiviset oireet, kuten anhedonia ja tahdottomuus heikentävät skitsofreniaa sairastavan voimavaroja valita terveellistä ravintoa. Tutkimusten mukaan skitsofreniaan liittyy usein myös masennusta ja kognitiivisen kyvyn heikkenemistä. Masennus monesti vähentää sairastuneen mielenkiintoa terveellistä ravintoa kohtaan, kun taas kognitiivisen kyvyn heikkeneminen vaikeuttaa kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa terveellisestä ravitsemuksesta. Antipsykoottista lääkitystä käytetään skitsofrenian hoidossa, ja sillä oli tutkimusten mukaan moninaiset vaikutukset painonhallintaan. Jotkut antipsykoottiset lääkkeet voivat hidastaa aineenvaihduntaa, mikä vaikuttaa energian kulutukseen. Väsymys ja sitä kautta liikunnan väheneminen voivat olla antipsykoottisen lääkityksen aikaansaamaa.

Tutkimustulosten mukaan fyysinen sairastavuus on huomattavasti yleisempää skitsofreniaa sairastavilla ihmisillä kuin kantäväestöllä. Näin ollen terveellinen ruokavalio ja painonhallinta ovat tärkeä osa skitsofreniaa sairastavien somaattisen terveyden edistämistä. Jatkotutkimusaiheena olisikin hyvä selvittää, minkälainen tietotaso hoitohenkilökunnalla on painonhallintaa edistävästä ruokavaliosta ja käyttävätkö he tietoaan mielenterveyskuntoutujien hoidossa.

Asiasanat: mielenterveyskuntoutuja, skitsofrenia, painonhallinta, ravitsemus, ruokailutottumukset

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

VARTIAMÄKI ELISA

The Factors that Influence Weight Management of Mental Health Rehabilitates
Bachelor's thesis 45 pages, appendices 0 pages
October 2016

The purpose of this study was to describe the factors that influence weight management of schizophrenic mental health rehabilitates. The aim of this study was to increase the knowledge of nursing personnel about the importance of weight management in order to promote physical health. The study was carried out as a literature review. Data collection began in January 2016 from health care databases. The total of 12 studies and review articles were selected and were analyzed using qualitative content analysis.

These results suggest that there are number of factors that affect weight management of schizophrenic mental health rehabilitates. Negative symptoms, such as anhedonia and unwillingness weaken the resources to choose healthy nutrition. According to these records schizophrenia is often associated with depression and cognitive impairments. Depression often reduce the interest for healthy diet and with cognitive impairment, ability to receive and process information about healthy nutrition has decreased. Antipsychotic medications used in the treatment of schizophrenia, have multiple effects on weight control. Some antipsychotics may slow down the metabolism, which affects energy consumption. Anti-psychotic medication can cause fatigue and reduce physical activity.

Furthermore it would be good to find out what kind of information about healthy nutrition personal care staff have, and if they use their knowledge in the treatment of mental health rehabilitates.

Key words: mental health rehabilitates, schizophrenia, weight management, nutrition, eating habits

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Mielenterveyskuntoutuja asumispalveluyksikössä	8
3.2	Skitsofrenia	9
3.2.1	Skitsofrenian oireet	10
3.2.2	Skitsofrenian hoito	11
3.2.3	Skitsofrenian lääkehoito.....	14
3.3	Painonhallinta	15
3.4	Suomalaisten ravitsemussuositusten mukainen lautasmalli	16
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
4.1	Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus	18
4.2	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	19
4.3	Toteuttaminen	19
5	TULOKSET	27
5.1	Skitsofrenian vaikutus painonhallintaan	28
5.1.1	Skitsofrenia ja ruokailutottumukset.....	28
5.1.2	Stressitila, negatiiviset oireet sekä kognitiiviset vaikeudet.....	29
5.1.3	Sosiaalinen eristäytyminen ja stigma	31
5.2	Lääkehoidon vaikutus painonhallintaan	32
5.2.1	Painonhallintaan vaikuttavat antipsykootit	32
5.2.2	Antipsykoottien haittavaikutukset ja painonhallinta.....	34
5.2.3	Antipsykoottien hormonaaliset vaikutukset ja painonhallinta	34
6	POHDINTA.....	36
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	36
6.2	Tulosten tarkastelu	38
6.3	Jatkotutkimusehdotukset	42
	LÄHTEET.....	43

1 JOHDANTO

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan jotain psyykkistä sairautta, kuten skitsofreniaa sairastavaa henkilöä (Sinisalo 2015, 201). Skitsofreniapotilaita on Suomessa n.50 000 (Tuominen & Salokangas 2013). Heidän keskuudessaan ylipaino on muodostunut suureksi ongelmaksi, joka heikentää elämänlaatua ja hoitomyöntyvyyttä sekä psyykkisen hoidon tuloksia. Painonnousun riski liittyy itse sairauteen mutta myös siihen käytettävään lääkehoitoon. (Koponen 2011, 729.) Skitsofreniaa sairastavilla on merkittävä ylikuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin. Painonnousu on riskitekijä myös tyypin 2 diabetekselle ja metaboliselle oireyhtymälle. (Koponen ym. 2001, 5265-5266.)

Huonot ravitsemustottumukset kulkevat usein yhdessä vakavan psyykkisen sairauden, kuten skitsofrenian kanssa (Korkeila & Korkeila 2008, 279). Hyviin ravitsemustottumuksiin ohjaa lautasmalli, jonka avulla voidaan kuvata sitä miten päivittäinen ateria tulisi koota terveellisesti. Syömällä lautasmallin mukaisesti edistetään terveyttä ja pienennetään riskiä sairastua esimerkiksi sepelvaltimotautiin, verenpainetautiin, tyypin 2 diabetekseen ja lihavuuteen. (Ravitsemusneuvottelukunta 2014, 11, 20.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyskuntoutujien painonhallintaan. Sopimusvuori Oy:llä oli toivomuksena saada opinnäytetyö, jonka aihe liittyisi ravitsemukseen. Sopimusvuoren palveluasumisen yksikössä oli herännyt huoli heidän asukkaidensa ruokailutottumuksista. Yksikkö toivoi lisää tutkimuksiin perustuvaa tietoa mielenterveyskuntoutujien ravitsemukseen vaikuttavista tekijöistä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat skitsofreniaa sairastavien mielenterveyskuntoutujien painonhallintaan.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Miten skitsofrenia vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan painonhallintaan?
2. Miten skitsofrenian lääkehoito vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan painonhallintaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää mielenterveyskuntoutujien hoitoa, lisäämällä hoitohenkilökunnan tietoa mielenterveyskuntoutujien painonhallintaan vaikuttavista tekijöistä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat painonhallinta, mielenterveyskuntoutuja asumispalveluyksikössä, skitsofrenia, lääkehoito ja suomalaisten ravitsemussuositusten mukainen lautasmalli. Kuviossa 1 on kuvattuna tämän opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet sekä niiden väliset suhteet.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Mielenterveyskuntoutuja asumispalveluyksikössä

Mielenterveyskuntoutuja on henkilö, joka sairastaa jotain psyykkistä sairautta. Näistä yleisimpiä ovat skitsofrenia, eriasteiset masennustilat ja bipolaarinen mielialahäiriö. (Sinisalo 2015, 201.) Tässä opinnäytetyössä paneudutaan erityisesti skitsofreniaa sairastaviin mielenterveyskuntoutujiin, sillä moni asumispalveluyksikön asukas sairastaa skitsofreniaa.

Mielenterveyskuntoutus on lääketieteellistä tai sosiaalista toimintaa, jossa tarkoituksena on yhdessä asiakkaan kanssa vahvistaa tämän psykososiaalista toimintakykyä ja sopeutumista elinympäristöön. Toimintakyvyltään heikentyneitä ihmisiä autetaan saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvä fyysinen, aistimuksellinen, älyllinen, psyykkinen ja sosiaalinen toiminnan taso. Mielenterveyskuntouttaminen on siis kaikkea sitä toimintaa, millä autetaan ihmistä auttamaan itseään. Kuntoutumisen tavoitteena on voimaantuminen, toivon sekä merkityksen tunteen lisääminen. (Laukkala, Tuisku, Fransman & Vormo 2015.)

Mielenterveyskuntoutusta järjestetään avo- ja laituskuntoutuksena sekä näiden yhdistelmänä. Näistä esimerkkinä asumispalveluyksikkö, joka on nimensä mukaisesti asumisen ja palvelun yhdistelmä. Siellä kuntoutuja saa tarvitsemaansa tukea arjesta selviytymiseen, asioimiseen kodin ulkopuolella ja vapaa-ajan harrastuksiin. (Vuorilehto, Tuulevi, Kurki & Hätönen 2014, 236.) Palveluasumisesta puhutaan silloin, kun henkilökunta on paikalla asukkaita varten päiväaikaan (Fröjd & Ahonen 2009, 11).

Palveluasumisen yksikössä mielenterveyskuntoutujille tarjotaan päivätoimintaa, harjoitellaan arjen toimia sekä ennen kaikkea tuetaan itsenäiseen toimintaan ja päätöksentekoon. Toimintakykyä tuetaan yhteisohoidon menetelmin ohjaamalla ja tekemällä yhdessä arjen askareita, kuten ruoanlaittoa, siivoamista ja pyykinpesua. Yksiköissä annetaan ohjausta terveellisiin elämäntapoihin, arjen toimintaan, asioiden hoitoon ja oman terveyden hoitoon. (Fröjd & Ahonen 2009, 18-27.)

Käytännössä asumispalveluyksikössä tehdään tietynlaisia asioita tiettyyn aikaan. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi ruoka-aikojen säännönmukaisuus, jonka katsotaan helpottavan yhteiseloja monen asukkaan yhteisössä. Ruoka-aikojen tarkka aikatauluttaminen ei

kuitenkaan anna mahdollisuutta yksilöllisiin ratkaisuihin samalla tavalla kuin yksinasuvalla, se ei myöskään opeta mielenterveyskuntoutujia sisäistämään ruoka-aikojen säännöllisyyden tärkeyttä itselle. Monen asukkaan yhteisössä sääntöjen noudattaminen on kuitenkin edellytys asumiselle. (Fröjd & Ahonen 2009, 18-27.) Ruoka-aikojen säännöllisyyden merkityksestä olisikin hyvä keskustella yhdessä mielenterveyskuntoutujien kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee että asumispalveluyksiköt sijoitetaan taajama-alueelle. Tämä mahdollistaa kuntoutujien päivittäisen palveluiden käytön, kuten kaupassa asioinnin. STM:n mukaan yhteisöllisessä asumispalvelussa riittää että keittiötilat ovat yhteiset, tällöin jokaisen asukkaan huoneessa ei tarvitse olla keittomahdollisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) Oma keittomahdollisuus mahdollistaisi esimerkiksi omien ruokien valmistuksen itsenäisesti, tämä on kuitenkin harvinaista asumispalveluyksiköissä (Fröjd & Ahonen 2009, 26). Toisaalta yhteiset keittiötilat lisäävät yhteisöllisyyttä ja helpottavat sosiaalisten kontaktien luomista, kun asukkaat saavat ruokailla saman pöydän ääressä.

3.2 Skitsofrenia

Skitsofreniaa sairastaa n. 1% suomalaisista. Suoraa syytä tämän sairauden puhkeamiseen ei tiedetä mutta perimällä ja ympäristötekijöillä on vaikutusta. Skitsofrenia on nuorella aikuisiällä alkava mielenterveyden häiriö. Se vaikuttaa kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Skitsofreniaa sairastavalla on vaikeuksia luoda ja ylläpitää sosiaalisia suhteita, ajatella luovasti sekä ilmaista omia ajatuksia ja tunteita. (Suvisaari ym. 2014, 137.) Skitsofrenia on psykoosisairaus, jossa henkilön kosketus todellisuuteen on heikentynyt, sisäiset ja ulkoiset ärsykkeet ovat sekoittuneet keskenään eikä sairastunut erota sitä, mikä on totta ja mikä ei. Sairaudentunnon puuttuminen on yleistä skitsofreniaa sairastavien ihmisten keskuudessa. (Toivio & Nordling 2013, 195.)

Mielenterveyden häiriön puhkeaminen on kriisi, se on muutos ihmisessä itsessään ja tämän elämässä. Mielenterveyshäiriöstä kuntoutuminen on henkilökohtainen ja ainutlaatuinen prosessi, jossa ihmisen asenteet, arvot, päämäärät, tunteet, taidot ja roolit voivat muuttua. Kuntoutuminen on päivittäistä työtä, johon kuntoutuja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa. (Lähteenlahti 2008.) Skitsofreniaa sairastavilla ihmisillä todetaan lähes aina

kognitiivisten toimintojen puutteita sekä sosiaalisen kognition häiriöitä, jotka häiritsevät heidän joka päiväistä elämää. Kuntoutumista hankaloittaa vaikeudet muistaa asioita, vaikeus paneutua keskusteluun sekä kyvyttömyys saada arkisia asioita hoidetuksi. (Viertiö, Mehtälä & Sailas 2016, 632-633.)

3.2.1 Skitsofrenian oireet

Kliinisesti tarkasteltuna skitsofreniaan sairastuminen on pitkä prosessi. Ensioireita voi esiintyä vuosia ennen psykoosia, eikä niitä aina voi tunnistaa psykoosia edeltäviksi oireiksi. Ensioireita ovat mm. huolestuneisuus, ahdistuneisuus, mielialan lasku, keskittymisvaikeudet ja vähäenergisyys. Oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat harhaluulot, aistiharhat ja puheen sekä käytöksen hajanaisuus. Negatiivisiin oireisiin luetaan tunneilmaisun latistuminen, anhedonia, puheen köyhtyminen sekä tahdottomuus. (Suvisaari ym. 2014, 137, 139.) Skitsofrenian diagnostisiin kriteereihin ei kuulu kognitiivisten toimintojen häiriöt mutta niitä voidaan kuitenkin havaita lähes kaikilla skitsofreniaa sairastavilla. Keskeisimpiä kognitiivisia häiriötä ovat prosessointinopeuteen, tarkkaavaisuuteen, työmuistiin, kielelliseen oppimiseen, muistiin, päättelyyn, ongelmanratkaisuun ja kielelliseen käsityskykyyn liittyvät häiriöt. Lisäksi skitsofreniaa sairastavilla voi olla puutteita sosiaalisen kognition alueella. Sosiaalisella kognitiolla tarkoitetaan tapaa kokea itsensä ja muut, kykyä muodostaa mielikuvia itsen ja muiden välisistä suhteista sekä taitoa käyttää näitä mielikuvia sosiaalisessa kanssakäymisessä. (Viertiö ym. 2016, 632.)

Tyypillistä skitsofrenialle ovat toistuvat psykoosijaksot, joista henkilö paranee joko osittain tai kokonaan. Psykoosijaksojen välillä skitsofreniaa sairastava ihminen voi olla vähäoireinen tai lähes oireeton. Skitsofrenian oireet yleensä lievittyvät alun psykoosin jälkeen, josta seuraa toimintatason lasku, mikä pysähtyy muutaman vuoden kuluttua. Sairastumisen alkuvaiheessa on runsaasti oireita, jolloin hoidon tarve on suuri. Elämänlaatu on tyydyttävää, mikäli oireet pysyvät hallinnassa. (Heiskanen, Niskanen & Koponen 2010, 389; Suvisaari ym. 2014, 138-139, 148.)

Skitsofrenian eteneminen usein katkaisee elämänkaaren vaiheita, kuten aikuistumista, itsenäistymistä, parisuhteen ja perheen muodostamista, kouluttautumista sekä työelämää. Skitsofreniaa sairastavilla fyysinen terveys heikkenee muuta väestöä aikaisemmin. Tätä

selittävät huonot elintavat, kuten tupakointi, epäterveellinen ravitsemus ja vähäinen liikunta. Kuolleisuus skitsofreniaa sairastavilla on 2,5 kertaa suurempi terveisiin verrokkeihin nähden ja elinikä on 15-20 vuotta lyhempi. Yleisemmät kuolinsyyt ovat itsemurha, somaattiset sairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinsairaudet, ruoansulatuselinsairaudet sekä infektiot. Somaattisten sairauksien riskiä lisäävät metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes ja dyslipidemiat joita esiintyy skitsofreniaa sairastavilla muuta väestöä enemmän. (Suvisaari ym. 2014, 148-151.)

3.2.2 Skitsofrenian hoito

Skitsofrenian puhkeamisen syytä ei tiedetä, joten siihen ei ole olemassa parantavaa hoitoa (Suvisaari ym. 2014, 165). Toipuminen on kuitenkin mahdollista ja 13,5% sairastuneista toipuu kliinisesti sekä sosiaalisesti (Penttilä ym. 2015). Skitsofrenian hoidon tarkoituksena on lievittää oireita, parantaa psykososiaalista toimintakykyä ja tukea sairauteen sopeutumista. Hoidon tavoitteena on uusien psykoosijaksojen estäminen, vähentäminen ja vaikeusasteen lievittäminen. Skitsofrenian hoidossa keskeistä on biologisten, psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistäminen. Hoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhain lääkehoidon rinnalla. Hoidon ensimmäinen vaihe on sairastumisen tiedostaminen ja kuntoutusmotivaation herääminen, tästä seuraa vuosia kestävä aktiivinen työskentely tavoitteena mahdollisimman autonominen ja merkityksellinen elämä. (Suvisaari ym. 2014, 165, 184.) Kuviossa 2 kuvataan skitsofrenian hoidon tärkeimpiä kulmakiviä, joita ovat luottamuksellinen hoitosuhde, optimaalinen lääkehoito, psykoedukaatio, läheisten huomioiminen, yhteiskuntaan integroiminen, somaattisen terveyden arviointi, elintapainterventio, uusien sairausjaksojen ehkäisy, psykososiaalinen kuntoutus sekä hoitoon sitoutumiseen tukeminen. Näitä skitsofrenian hoidon kulmakiviä käsitellään tarkemmin tässä luvussa, lukuun ottamatta lääkehoitoa johon perehdytään kappaleessa 3.2.3.

Skitsofrenian akuuttivaiheessa oireita on esiintynyt vähintään kuukauden ajan. Onnistunut hoito voi lyhentää oireiden kestoa ja pienentää mahdollisuutta sairauden kroonistumiselle. Hoito pyritään toteuttamaan avohoidossa, mikäli tämä ei ole mahdollista tulee siirtyä sairaalahoitoon. Tärkeää on luoda luottamuksellinen hoitosuhde potilaaseen. Hoidon päämääränä on psykoottisten oireiden mahdollisimman nopea lievitys sekä toimin-

nallisen toipumisen alkuun saattaminen. (Suvisaari ym. 2014, 169.) Skitsofreniaan sairastunutta tulee tukea ja motivoida omaan hoitoonsa sitoutumiseen (Skitsofrenia: käypä hoito-suositus 2015).

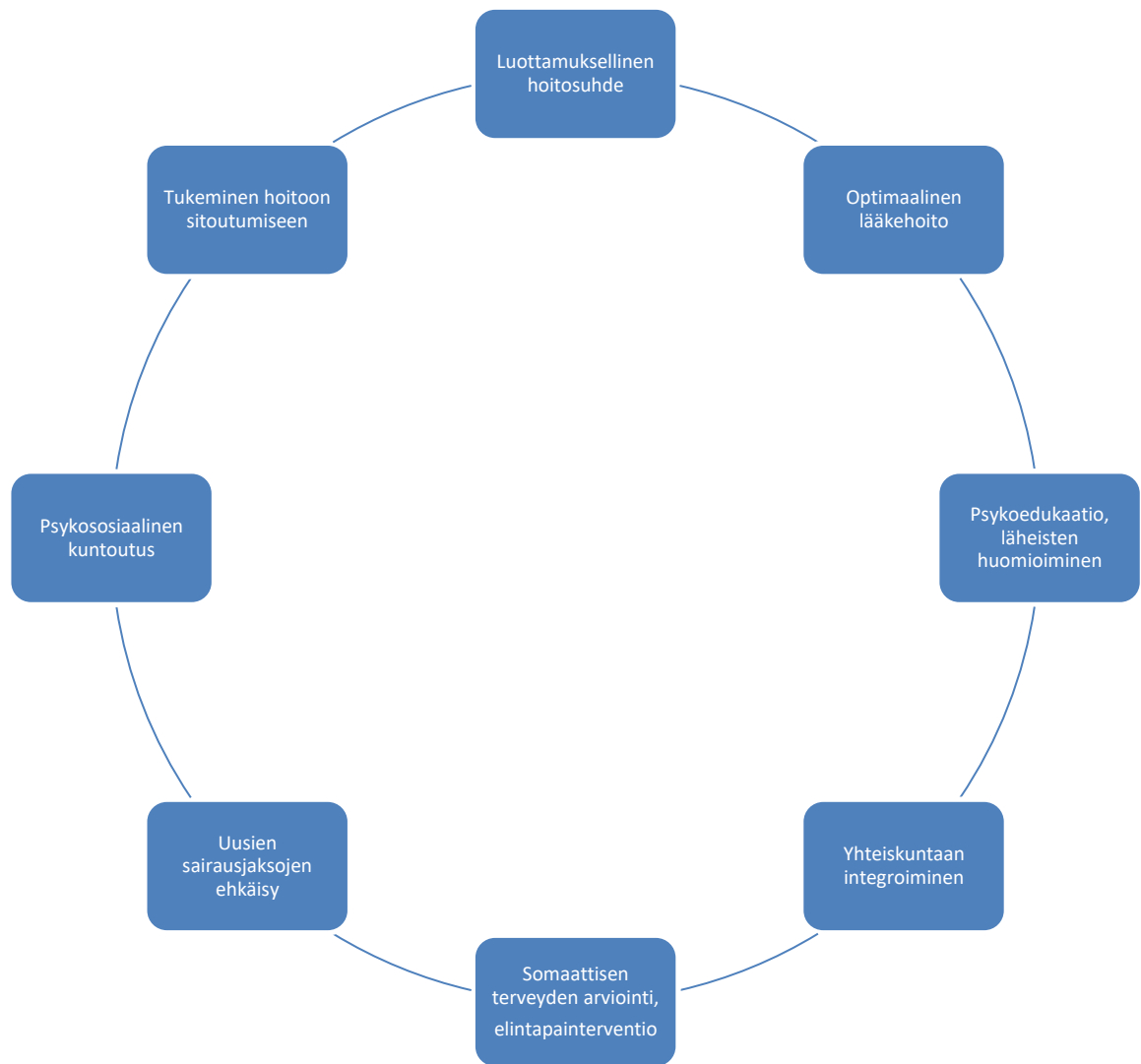
Skitsofrenian tasaantumisvaihe voi kestää useita kuukausia. Tässä vaiheessa psykoosin uusiutumisen mahdollisuus on suuri, joten psykososiaaliset stressitekijät tulisi pitää mahdollisimman vähäisinä. Hoidon tavoitteena on lievittää oireita ja vakiinnuttaa potilaan tila. Skitsofreniaa sairastavalle ja tämän perheelle tulisi antaa tietoa sairauden ennusteesta, hoidosta, kuntoutuksesta sekä sairauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä. Läheisten huomioimisella hoidossa on todettu vähentävän akuuttivaiheen uusiutumista ja parantavan läheisten välistä tunneilmapiiriä. (Suvisaari ym. 2014, 169, 188.) Hoitomuotoina käytetään psykososiaalista yksilöhoitoa ja kuntoutusta. Skitsofreniaa sairastavan tulisi kokea olevansa yhä osa yhteiskuntaa sairaudesta huolimatta. (Skitsofrenia: käypä hoito-suositus 2015.)

Sairauden vakaassa vaiheessa hoidon tavoitteena on, lääkehoidon ja kuntoutuksen avulla pitää oireet poissa tai mahdollisimman lievinä, ja tätä kautta kohentaa skitsofreniaa sairastavan toimintakykyä sekä elämänlaatua. Mikäli psykoottiset oireet pysyvät poissa viisi vuotta voidaan antipsykoottista lääkitystä asteittain vähentää. (Suvisaari ym. 2014, 171.)

Psykoosin uusiutuessa tulisi selvittää mikä mahdollisesti laukaisi sen. Usein syynä on lääkehoidon liian varhainen vähentäminen tai yhtäkkinen lopettaminen. Skitsofreniaa sairastavilla on monesti huono hoitomyöntyvyys ja lääkehoidon laiminlyönti on yleistä. Hoitona uusiutuvaan psykoosiin, on syiden poistaminen ja lääkehoidon tehostus tai uudelleen käynnistys. (Suvisaari ym. 2014, 172.) Hoidossa onkin tärkeää pyrkiä ennaltaehkäisemään skitsofrenian relapseja eli uusiutumisjaksoja. Hoidossa tulisi kiinnittää huomiota myös somaattiseen terveyteen ja sen säännölliseen arviointiin sekä somaattisten sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Käypä hoito 2015.) Elintapainterventioiden avulla voidaan lisätä tietoa terveellisistä elintavoista ja sitä kautta tukea skitsofreniaa sairastavaa ihmistä ravinto- ja liikuntatottumusten muuttamiseen. Elintapainterventiot ovatkin keskeinen osa skitsofreniaa sairastavien hoitoa. (Suvisaari ym. 2014, 191.)

Noin kymmenesosa sairastuneista tarvitsee apua selvitäkseen päivittäisistä toiminnoista (Tuominen & Salokangas 2013). Asumiseen liittyvää tukea skitsofreniaa sairastava voi

tarvita ainakin jossain vaiheessa elämäänsä, osalla tuen tarve on pysyvä. Hyvin toteutettuna asumiskuntoutus parantaa psykososiaalista toimintakykyä ja ehkäisee pysyvien toiminnanvajavuuksien syntyä. (Suvisaari ym. 2014, 193.)



KUVIO 2. Skitsofrenian hoidon kulmakivet (Suvisaari ym. 2014,185, muokattu)

3.2.3 Skitsofrenian lääkehoito

Skitsofrenian lääkehoidossa käytetään antipsykootteja. Antipsykootit vähentävät akuutin psykoosin oireita, uusia sairaalajaksoja ja kokonaiskuolleisuutta. (Suvisaari ym. 2014, 172.) Antipsykootit jaetaan perinteisiin antipsykootteihin eli neurolepteihin ja toisen polven antipsykootteihin. Toisen polven antipsykoteilla on parempi siedettävyyttä, kun taas perinteisillä antipsykoteilla haittavaikutuksia esiintyy 20-40% käyttäjistä. Perinteiset antipsykootit ovat kuitenkin yhtä tehokkaita ja edullisempia kuin toisen polven antipsykootit. (Huttunen 2008,67.) Skitsofrenian lääkehoidossa pyritään saavuttamaan mahdollisimman hyvä hoitovaste, mahdollisimman pienellä lääkeannoksella, näin pystytään minimoimaan haittavaikutukset (Skitsofrenia: käypä hoito-suositus 2015).

Suomessa yleisimmin käytettyjä perinteisiä antipsykoteja ovat haloperidoli, klooripromatsiini, levomepromatsiini, perfenatsiini ja tsuklopentiksoli. Toisen polven yleisimmin käytettyjä antipsykoteja ovat ketiapiini, olantsapiini, risperidoni, sertindoli ja tziprasidoni. Antipsykoottien tavanomaisimpia haittavaikutuksia ovat lihasjäykkyys, pakkoliikkeet, painonnousu, seksuaalitoimintojen häiriöt, prolaktiinin erityksen kasvu, kuumautishäiriöt, antikolinergiset haittavaikutukset (suun kuivuminen, ummetus), syljen eritys, sydänvaikutukset, verisolujen määrän muutokset sekä väsymys. Painonnousua erityisesti aiheuttavia antipsykoteja ovat klotsapiini, risperidoni ja olantsapiini. Olantsapiinin käyttäjistä kolmasosalla paino nousee 7% ja jopa 20 kg vuodessa. Suurin osa painonnoususta tapahtuu lääkehoidon ensimmäisenä vuotena mutta se voi jatkua vielä useita vuosia. (Huttunen 2008, 57, 60-65,80-88.)

Lääkehoidon myönteiset vaikutukset ovat näkyvissä noin 1-6 kuukauden kuluttua lääkehoidon aloittamisesta. Ensimmäisenä oireista lievittyy ahdistuneisuus ja unettomuus, seuraavaksi pelokkuus, hajanaisuus ja lopuksi harhaluulot. Antipsykoottien vaikutus negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin ilmenee hitaammin. Ensipsykoosin jälkeisen oireettoman kauden kestäessä yli kaksi vuotta, lääkehoito voidaan pyrkiä lopettamaan asteittain. Esto- ja ylläpitohoitoa tulee harkita, mikäli lähisuvussa esiintyy psykooseja tai potilaan sairauden kuva viittaa pitkäaikaiseen sairauteen. (Huttunen 2008, 69-70; Käypä hoito 2015.)

Säännöllisellä lääkehoidolla voidaan välttää psykoosin uusiutuminen (Suvisaari ym. 2014, 178). Joka kolmas skitsofreniaa sairastava kuitenkin laiminlyö lääkityksensä.

Käypä hoito-suosituksen (2015) mukaan noin 30% sairaalapotilaista ja 40-65% avohoidon potilaista ei aina noudata lääkitysohjeitaan. (Skitsofrenia: käypä hoito-suositus 2015.) Tällöin tulee harkita pitkävaikutteisten injektioiden käyttöä, jotta lääkehoito pysisi katkeamattomana (Huttunen 2008, 75).

3.3 Painonhallinta

Painonhallinta pitää sisällään mahdollisen ylipainon laihduttamisen, laihdutustuloksen ylläpitämisen laihduttamisen jälkeen sekä lihomisen ennaltaehkäisyyn (Aro & Heinonen 2015, 161). Painonhallinta on elämäntapa, jolla yksilö tavoittelee ja vaalii sellaista painoa, mikä tukee tämän hyvinvointia ja terveyttä. Voidaan ajatella että elämäntapa muodostuu käyttäytymisestä. Ihmisen käyttäytymiseen vaikuttavat monet tiedostamattomat ja tiedostettavissa olevat asiat, kuten tietämys, tunnetila ja mielihalu. Painonhallinta on vastuun ottamista omasta hyvinvoinnistaan ja se on osana yleistä elämänhallintaa. Painonhallintaa tukevia psyykkisiä voimavaroja ovat kyky joustavaan ajatteluun, hyvä tunteiden säätelykyky, hyvä stressin hallintakyky sekä myönteinen minäkuva. Näitä taitoja voidaan kehittää ja opetella. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 114,118-119.)

Painonhallinnassa laihduttaminen tarkoittaa negatiivisen energiatasapainon ylläpitämistä syömällä vähemmän kuin kuluttaa. Jo muutaman 100 kcal:n vaje päivässä auttaa laihtumaan. Tällöin elimistö käyttää varastorasvaa energianlähteenään ja paino laskee. Painonhallinnassa auttaa myös liikunta, mikä kiihdyttää aineenvaihduntaa ja on myös psyykkisesti merkittävä tekijä painonhallinnassa. Mikäli ihminen on normaalipainoinen, on lihomisen ennaltaehkäisy paljon helpompaa kuin laihduttaminen. Laihdutustarpeen arviointiin voidaan käyttää painon mittaamista vaa'alla ja vyötärön ympärysmittaa. Terveyden kannalta suositeltava vyötärön ympäryys naisilla on alle 80cm ja miehillä alle 90cm. Vyötärölihavuudesta puhutaan, mikäli naisen vyötärön ympäryys on yli 90cm ja miehellä yli 100cm. Vyötärölihavuus kertoo vatsan alueen rasvakudoksesta, joka kertyy vatsaontelon sisälle ja maksan ympärille. Vatsaontelon sisälle kertynyt rasva heikentää mm. insuliinin tehoa ja kohottaa veren rasva-arvoja Ylipainoisella 5-10%:n laihduttaminen on merkityksellistä, esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen synnyn ehkäisyssä ja hoidossa. (Aro & Heinonen 2015, 161-166.)

Painonhallinnassa tärkeää on tehdä pieniä, pysyviä muutoksia ruokavalioon. Tiukat ruokavaliot johtavat repsahduksiin ja ovat riski painonhallinnan pysyvyydelle. Olennaista painonhallinnassa on se, mitä valintoja tehdään usein ja pitkällä aikavälillä. Painonhallinnassa tärkeää on joustavuus ja sallivuus, tällöin ruokavalinnat ovat tietoisia ja suunnitelmallisia ja pelivaraa jää myös satunnaiselle herkuttelulle. Ruokavalion ehdottomuutta on vaikea noudattaa, jolloin painonhallitsija voi helpommin menettää syömisensä hallinnan. (Pietiläinen ym. 2015, 118, 120.)

3.4 Suomalaisten ravitsemussuositusten mukainen lautasmalli

Suomalaisten ravitsemussuositusten tavoitteena on parantaa ravitsemuksen avulla väestön terveyttä. Suositukset on suunnattu koko väestölle, eikä esimerkiksi mielenterveyskuntoutujille ole omia ravitsemussuosituksia. Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio pienentää lukuisten sairauksien riskiä, kuten sepelvaltimotaudin, aivoverenkiertohäiriöiden, tyypin 2 diabeteksen, verenpainetaudin, eräiden syöpien, lihavuuden ja hampaskarieksen synnyn riskiä. (Ravitsemusneuvottelukunta 2014, 8, 11.)

Suomalaisten ravitsemussuositusten (2014, 20) mukainen lautasmalli kuvastaa yhdellä aterialla suositeltavaa kokonaisuutta. Se havainnollistaa aterian koostamista ja monipuolisuutta, jossa eri ruokaryhmät täydentävät toisiaan (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015, 32). Suositeltavassa lautasmallissa puolet lautasesta tulisi täyttää erilaisilla kasviksilla. Yksi neljäsosa täytetään täysjyväviljatuotteilla (pasta, riisi) tai perunalla. Jäljelle jäänyt neljäsosa täytetään proteiinin lähteellä eli lihalla, kanalla tai kalalla. (Ravitsemusneuvottelukunta 2014, 20.)

Juomaksi ravitsemussuositusten mukaan valitaan lasillinen rasvatonta maitoa tai piimää. Janojuomaksi käytetään vettä. Lautasmalliin kuuluu lisäksi täysjyväviljaleipä, jonka päälle levitetään kasviöljypohjaista rasvavevitettä. Jälkiruoaksi valitaan marjoja tai hedelmä (kuva 1). (Ravitsemusneuvottelukunta 2014, 20.)

Kaikki ruokaryhmät ovat erinomaisia omalla tasollaan. Jokaisella ruokaryhmällä on kuitenkin oma erikoisarvonsa, kuten kasviksilla C-vitamiini ja viljalla kuitu. Lautasmallia koottaessa ja valittaessa sille monipuolisesti eri ruokaryhmistä taataan ravintoaineiden

monipuolinen ja riittävä saanti. (Voutilainen ym. 2015, 31.) Tärkeää on myös säännöllinen ruokarytmi, joka pitää veren glukoosipitoisuuden tasaisena ja näin hillitsee näläntunnetta. Tasainen ruokarytmi (aamupala, lounas, päivällinen, iltapala ja välipalat) auttaa syömään kohtuullisesti, vähentää napostelua ja ahmintaa, mikä puolestaan auttaa painonhallinnassa. (Ravitsemusneuvottelukunta 2014, 24.)

Ravitsemussuositusten mukaan sokeria ja kovaa rasvaa sisältävät herkut eivät kuulu päivittäiseen terveyttä edistävään ruokavalioon (Ravitsemusneuvottelukunta 2014, 19). Terveellinen ravitsemus on kokonaisuus, johon voi vaikuttaa päivittäisillä valinnoilla pitkällä aikavälillä (THL 2014). Terveellisen ruokavalion noudattaminen ei siis tarkoita sokeria ja kovaa rasvaa sisältävien herkkujen totaalista välttämistä. Sopiva herkuttelu kuuluu elämään, jollekulle sopiva määrä on kerran viikossa, toinen taas voi syödä pieniä määriä lähes päivittäin. Tärkeää terveellisen ruokavalion noudattamisessa onkin sallivuus ja joustavuus, ei pidä olla itselle liian ankara. (Borg 2014.)



KUVA 1. Suomalaisten ravitsemussuositusten mukainen lautasmalli (Ravitsemusneuvottelukunta 2014, 20)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kirjallisuuskatsaus ja sen kuvaileva muoto. Kirjallisuuskatsaus sopii tämän työn menetelmäksi parhaiten, sillä se koostaa viimeaikaisinta tutkimustietoa opinnäytetyön aiheesta, kuitenkin helposti luettavassa ja ymmärrettävässä muodossa. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tiedonkeruu ei ole vahvasti rajattua, joten opinnäytetyössä voi käyttää laajasti erilaisia lähteitä, mikä mahdollistaa moninaiset näkökulmat tutkimuskysymykseen vastaamiseen.

4.1 Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen (lieterature review) tarkoituksena on kehittää olemassa olevaa teoriaa sekä mahdollisesti rakentaa uutta tietoa jo olemassa olevien tutkimuksien avulla (Salminen 2011, 3). Se on hyödyllinen tutkimusmenetelmä, kun halutaan kuvailla ongelman taustaa tai sen kehitystä (Johansson 2007, 4). Tässä työssä halutaan löytää vastaus siihen, mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyskuntoutujien painonhallintaan. Tehtävänä on löytää vastauksia siihen, miten skitsofrenia sairautena vaikuttaa painonhallintaan ja mikä merkitys lääkehoidolla on painonhallintaan. Kirjallisuuskatsaus on arviointia, joka tehdään uudelleen kriittisesti asiaa tutkien. Sitä voidaan kutsua myös selonteoksi ja arvosteluksi. (Salminen 2011, 3,5.)

Kirjallisuuskatsaus voidaan tehdä monella eri tapaa. Kirjallisuuskatsaukset voidaan karkeasti jakaa metatutkimuksiin, systemaattisiin ja kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin. Kirjallisuuskatsaus voi olla pohjana erilaisille tutkimuksille tai se voi olla itsenäinen tutkimusmenetelmä. (Kangasniemi ym. 2013, 293.) Tässä työssä kirjallisuuskatsaus toteutetaan itsenäisenä tutkimusmenetelmänä ja kirjallisuuskatsauksen muotona toimii kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

4.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

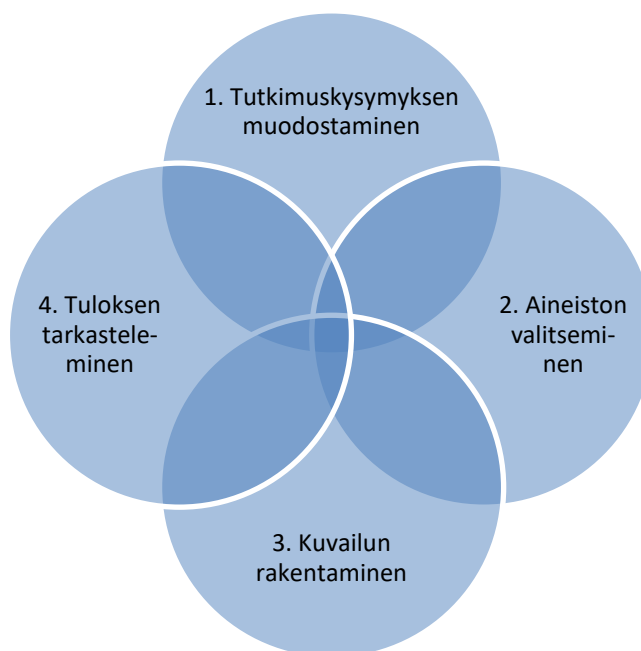
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsauksen muoto, jossa tutkittava ilmiö kuvataan laajasti. Se on yleiskatsaus ilman tiukkoja sääntöjä, jossa voidaan käyttää monipuolisesti erilaisia aineistoja. (Salminen 2011, 6.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty alkuperäistutkimuksia, katsausartikkeleita ja ammattikirjallisuutta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan aineistolähtöistä, ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta. Se kokoaa aikaisemman tiedon, kuvailua ja jäsentynyttä tarkastelua varten. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on etsiä vastauksia asetettuihin kysymyksiin, tutkia mitä ilmiöstä tiedetään, mitkä ovat sen keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet (Kangasniemi ym. 2013, 294). Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset sekä teoreettiset lähtökohdat ovat esiteltynä kappaleissa kaksi ja kolme.

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää, kun halutaan rakentaa käsitteellistä tai teoreettista kehystä sekä tutkittaessa teorian kehitystä. Menetelmä on erinomainen tässä opinnäytetyössä, sillä halutaan esittää tietoa mielenterveyskuntoutujien painonhallintaan vaikuttavista tekijöistä sekä tunnistaa siihen liittyviä ongelmia. Hoitotyössä jonkin osa-alueen ollessa pirstaleinen tai hajanainen, voidaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla tuottaa kliiniseen työhön tai koulutukseen teoreettista tietoa hyvien käytäntöjen edistämiseksi. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.)

4.3 Toteuttaminen

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan jaotella neljään osaan. Niitä ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Tyypillistä on että vaiheet etenevät osin päällekkäin koko tutkimusprosessin ajan. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292.) Nämä käsitteet ja niiden väliset suhteet ovat kuvattuna kuviossa 3.



KUVIO 3. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Tutkimuskysymyksen muodostaminen on kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe. Tutkimuskysymys ohjaa koko tutkimusprosessia ja näin ollen on keskeinen tekijä kirjallisuuskatsauksessa. Tutkimuskysymystä voidaan tarkastella yhdestä tai useammasta näkökulmasta, sen tulee kuitenkin olla tarpeeksi hyvin rajattu, jotta aiheeseen voidaan pureutua syvällisesti. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.) Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykseksi muotoutui; Mitkä tekijät vaikuttavat skitsofreniaa sairastavan mielenterveyskuntoutujan painonhallintaan. Tätä tutkimuskysymystä olen tarkastellut kahdesta eri näkökulmasta, itse sairauden sekä siihen liittyvän lääkityksen kautta. Näkökulmia valikoitui kaksi, jotta sain aiheen pidettyä tarpeeksi suppeana mutta kuitenkin kattavana.

Toinen vaihe kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on aineistonkeruu. Aineiston tulisi vastata mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseen. Aineisto koostuu viimeaikaisista tutkimuskysymyksen kannalta merkittävistä tutkimuksista ja muista tieteellisistä julkaisuista. Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytin eksplisiittistä aineiston valintaa, jolloin tiedon haku tehdään valituista lehdistä ja sähköisistä tietokannoista. Tiedon haussa hyödynnetään aineiston rajaamista, kuten aika- ja kielirajasta. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296.) Tässä opinnäytetyössä aikarajaus on tehty vuodesta 2006-2016, jotta aineisto olisi

mahdollisimman tuoretta. Kuitenkin himan yli 10 vuoden takaa löytyi kaksi tälle opin-
näytetyölle merkityksellistä lähdettä, jotka otettiin mukaan kirjallisuuskatsauksen tekoon.
Kieli on rajattu suomen- ja englannin kieleen, jotta tutkimusaineiston ymmärtäminen
mahdollistuu. Muita käytettyjä rajoituksia ovat aineiston saatavuus full text:nä, jotta ai-
neisto on ilmaista ja helposti saatavana kokonaisuudessaan, aineiston tulee myös vastata
tutkimuskysymykseen. Asetetut aineiston rajoitukset ovat esiteltynä taulukossa 1. Valittu
aineisto ei kuitenkaan perustu ainoastaan rajattuihin hakusanoihin, aika- ja kielirajauksiin
vaan rajoituksista voidaan poiketa, mikäli se on tutkimuskysymyksen kannalta merkityk-
sellistä. Aineistoa koottaessa suuri painoarvo on aikaisemman tutkimuksen sisällöllisellä
valinnalla, eikä niinkään ennalta asetettujen rajoitusten noudattamisella. Aineiston valinta
onkin jatkuvaa reflektointia suhteessa tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi ym. 2013,
295-296.)

TAULUKKO 1. Aineiston valinnassa käytetyt rajoitukset sekä niiden perustelut

Käytetty aineiston rajausta:	Perustelut aineiston rajoitukselle
Aikarajaus: 2006-2016	Tutkimukset sisältäisivät mahdollisimman uutta tietoa
Kielirajaus: suomi, englanti	Kielen ymmärrys
Saatavuus: full text	Aineiston ilmaisuus, helppo saatavuus kokonaisuudessaan
Muuta: Aineiston tulee vastata tutkimuskysymykseen	Aineisto on aiheenmukainen

Valittaessa aineistoa, voidaan tukena käyttää taulukointia. Sen tavoitteena on jäsentää valittua aineistoa ja arvioida sen luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Tässä opin-
näytetyössä käytin aineistonkeruuseen näitä tietokantoja: CINAHL Complete (EBSCOhost), Medic, Google Scholar ja Terveysportti. Hakusanoina käytin YSA-sanoja ”skitsofrenia”, ”lääkehoito”, ”painonnousu”, ”painonhallinta”, ”ravitsemus”, ”ravitsemussuositukset” ja MESH- sanoja ”schizophrenia”, ”dietary habits”, ”weight management” ja ”nutrition”. Tietokannoissa käytetyt hakusanat ja niillä löytynyt aineisto sekä

valikoitunut aineisto on kuvattuna taulukossa 2. Tiedonhaku suoritettiin asettamalla ensin taulukon 1 aineiston rajauskriteerit hakukoneeseen. Tällä tavoin valikoitui yhteensä 13 lähdettä joista kaksi olivat samoja tutkimuksia

TAULUKKO 2. Tietokannoissa käytetyt hakusanat ja niillä löytynyt aineistomäärä.

Tietokanta:	Hakusanat:	Osumat:	Valitut:
CINAHL Comp- lete(EBSCOhost)	schizophrenia AND dietary habits,	1	1
	schizophrenia AND nutrition,	24	1
	schizophrenia AND weight management	11	2
	schizoph* AND diet*	63	2
Medic	skitsofrenia AND lääkehoito,	51	2
	skitsofrenia AND ravitseminen,	0	0
	skitsofrenia AND painonnousu,	4	0
	skitsofrenia AND painonhallinta	0	0
	schizophrenia AND dietary habits,	1	1
	schizophrenia AND nutrition,	0	0
	schizophrenia AND weight management	0	0
	schizoph* AND diet*	2	1
Google Scholar	skitsofrenia ja lääkehoito,	1180	0
	skitsofrenia JA painonnousu,	120	1
	skitsofrenia JA ruokailutottumukset	101	0
	skitsofrenia JA painonhallinta	112	0
Terveysportti	skitsofrenia ja lääkehoito,	97	1
	skitsofrenia JA painonnousu,	11	1
	skitsofrenia JA ravitseminen,	9	0
	skitsofrenia JA elämäntavat	13	0
	skitsofrenia JA painonhallinta	6	0
Yhteensä:		1677	13 joista samoja 2

Tiedonhaku suoritettiin tammikuussa 2016. Kesällä ja alkusyksystä 2016 tehtiin muutama lisähaku, jotta tutkimustuloksiin saatiin lisää sisältöä. Hakusanoilla ja asetetuilla aineiston rajauksella löytyi yhteensä 1677 mahdollista lähdettä. Taulukoissa 3 ja 4 on esiteltynä perustelut sille miksi juuri 12 lähdettä valikoitui tämän opinnäytetyön aineistoksi. Kuvaillevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan aineistosta nostaa esiin yksi tai useampi päälähte. Päälähteet muodostavat rungon tutkimuskysymyksen tarkastelulle ja runkoa tuetaan, täydennetään ja täsmennetään tai kritisoidaan muun kirjallisuuden avulla. (Kangasniemi ym. 2013, 297.) Taulukoissa 3 ja 4 on esiteltynä tämän opinnäytetyön päälähteet tummennetulla ja niitä tukevat lähteet tavallisin tekstityksin. Päälähteinä olivat Psykosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset (Viertö ym. 2012), The secret food diary of a person diagnosed with schizophrenia (Hardy & Gray 2012), Painonnousu psyykeliäkkeiden haittavaikutuksena (Koponen 2011), Psykosisilääkkeiden käyttöön liittyvä painonnousu ja metaboliset muutokset (Koponen ym. 2001) sekä Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt (Korkeila & Korkeila 2008).

TAULUKKO 3. Opinnäytetyön aineistona käytetyt tutkimukset

Tutkimus:	Tarkoitus:	Tutkimus- menetelmä & osallistujaluku (n):	Keskeisimmät tulokset:
Antipsychotic induced weight gain in schizophrenia: mechanisms and management (Rege 2008)	Selvittää millä mekanismeilla antipsykoottinen lääkitys nostaa painoa ja miten parhaiten hallita painoa	Kirjallisuuskatsaus	Painonhallinnassa tärkeintä on valita painoneutraali antipsykootti sekä tehdä elämäntapamuutoksia terveellisempään
Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey (Simonelli-Muños ym. 2012)	Selvittää skitsofreniaa sairastavien ruokailutottumuksia ja niiden vaikutusta ylipainoon	Kvalitatiivinen tutkimus n159	Skitsofreniaa sairastavilla oli epäterveelliset ruokailutottumukset ja heillä esiintyi ylipainoisuutta

Dietary improvement in people with schizophrenia (McCreadie ym. 2005)	Selvittää vaikuttaako hedelmien ja kasvien helppo saatavuus skitsofreniaa sairastavien ruokailutottumuksiin	Kvalitatiivinen tutkimus n102	Hedelmien ja kasvien saatavuus vaikutti niiden kulutukseen positiivisesti
Psykoosisairauksiin liittyvä fyysisen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset (Viertö ym. 2012)	Selvittää psykoosisairauksista kärsivien fyysistä sairastamista ja toimintakyvyn vajauksia	Kvantitatiivinen tutkimus n8028	Fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset ovat huomattavasti yleisempiä psykoosiin sairastuneilla kuin yleisväestöllä
Psychosocial processes influencing weight management among persons newly prescribed atypical antipsychotic medication (Xiao ym. 2012)	Selvitää painonhallinnan psykososiaalista prosessia antipsykoottihoidon aloittaneiden keskuudessa	Kvalitatiivinen tutkimus n16	Painonhallintaa hankaloitti taloudelliset vaikeudet, maantieteellinen sijainti, elämän strukturoimattomuus, painon nopea nousu lääkehoidon aloituksen jälkeen ja sosiaalisen verkoston tuen puute
The secret food diary of a person diagnosed with schizophrenia (Hardy & Gray 2012)	Selvittää ruokapäiväkirjan avulla milloin, mitä ja miksi skitsofreniaa sairastavat syövät	Kvalitatiivinen tutkimus n8	Skitsofreniaa sairastavien ruokavalio ei ole kovin terveellinen

TAULUKKO 4. Opinnäytetyön aineistona käytetyt katsausartikkelit

Katsausartikkeli:	Tarkoitus & alkuperäistutkimukset:	Keskeiset tulokset:
Painonnousu psyykelääkkeiden haittavai- kutuksena (Koponen 2011)	Selvitti psykiatrisiin häiriöihin liittyvän lääkehoidon osuutta painonnousuun 37	Painonnousu on yhteydessä mielenterveyden häiriöön ja sen hoitoon. Hoidossa huomioitava painon seuranta, elämäntapaohjaus ja painoneutraalit lääkkeet
Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys (Heiskanen, Niskanen & Koponen 2010)	Selvitti skitsofreniapotilaiden somaattista sairastavuutta sekä lääkityksen vaikutusta somaattisiin sairauksiin 51	Skitsofreniapotilailla enemmän sydän- ja verisuonisairauksia, niiden ennaltaehkäisy, huomioonottaminen ja seuranta tärkeää
Psykoosilääkkeiden käyttöön liittyvä painonnousu ja metaboliset muutokset (Koponen ym. 2001)	Selvitti psykiatrilääkehoidon aiheuttamaa painonnousua, sen riskitekijöitä ja mekanismeja 36	Antipsykoottien käyttöön liittyvä painonnousu, veren rasva-arvojen ja sokeritasapainon muutokset voivat olla merkittäviä terveysriskejä
Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt (Korkeila & Korkeila 2008)	Selvitti mielenterveyspotilaiden somaattisen sairastavuuden taustalla olevia elintapoja 37	Mielenterveyden häiriöt yhteydessä moniin epäedullisiin elämäntapoihin
Psykoosilääkkeet ja painonnousu (Raaska 2002)	Selvitti psykiatrilääkkeiden yhteyttä painon nousuun 35	Antipsykootteihin liittyvä painonnousu on merkittävä somaattiseen sairastavuuteen vaikuttava riskitekijä jonka ennaltaehkäisyyn onnistunut painonhallinta on keskeinen tavoite

Detection of the metabolic syndrome in schizophrenia and implications for antipsychotic therapy: is there a role for folate? (Burghart & Ellingrod 2013)	Selvitti MBO:n, toisen polven antipsykoottien ja skitsofrenian yhteyttä 77	Antipsykootit lisäävät merkittävästi sydän- ja verisuonitautien syntyä
--	---	--

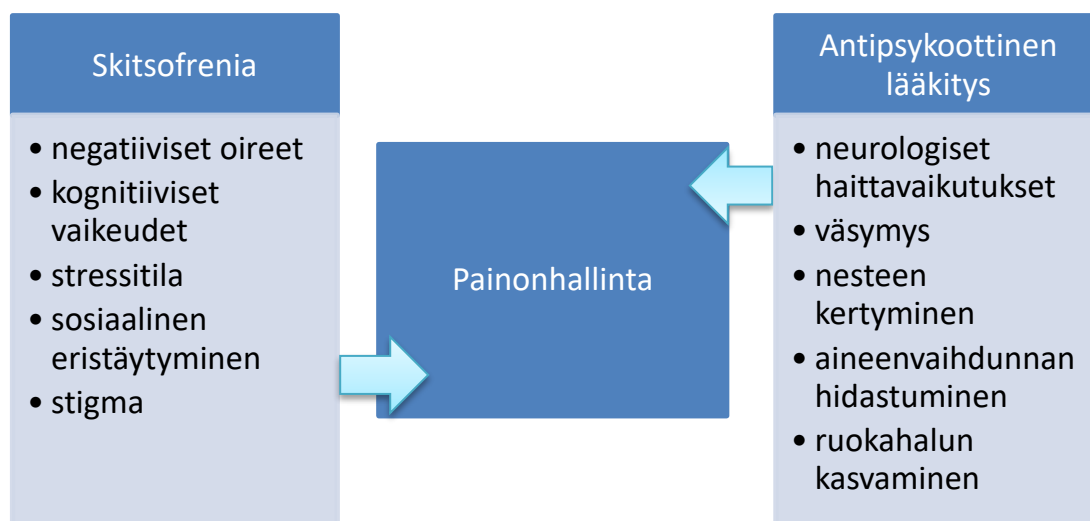
Kuvailun rakentaminen on kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe. Se on menetelmän ydin, jonka tavoitteena on tutkimuskysymykseen vastaaminen sekä uusien johtopäätösten tekeminen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on vertailla aineistoja keskenään ja analysoida heikkouksia sekä tehdä laajempia päätelmiä. Valitusta aineistosta haetaan tutkimuskysymyksen kannalta merkittäviä seikkoja, joita ryhmitellään kokonaisuudeksi. (Kangasniemi ym. 2013, 296-297.) Hankittu aineisto järjesteltiin laadullisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida aineistoa ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin avulla muodostetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä ja käsitekarttoja. Käsitekartan avulla muodostetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaava kokonaisuus, jossa esitetään käsitteet ja niiden väliset suhteet toisiinsa. (Kyngäs ym. 2011, 139.) Tässä opinnäytetyössä aineisto jaoteltiin sisällönanalyysin avulla yläluokittain kahteen eri luokkaan: skitsofrenian vaikutus painonhallintaan sekä lääkityksen vaikutus painonhallintaan.

Viimeinen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaihe on tulosten tarkasteleminen. Tässä vaiheessa kootaan ja tiivistetään keskeiset tulokset ja tarkastellaan niitä laajemmasta näkökulmasta. Tarkasteluosassa voidaan hyvän tieteellisen tavan mukaisesti kritisoida esitettyä tutkimuskysymystä, hahmotella kehittämishaasteita ja esittää johtopäätöksiä. Sisällöllisen ja menetelmällisen pohdinnan lisäksi, se pitää sisällään tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arvioinnin. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298.)

5 TULOKSET

Mielenterveyshäiriöt ja epäsuotuisat elintavat kulkevat usein käsi kädessä, elämäntapamuutoksilla voidaan kuitenkin ehkäistä somaattista sairastavuutta (Korkeila & Korkeila 2008, 279). Skitsofreniaa sairastavilla voidaan usein havaita ryhmä metabolisia muutoksia, kuten ylipaino, korkea verensokeri ja korkea kolesterolia. Antipsykoottisella lääkehoidolla on todettu olevan vaikutusta painon nousuun mutta ravitsemuksen merkitys on myös suuri. Skitsofreniaa sairastavilla on useiden tutkimusten mukaan epäterveellinen ruokavalio, mikä on osatekijä ylipainoon ja sitä kautta metabolisiin muutoksiin. Itse sairauteen liittyvä ahdistuneisuus ja stressi voivat myös aiheuttaa ylipainoa. (Simonelli-Muñoz ym. 2012, 220, 226.)

Kuviossa 4 on kuvattuna tämän opinnäytetyön keskeisimpiä tuloksia liittyen tekijöihin, jotka vaikuttavat skitsofreniaa sairastavan mielenterveyskuntoutujan painonhallintaan. Näitä ovat skitsofreniaan liittyen negatiiviset oireet, kognitiiviset vaikeudet, sairauden aiheuttama stressitila, sosiaalinen eristäytyminen ja stigma. Antipsykoottiseen lääkehoitoon liittyviä tekijöitä ovat neurologiset haittavaikutukset, väsymys, nesteen kertyminen, aineenvaihdunnan hidastuminen ja ruokahalun kasvaminen. Näihin painonhallintaan vaikuttaviin tekijöihin ja niiden vaikutusmekanismeihin paneudutaan tarkemmin tässä luvussa.



KUVIO 4. Skitsofreniaa sairastavan mielenterveyskuntoutujan painonhallintaan vaikuttavia tekijöitä

5.1 Skitsofrenian vaikutus painonhallintaan

Skitsofreniaa sairastavat ihmiset kuolevat muuta väestöä aiemmin erityisesti sydän- ja verisuonitauteihin. Kohonneen riskin taustalla on skitsofreniaa sairastavien huonot ruokailutottumukset, ylipaino ja alhainen liikunnan määrä. (McCreadie ym. 2005, 300, 346.) Jopa 34% miesten kuolinsyistä ja 31% naisten kuolinsyistä johtuu sydän- ja verisuonitau- deista, ainoastaan itsemurhasta johtuvat kuolemat ovat yleisempiä skitsofreniaa sairasta- vien keskuudessa (Burghart & Ellingrod 2013). Espanjassa vuonna 2006 tehdyssä väes- tötutkimuksessa selvisi että ylipainoa esiintyi 53,5% kantaväestöstä, kun skitsofreniaa sairastavien keskuudessa ylipainoa esiintyi 83,6%. Antipsykootit yksinään eivät ole syynä skitsofreniaa sairastavien ylipainoon. Ylipainoisuus skitsofreniaa sairastavien ih- misten keskuudessa on monen tekijän summa, johon vaikuttavat antipsykootit, geenit ja elämäntavat, erityisesti vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruokavalio. (Simonelli- Muñoz ym. 2012, 220, 225.) Painon nousu koetaan häiritsevimmäksi haitaksi skitsofre- niaan liittyen ja se vähentää hoitomyyntyvyyttä (Raaska 2002, 160).

5.1.1 Skitsofrenia ja ruokailutottumukset

Skitsofreniaa sairastavien ruokailutottumuksia tutkittaessa ruokapäiväkirjan avulla sel- visi, että ravitsemus on kovin yksipuoleista. Skitsofreniaa sairastavat valitsevat usein sa- moja ruokia päivästä toiseen ja ruokailu on rutinoitunutta ja toistuvaa. (Hardy & Gray 2012,603, 607.) Ruokailuun saatetaan käyttää aikaa vain alle 15 minuuttia. Skitsofreniaa sairastavan päivään saattaa kuulua runsasenergisä aterioita 4-5 ja napostelu ruokailujen välissä on yleistä. Nämä tekijät voivat helposti nostaa painoa. (Simonelli-Muñoz ym. 2012, 225.)

Rasvaista kalaa vähintään kerran kuukaudessa söi skitsofreniaa sairastavista miehistä 43% ja 27% naisista. Erään kyselytutkimuksen mukaan 63,1 % skitsofreniaa sairastavista ei syönyt lainkaan kalaa. Keitettyjä vihanneksia viisi kertaa viikossa tai enemmän söi 72:sta skitsofreniaa sairastavista miehistä 10% ja 30:stä naisesta 27% . Raakoja kasviksia söi viisi kertaa viikossa tai enemmän miehistä 25%, kun vastaava luku naisilla oli 40%. Hedelmien ja kasvien kulutus jää reilusti alle suositusten. Niistä ei joko pidetä tai ne ovat liian kalliita. Nesteiden nauttiminen jää todella vähäiseksi, koska nestettä juodaan

vain jos on jano. (McCreadie ym. 2005, 346,348,349-348; Hardy & Gray 2012, 605,607; Simonelli-Muñoz ym. 2012, 220.)

Laboratoriokokeiden mukaan tutkittavista 49% oli alhainen C-vitamiinitaso ja 53% oli korkea kolesteroli. Melkein kaikki tutkimukseen osallistuvat olivat työttömiä tai/ja tupakoitsijoita, jolloin vähäiset rahat käytettiin usein mieluummin tupakkaan. (McCreadie ym. 2005, 346, 349-348.) Hyvä ruokailurytmi toteutui parhaiten kodinomaisessa, hyvin organisoidussa ympäristössä, jossa on toistuvat rutiinit: ruoka, uni, työ. Osalla skitsofreniaa sairastavista ei ole taitoa tai motivaatiota laittaa itselle ruokaa, eivätkä he välttämättä osaa arvioida ruoan laatua oikein. Hardyn ja Grayn (2012) mukaan skitsofreniaa sairastava ajattelee usein valitsemansa ruoan olevan terveellistä, vaikkei se sitä todellisuudessa ole. (Hardy & Gray 2012, 603, 607.)

5.1.2 Stressitila, negatiiviset oireet sekä kognitiiviset vaikeudet

Mielenterveyshäiriöihin itsessään liittyy stressi. Stressi puolestaan aiheuttaa metabolisia muutoksia elimistössä ja kohottaa riskiä sairastua sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksiin sekä vatsaontelon sisäiseen lihavuuteen. (Korkeila & Korkeila 2008, 277.) Ruokailutottumuksiin ja liikunnan vähyyteen vaikuttaa skitsofrenian negatiiviset oireet, kuten esimerkiksi anhedonia ja tahdottomuus. Tällöin ihminen ei vain yksinkertaisesti jaksaa lähteä liikkeelle, eikä terveelliseen ruokailuun ole energiaa panostaa. Useilla skitsofreniaa sairastavilla esiintyy masentuneisuutta, mikä puolestaan johtaa aloitteellisuus- ja jaksamisongelmiin. (Koponen 2011, 730.) Viertiön ym. (2012) tutkimuksen mukaan masennuksen merkitys elämänlaadulle on suurempi kuin positiivisten oireiden, vaikka juuri positiivisia oireita hoidetaan yleensä ensisijaisesti (Viertiö ym. 2012, 869).

Skitsofreniaan liittyvät kognitiiviset oireet hankaloittavat päivittäisistä toiminnoista selviämistä, heikentävät vuorovaikutuksen mahdollisuutta sekä yleistä psykososiaalista toimintakykyä. Kognitiiviset vaikeudet voivat vaikeuttaa hoitoon liittyvien asioiden ymmärtämistä. (Viertiö ym. 2012, 836-869.) Mikäli skitsofreniaa sairastava ihminen kärsii ylipainosta ja siihen liittyvistä metabolisista oireista, olisi syytä hakeutua hoitoon. Hoitoon hakeutuminen ei kuitenkaan ole kovin yksinkertaista. Skitsofrenian vaikutukset hoitoon hakeutumiseen ovat moninaiset. Sairauteen liittyvä toimintakyvyn lasku, eristäytynei-

syys, heikentynyt kivun kokemus sekä oireiden huono tunnistaminen, vaikeuttavat hoitoon hakeutumista. Kognitiiviset vaikeudet, erityisesti muistin ja päättelykyvyn ongelmat sekä psyykkisten oireiden aiheuttama vaikeus kuvata omia oireita tai tilannetta, hankaloittavat hoitoon hakeutumista. (Heiskanen ym. 2010, 389.)

Viertiön ym. (2012) tutkimuksessa skitsofreniaa sairastavia haastateltaessa kävi ilmi, että arjessa selviytymisessä vaikeuksia tuottivat itsestä huolehtiminen, kuten vuoteesta nousu, pukeutuminen, syöminen ja peseytyminen sekä vessassa käyminen. Vaikeaksi koettiin myös kotitöiden tekeminen, kuten ruoan laitto, pyykin peseminen ja siivoaminen, myös sosiaalinen toiminta koettiin hankalaksi. Sosiaaliseen toimintakykyyn ja arjessa selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä tutkimuksen mukaan ovat skitsofrenian negatiiviset oireet, masennusoireet, korkea ikä, kielellisen muistin ongelmat, puheen tuoton ongelmat sekä heikentynyt kaukonäkö. Heikentynyt kaukonäkö vaikutti tutkimuksen mukaan sosiaaliseen kanssakäymiseen ja heikentynyt lähinäkö taas arkipäivän askareisiin. (Viertiö ym. 2012, 836-869.) Queen's:n yliopistossa (2012) tehdyn tutkimuksen mukaan, skitsofreniaa sairastavat kokivat rutiinien ylläpidon hankalaksi. Painonhallinnan ajateltiin olevan hyvin rutiineihin sidottua ja näin ollen se koettiin vaikeaksi toteuttaa. Moni Queen's:n yliopistossa tehdyn tutkimukseen osallistuneista pelasi videopeljä. Tutkimuksessa tehtiin havainto, että videopelit olivat suuressa roolissa elämäntavassa, jossa ei noudateta rutiineja. Videopelien pelaaminen kiinnitti niitä pelaavan fantasiamaailmaan ja näinollen söivät motivaatiota painonhallinnan aloittamiselle. (Xiao, S., Baker, C. & Oyewumy, L-K 2012, 343-346.)

Skitsofreniaa sairastava ihminen yleensä laihtuu psykoosin pahenemisvaiheessa ja lihoo toipumisvaiheessa. Näinollen jo itse sairauden vaiheella on merkitystä painoon. Sairauden aiheuttamat kognitiiviset oireet ja puutteellinen elämäntähtäminen johtavat epäterveelliseen ruokavalioon ja huonoon terveystähtäytymiseen, kuten tupakan ja päihteiden käyttöön. (Koponen ym. 2001, 5266.) Skitsofreniaa sairastavat ihmiset tupakoivat muuta väestöä enemmän. Runsas tupakointi on yhteydessä alkoholin käyttöön sekä kahvin suureen kulutukseen. Nämä lisäävät skitsofreniaa sairastavien väsymystä, uupumusta ja aamuyön unettomuutta. Niin sanottu kaksoisdiagnoosi eli päihdeongelma yhdistettynä mielenterveyshäiriöön vaikeuttaa häiriön kulkua, heikentää ennustetta sekä toimintakykyä, jolloin esimerkiksi ravitsemuksesta huolehtiminen kärsii. (Korkeila & Korkeila 2008, 275-276.) Neljäsosa skitsofreniaa sairastavista käyttää lisäksi liikaa alkoholia mikä lisää ylipainon kertymisen mahdollisuutta. (Koponen 2011, 730.)

5.1.3 Sosiaalinen eristäytyminen ja stigma

Skitsofreniaa sairastavan sosiaalinen eristäytyminen ja psyykkisen sairauden aiheuttama stigma, voivat vähentää fyysistä aktiivisuutta. (Koponen 2011, 730.) Viertiön ym. (2012) mukaan skitsofreniaa sairastavien liikuntakyky, arkielämän toimintakyky ja kognitiivinen toimintakyky ovat huomattavasti alhaisemmat kuin saman ikäisellä yleisväestöllä. Skitsofrenia heikentää ihmisen toimintakykyä usein niin paljon, että edessä on työttömyyden työmyys. Työelämästä syrjäytyminen taas johtaa monesti asumisen ja arkielämän selviytymisen vaikeuksiin. (Viertiö ym. 2012, 836-869.) Työttömyyteen liittyy yleensä huono taloudellinen tilanne. Moni kokeekin, ettei heillä ole varaa käyttää rahaa terveelliseen ruokaan tai liikuntaan, kuten kuntosalilla käymiseen. Sosiaalisten suhteiden vähäisyys on yleinen este fyysiselle aktiivisuudelle vakavissa mielenterveyden häiriöissä. Queen's:n yliopistossa (2012) tehdyn tutkimuksen mukaan, skitsofreniaa sairastavista moni toivoi lisämotivaatiota painonhallintaansa sosiaaliselta verkostolta, kuten perheeltä ja ystäviltä. (Xiao ym. 2012, 343, 346.)

Tutkimustulokset osoittivat, että painon nousulla on skitsofreniaa sairastavaan ihmisen elämään moniulotteiset vaikutukset. Painon nouseminen heikentää hoitomyöntyvyyttä, laskee elämänlaatua, sosiaaliset kontaktit vähenevät ja vetäytyminen omiin oloihin lisääntyy. (Koponen ym. 2001, 5265.)

5.2 Lääkehoidon vaikutus painonhallintaan

Tarkkaa syytä ei tiedetä, miksi juuri skitsofreniaa sairastavien keskuudessa esiintyy paljon metabolista oireyhtymää mutta se tiedetään, että antipsykooteilla on vaikutusta painon nousuun. Useat toisen polven antipsykootit lisäävät riskiä painon nousuun, rasva-aineen vaihdunnan häiriöihin ja sitä kautta kohottavat riskiä sairastua diabetekseen ja sydän- ja verisuonitauteihin. (Burghardt & Ellingrod 2013.)

5.2.1 Painonhallintaan vaikuttavat antipsykootit

Yleisempää painonnousu on naisilla ja ensipsykoosin läpikäyvillä. Pitkäaikaista antipsykoottilääkitystä saavista 50%:lla paino nousee lääkehoidon aikana. Toisen polven antipsykooteilla on suurin vaikutus painonnousuun, näistä painoa erityisesti nostaa klotsapiini ja olantsapiini. Yhden vuoden klotsapiinihoidon jälkeen 58% lääkehoitoa käyttävistä oli paino noussut vähintään 10%. Olantsapiinia käyttävistä paino nousi kahdessa ja puolessa vuodessa noin kuusi kilogrammaa. Perinteisistä antipsykooteista klooripromatsiini nostaa huomattavasti painoa. Painonnousu vaikuttaa potilaan hoitomyöntyvyyteen ja aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä sekä sosiaalisista kontakteista vetäytymistä. Merkittävää on myös se, että painonnousu vaikuttaa kielteisesti skitsofrenian hoidon ennusteseen. (Koponen ym. 2001, 5265; Raaska 2002, 160; Heiskanen ym. 2010, 392; Koponen 2011, 730.)

Antipsykooteista johtuvan painonnousun syyt ovat monitekijäisiä. Painonnousun riskiä lisääviä tekijöitä ovat alhainen painoindeksi lääkehoitoa aloittaessa, naissukupuoli (joissain tutkimuksissa miessukupuoli), nuori sairastumisikä, afroamerikkalaisuus, aikaisemmat painonvaihtelut ja suvussa esiintyvä ylipainoisuus. (Koponen 2011, 731.) On todettu että alhainen painoindeksi antipsykoottista lääkehoitoa aloitettaessa on suuri riski painonnousulle, muutaman ensimmäisen viikon aikana lääkehoidon aloituksesta. Painonnousu ensimmäisten viikkojen aikana lääkehoidon aloituksesta ennustaa pitkä aikaista painonnousua. Joillekin tämän kaltainen painonnousu on korjaamattomissa, eikä antipsykootin vaihtaminenkaan auta. (Rege 2008, 371.)

Painoa nostavia antipsykootteja ovat erityisesti klotsapiini, olantsapiini, ketiapiini, klooripromatsiini sekä risperidoni. Painoneutraaleja antipsykootteja ovat aripipratsoli, flufenatiini, haloperidoli, perfenatsiini sekä tsiprasidoni (kuvio 5).



KUVIO 5. Painoneutraaleja ja painoa nostavia antipsykootteja

Skitsofrenian hoidon päätavoitteena on oireiden vähentäminen tai oireettomuus, vaikka paino lähtisikin nousemaan. Mikäli paino nousee, on selvittettävä toisen sopivamman antipsykootin käyttömahdollisuudet. (Heiskanen ym. 2010, 391.) Hardy & Gray (2012) ovat tutkimuksessaan sitä mieltä, että skitsofreniaa sairastavaa ihmistä olisi arvokkaampaa tukea elämäntapamuutokseen kuin vaihtaa lääkitystä, mikäli tämä kärsii paino-ongelmista (Hardy & Gray 2012, 604). Lääkkeistä johtuva painonnousu on merkittävä somaattisia sairauksia aiheuttava tekijä. Skitsofreniaa sairastavista 50% on jokin somaattinen sairaus. (Raaska 2002, 161.)

5.2.2 Antipsykoottien haittavaikutukset ja painonhallinta

Lääkehoidon vaikutusmekanismeja liittyen painonnousuun on useita. Antipsykooteilla on usein haittavaikutuksena väsymys, joka vaikuttaa ihmisen jaksamiseen liikkuu. Liikunnan vähentyessä paino lähtee nousuun, mikäli ruokailutottumukset pysyvät ennallaan. (Koponen ym. 2001, 5266.) Väsymys eli sedaatio, yhdistettynä antipsykoottien neurologisiin haittavaikutuksiin vähentävät energiankulutusta (Koponen 2011, 730).

Yksi antipsykoottien sivuvaikutuksista on antikolinergiset haitat kuten suun kuivuminen. Suun kuivumista voidaan yrittää lievittää juomalla sokeripitoisia juomia, jotka nostavat painoa. (Koponen ym. 2001, 5266.) Antipsykoottien vaikutuksesta aineenvaihdunta voi hidastua ja nestettä voi kertyä elimistöön, nämä molemmat nostavat painoa (Koponen 2011, 730). Perinteisiä psykoosilääkkeitä ja toisen polven psykoosilääkkeitä käyttävät sairastavat diabetesta muuta väestöä merkittävästi enemmän. (Viertiö ym. 2012, 865). Tämä voi johtua osin siitä että antipsykooteilla on epäedullinen vaikutus lipidi- ja glukoosiaineenvaihduntaan (Korkeila & Korkeila 2008, 276).

5.2.3 Antipsykoottien hormonaaliset vaikutukset ja painonhallinta

Useat monoamiinit, neuropeptidit ja hormonit osallistuvat ruokahalun ja energiahoimeostaasin säätelyyn, tässä hypotalamuksella ajatellaan olevan suuri rooli (Raaska 2002, 159). Hypotalamus sijaitsee väliaivoissa ja se on suorassa yhteydessä aivolisäkkeeseen. Hypotalamuksen eri alueiden stimulaatio vaikuttaa umpieritysrauhasten toimintaan sekä vesitasapainoon antidiureettisen hormonin ja janon tunteen välityksellä. Hypotalamus vaikuttaa energiatasapainoon nälän ja kylläisyyden tunteen välityksellä. Hypotalamus vaikuttaa myös käyttäytymiseen sekä osallistuu lämpötalouden ja kardiovaskulaarisen järjestelmän säätelyyn. (Sane 2010.) Muutokset hypotalamuksen hormoni- ja välittäjäainejärjestelmässä voivat täten vaikuttaa syömiskäyttäytymiseen ja energia-aineenvaihduntaan. Osa antipsykooteista vaikuttaa hypotalamukseen ja tätä kautta painoon. Joillain antipsykooteilla on myös antihistamiinisia vaikutuksia, joiden tiedetään lisäävän ruokahalu. (Raaska 2002, 159-160.)

Todennäköisesti painonousu liittyy antipsykoottien salpaavaan vaikutukseen, kohdistuen serotoniini- ja histamiinivälitteisten hermotoimintaan. Serotoniinisitoutumiskohtien salpautuessa antipsykootin vaikutuksesta syömiskäyttäytyminen lisääntyy. (Koponen ym. 2001, 5265-5266.) Antipsykooteilla voi siis olla myös suoraan ruokahalua nostattava vaikutus. Yksi tällainen antipsykootti on klotsapiini. Sen käyttäjistä 75% nousee ruokahalu, käyttöön liittyy myös ahmintaa, mikä nostaa painoa. Eräs painon nousuun vaikuttava tekijä on antipsykoottien käytöstä johtuva hyperprolaktinemia, eli veren suuri prolaktiinipitoisuus ja steroidihormonien erityksessä tapahtuvat muutokset. (Raaska 2002, 160.) Prolaktiini heikentää insuliiniherkkyyttä ja sukupuolihormonien levikkiä, mikä vaikuttaa painonnousuun (Rege 2008, 373).

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan erilaisia valinta- ja päätöksentekotilanteita, joita tekijälle tulee ratkottavaksi tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimusetiikassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. (Kylmä & Juvakka 2007, 137,139.) Yleisesti sovitut pelisäännöt kollegoiden, tutkimuskohteen, toimeksiantajien ja yleisön keskuudessa ovat eettisyyden perusta. Tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta tehdessään tutkimustyötä ja esitellessään sitä. Opinnäytetyön tuloksia ei tule yleistää kritiikittömästi, tuloksia ei myöskään saa vääristellä. Työn raportoinnin ei pidä olla harhaanjohtavaa, eikä puutteellista. Esiin nousseita havaintoja ei tule muokata ja tulokset tulee tuoda julki sellaisina kuin ne ovat, myös mikäli ne ovat puutteellisia. Tärkeää on siis avoimuus, mutta myös vaitiolovelvollisuus jolloin toimeksiantajia ei tule mainita, mikäli näin on sovittu. (Hirsijärvi ym. 2009, 26; Vilkkä 2015, 41-42,46.)

Opinnäytetyössä kirjallinen osuus tulee olla plagioimatonta tekstiä. Tämä tarkoittaa sitä, ettei toisen kirjoittamaa tekstiä esitetä omana tekstinä. Plagiointi estetään käyttämällä lähdemerkintöjä. (Hirsijärvi ym. 2009, 26.) Tutkimuksen eettisyyden kannalta tutkijan aito kiinnostus uuden informaation hankkimisesta on avainasemassa. Tutkijan tunnollinen syventyminen omaan alaan lisää informaation luotettavuutta, kuin myös aito kiinnostus oman ammatinharjoittamisen edistämisestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172.)

Tässä opinnäytetyössä olen pyrkinyt toimimaan tutkimusetiikkaa noudattaen. Käytännössä se näkyy plagioimattomana, tarkkaan lähteistettynä tekstinä ja yhteisten pelisääntöjen noudattamisena. Opinnäytetyötä tehdessäni, olen pyrkinyt kirjoittamaan kunnioitavasti siinä esiintyvää kohderyhmää kohtaan sekä pysymään avoimena ja puolueettomana koko työskentelyn ajan. Olen myös noudattanut tekemääni opinnäytetyön suunnitelmaa, jonka yhteistyötaho on hyväksynyt, näin ollen opinnäytetyön tulisi vastata sille esitettyyn tarpeeseen. Yhteistyötahon toivomuksesta olen noudattanut vaitiolovelvollisuutta enkä näin ollen tuo julki tarkkaa yksikköä johonka tämä opinnäytetyö on kohdistettu.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeää on että tutkimuskohde ja tutkittu materiaali ovat yhteensopivia (Vilkkä 2015, 196). Tutkimuksen luotettavuus heikkenee, mikäli tutkijalla on aineiston valinnassa tiedostettu tai tiedostamaton tarkoitushakuisuus. Prosessin edetessä aineiston valinnassa käytetyt kriteerit saattavat muuttua, mikä myös heikentää luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Lähteinä käytettyjen englannin kielisten tutkimusten suomentaminen, voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, mikäli suomentamisvaiheessa on tapahtunut väärinkäsityksiä. Tutkimustulosten tulisi olla siirrettävissä, jolloin tutkimuskontekstin kuvaus, aineiston keruu ja sen analysointi kuvataan tarkasti. Tutkimuksen tulee myös olla uskottava. Uskottavuuteen vaikuttavat selkeä kuvaus tuloksista, siitä miten analyysi on tehty ja mitkä sen vahvuudet sekä rajoitteet ovat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160.) Tutkimustulosten yksipuolinen, valikoiva tarkastelu, keskittyminen tutkimuksen sijaan tutkijoihin ja pysähtyminen nykytilanteeseen heikentävät kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013, 298.)

Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa yksintyöskentely, jolloin on mahdollista että tutkija sokeutuu omalle työlleen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 159). Toisaalta aineiston valinta ja keruu sekä kuvailun rakentaminen on hyvin subjektiivinen prosessi, jonka vuoksi pareittain työskennellessä eri tutkijat voivat päätyä erilaisiin lopputuloksiin. Tutkimustuloksia esittäessä väitteet tulee perustella riittävän perusteellisesti, jotta saadaan ylläpidettyä tutkimuksen luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013, 298.)

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa. Eettisyys tulee esille jo tutkimuskysymyksen muodostamisessa, jolloin näkökulma tulee valita huolellisesti. Aineiston valinnassa ja sen käsittelyssä korostuu tutkimusetiikan noudattaminen oikeudenmukaisuuden, tasavertaisuuden ja rehellisyyden kannalta. Luotettavuuden kannalta merkittävää on se, että tutkimuskysymys on esitelty selkeästi ja se on teoreettisesti perusteltu. Analysoidut tutkimukset tulee liittää tiukasti esitettyyn tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen menetelmällisen osan kuvaus vaihe vaiheelta, lisää työn luotettavuutta. Johtopäätöksiä tehtäessä väitteet tulee perustella perusteellisesti ja kritiikin tulee olla samansuuntainen yhdessä johtopäätösten kanssa. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuuden kannalta esiin nousseet haasteet olivat yksintyöskentely ja englanninkieliset lähteet sekä aineiston keruu. Yksintyöskennellessä voi omalle tekstilleen sokaistua ja voi olla vaikea nähdä siinä esiintyviä ongelmia. Tähän suurena

apuna on ollut opponointi ja ohjaavan opettajan palaute, jonka myötä olen saanut uusia näkökulmia tekstilleni. Englannin kielisten tekstien suomentamisessa on aina riski että ymmärtää tekstin väärin. Tässä opinnäytetyössä suurin osa tärkeistä lähteistä on englannin kielisiä. Yksi luotettavuuden kannalta esiin nousseista haasteista oli sopivan aineiston löytäminen. Kävi ilmi, että mielenterveyskuntoutujien painonhallintaan vaikuttavista tekijöistä ei löytynyt kovin paljon suoraa tutkimustietoa. Aineistonkeruun suoritinkin muutamalla lisähaulla, jotta sain tarpeeksi luotettavia tietolähteitä.

6.2 Tulosten tarkastelu

Fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset ovat huomattavasti yleisimpiä skitsofreniaa sairastavien keskuudessa, kuin muulla väestöllä. Tutkimustuloksista selvisi, että skitsofreniaa sairastavista 22% on tyypin 2 diabetes ja 36,2% metabolinen oireyhtymä. (Viertio ym. 2012, 863.) Somaattisten sairauksien ennaltaehkäisyn yksi keskeinen tavoite on onnistunut painonhallinta (Raaska 2002, 161). Tutkimustulokset osoittivat että painon nousulla on skitsofreniaa sairastavaan ihmisen elämään moniulotteiset vaikutukset. Painon nouseminen heikentää hoitomyöntyvyyttä, laskee elämänlaatua, vähentää sosiaalisia kontakteja sekä lisää omiin oloihin vetäytymistä. Painonousun seuraukset huonontavat elämänlaadun lisäksi elinajanennustetta (Koponen ym. 2001, 5265). Tutkimustulokset osoittivat, että huonot elintavat kulkevat yleensä käsi kädessä mielenterveyden häiriön kanssa (Korkeila & Korkeila 2008, 279). Huono ravitsemuksen laatu, tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö ovat tavallista skitsofreniaa sairastavien keskuudessa. Skitsofreniaa sairastavat tupakoivat 2-2,5 kertaa yleisemmin, kuin muu väestö ja noin neljäsosa käyttää runsaasti alkoholia, mikä vaikeuttaa painonhallintaa. (Koponen 2011, 730.)

Tutkimustulosten mukaan, skitsofreniaa sairastavat luulivat syövänsä terveellisesti. Heidän ruokavalionsa oli kuitenkin yksipuoleinen, jossa kasviksia syötiin liian vähän ja valmisruoat olivat suosittuja. (Hardy & Gray 2012, 603-608.) Tämän tuloksen mukaan, skitsofreniaa sairastavilla ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa siitä, mitä terveellinen ruokavalio pitää sisällään. Huonolla ravitsemuksen laadulla tarkoitetaan yleensä ruokavaliota, joka pitää sisällään liikaa energiaa suhteessa kulutukseen, suuren määrän kovaa rasvaa sekä liian vähän kuitua. (Koponen 2011, 730.) Terveellisellä ruokavaliolla ja ruokailujen välisen napostelun välttämällä, voidaan ehkäistä painon nousua (Simonelli-Muñoz ym.

2012, 226). Ruokavalion monipuolisuus kattaa sen, että ihminen saa tarvitsemansa ravintoaineet kuten kuidun, vitamiinit ja hivenaineet (Hardy & Gray 2012, 607).

Syitä siihen miksi skitsofreniaa sairastavat syövät epäterveellisesti, on useita. Itse sairauteen liittyviä syitä ovat tutkimustulosten mukaan sairauden aiheuttama stressitila, negatiiviset oireet, kuten anhedonia ja tahdottomuus sekä kognitiiviset oireet, kuten vuorovaiikutuksen, muistamisen ja asioiden ymmärtämisen vaikeudet. Tällöin ihminen ei välttämättä osaa tehdä ravitsemuksellisesti terveellisiä valintoja. Skitsofreniaa sairastavilla todetaan usein masennusta, jolloin aloitteellisuus ja jaksaminen heikentyvät. Sosiaalinen eristäytyminen on myös tavallista skitsofreniaa sairastavien joukossa. (Korkeila & Korkeila 2008, 277; Koponen 2011, 730; Viertiö ym. 2012, 869.) Nämä kaikki ovat osasyitä siihen miksi skitsofreniaa sairastavista iso osa kärsii ylipainosta, syö epäterveellisesti ja epäsäännöllisesti. Hoitohenkilökunnalla on iso rooli olla tukemassa mielenterveyskuntoutujia terveellisempiin valintoihin ja tätä kautta ennaltaehkäisemään ylipainon mukanaan tuomia somaattisia sairauksia. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla tarpeeksi tietoa ravitsemukseen ja ylipainoon liittyvistä ongelmista. Ymmärrys skitsofreniaa ja sen hoitoa kohtaan sekä avoin keskustelu painonhallintaan liittyvistä vaikeuksista yhdessä mielenterveyskuntoutujien kanssa, luultavasti toisi tukea ja motivaatiota heidän painonhallintaan.

Psykieläkkeitä käyttävillä on havaittu olevan merkittävästi enemmän tyypin kaksi diabetesta verrattuna muuhun väestöön. Perinteisten antipsykoottien on havaittu olevan yhtedessä metaboliseen oireyhtymään. (Viertiö ym. 2012, 862.) Antipsykoottinen lääkitys itsessään hidastaa aineenvaihduntaa ja laskee energiankulutusta. Haittavaikutuksina ilmenevä sedaatio ja neurologiset oireet vaikeuttavat itsestä huolehtimista. Antipsykoottisen lääkehoidon myötä nestettä voi kertyä elimistöön ja lääkehoidon aiheuttamat muutokset kudosten insuliiniherkkyydessä nostavat painoa. (Koponen 2011, 730.) Antipsykoottien epäedullisia paino- ja metaboliavaikutuksia on mahdollista ehkäistä ruokavalioneuvonnalla, energiarajoituksin, käyttäytymisen muutostekniikoilla ja psykoedukaatiolla. Lääkehoitoa aloittaessa tulisi kertoa avoimesti mahdollisista haittavaikutuksista kuten mahdollisista painon muutoksista, glukoositasapainon heittelystä ja lipidiaineenvaihdunnan muutoksista. Lääkehoidon käynnistyessä tulisi säännöllisesti seurata näitä muutoksia mitaamalla painoa, verenpainetta, verensokeria sekä veren rasvapitoisuuksia. Somaattisen tilan seuranta ja mahdollisten muutosten varhainen huomioiminen on erityisen tärkeää, jotta pystytään ehkäisemään muita pitkäaikaissairauksia. (Korkeila & Korkeila 2008,

275-280.) Fyysisen terveyden seuranta ja hoito vaikuttavat myönteisesti psykiatrisen hoidon toteutumiseen (Heiskanen ym. 2010, 396). Tämä on huomionarvoinen seikka ja asia johon hoitohenkilökunta voi vaikuttaa omalla aktiivisuudellaan. Hoitokielteisyys on hyvin yleinen ilmiö psykiatrisessa hoitotyössä ja hoitohenkilökunnan tulisi tehdä kaikkensa jotta hoitomotivaatio saataisiin pysymään korkealla. Hoitokielteisyys näkyy lääkehoidon osalta siinä, että noin 30% sairaalapotilaista ja 40-65% avohoidon potilaista ei aina noudata lääkitysohjeitaan (Käypä hoito 2015).

Olisikin tärkeää että skitsofreniaa sairastavat saisivat ohjausta terveelliseen ruokavalioon ja elintapoihin. Tutkimukset nimittäin osoittivat että skitsofreniaan sairastuneet ihmiset olivat kykeneviä ja halukkaita ottamaan tietoa vastaan. (Hardy & Gray 2012, 603-608.) Tasapainoisesta ja terveellisestä ravitsemuksesta sekä liikunnasta kertominen mielenterveyskuntoutujille ja heidän hoitajilleen on ensiarvoisen tärkeää. Tiedon avulla voidaan ennaltaehkäistä metabolisia oireita sekä sydän- ja verisuonitauteja. (Burghardt & Ellingrod 2013.) Liikunta yhdistettynä ruokavalioon sekä mielenterveyskuntoutujien uusien terveystottumusten tukeminen, edesauttavat tehokasta painonhallintaa. Ruokavalio on keskeinen osa painonhallintaa, sillä energiansaannin on oltava negatiivista jotta paino lähtee laskemaan. Painonhallinnan yhteydessä on tärkeää ohjata käyttäytymismuutoksia. Käyttäytymismuutosten ohjaus pitää sisällään ruokailu- ja liikuntatottumusten seurannan, opastuksen stressinhallintaan muuten kuin syömällä, ohjauksen napostelun välttämiseen, epärealististen laihtumisodotuksien muuttamisen enemmän realistisiin tavoitteisiin, minäkuvan tuen, sosiaalisen tuen sekä repsahduksien hallinnan tukemisen. (Koponen 2011, 732.)

Käytännöllinen apukeino terveellisen ravitsemuksen noudattamiseen on Suomalaisten ravitsemussuositusten mukainen lautasmalli. Suomalaisten ravitsemussuositusten (2014) mukaan kasviksia, vihanneksia, sieniä, marjoja ja hedelmiä tulisi syödä puoli kiloa päivässä. Tästä määrästä hedelmien ja marjojen osuus tulisi olla noin puolet ja loput vihanneksia ja kasviksia. Ruokavalion tulisi olla monipuolinen ja vaihteleva, jotta ravinto olisi terveellistä ja maistuvaa. Suomalaisten ravitsemussuositusten (2014) mukaan suolan käyttöä tulisi pyrkiä vähentämään. Suurin osa ruokasuolasta saadaan valmisruoista ja ravintoloissa syödystä ruoasta. Myös kovaa rasvaa tulisi välttää ja lisätä pehmeän rasvan käyttöä. Pehmeää rasvaa saadaan mm. kasviöljystä, kasviöljypohjaisista levitteistä, pähkinöistä ja siemenistä sekä rasvaisesta kalasta. Rasvainen kala sisältää myös tyydytty-

mättömiä ja välttämättömiä rasvahappoja. Kalaa tulisi syödä kalalajia vaihdellen 2-3 kertaa viikossa. Nestettä suositellaan juotavaksi vuorokauden aikana 1-1,5 litraa ruoasta tulevan nesteen lisäksi. (Ravitsemusneuvottelukunta 2014, 17-18, 21-23.)

Mikä on suomalaisen kantaväestön laita terveellisten ruokailutottumusten suhteen? Suomalaisien painoindeksit ovat olleet noususuuntaiset jo 70-luvulta lähtien. Viime vuosina painoindeksien nousu on kuitenkin laantunut ja jopa pysähtynyt. Joka kolmas suomalainen kärsii vyötärölihavuudesta. Huolestuttavaa on myös se, että miehistä 65% ja naisista 46% ovat ylipainoisia. Finnravinto 2012-tutkimuksen mukaan suomalainen mies syö päivässä 160g kasviksia ja 200g hedelmiä, vastaavasti suomalainen nainen syö 165g kasviksia ja 230g hedelmiä päivässä kun ravitsemussuosituksen mukainen kasvisten ja hedelmien saantisuositus on 500g päivässä. Sokeripitoisten juomien, alkoholin ja makeisten kulutus on myös kasvanut suomalaisten keskuudessa. Huomionarvoinen seikka on se että pikaruokaravintoloiden annoskoot ovat kasvaneet 2-5 kertaa suuremmiksi kuin aikaisemmin. (Männistö ym. 2015.)

Monesti ajatellaan, että epäterveellinen ruoka on maukkaampaa ja houkuttelevampaa kuin terveellinen ruoka. Terveellistä ruokailua pidetään myös vaikeampana toteuttaa ja se vaatii monen mielestä enemmän suunnittelua kuin epäterveellinen ruokailu. Terveellisen ruoan valitseminen koetaan myös vaikeammaksi ilman ruokailutoverin tukea, tällöin esimerkiksi ravintolassa on vaikeampi valita terveellinen vaihtoehto jos kanssa ruokailija haluaa syödä epäterveellistä ruokaa. Terveellistä ruokaa pidetään myös kalliimpina kuin epäterveellistä ruokaa. Hyvän sosioekonomisen aseman omaavilla työikäisillä on todettu olevan terveellisemmät ruokailutottumukset kuin alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla. (Borodulin ym. 2015, 21,48.)

Mielenterveyskuntoutujien fyysinen hyvinvointi ei saisi jäädä psyykkisen sairauden varjoon. Hoitohenkilökunnan tulisi olla valveutunut auttamaan ja ohjaamaan mielenterveyskuntoutujia terveellisten elintapojen piiriin. Tärkeää olisi muistaa huomioida mielenterveyskuntoutujan fyysistä hyvinvointia myös niissä toimipisteissä joissa asioidaan pääasiassa psyykkisten pulmien vuoksi, näin kohdataan ihminen kokonaisuutena. Terveellisen ravitsemuksen kautta mielenterveyskuntoutujat voivat hallita painoaan ja välttyä somaattisilta sairauksilta. Tulee kuitenkin muistaa että terveellinen ravitsemus ei tarkoita pelkästään salaatin syömistä, vaan se on monipuolista sekä sallivaa. Kokonaisuus ratkaisee.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Mielenterveyskuntoutujien hyvinvoinnin edistämiseksi, hoitohenkilökunnan olisi hyvä perehtyä kuntoutujien ravinnon laatuun, sillä terveellisen ravitsemuksen kautta voidaan vaikuttaa somaattiseen terveyteen. Jatkotutkimuksena olisikin hyvä selvittää, millä tasolla hoitohenkilökunnan tieto terveellisestä ravitsemuksesta on ja käyttävätkö he sitä mielenterveyskuntoutujien kanssa työskentelyssä.

LÄHTEET

- Aro, E. & Heinonen, L. 2015. Laihduttamisen tarpeellisuus. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim. 161-166.
- Borg, P. 2014. Herkkujen haste ruokavaliolle. Duodecim. Päivitetty: 3.12.2014. Luettu: 2.6.2016. www.terveysportti.fi.
- Borodulin, K., Jallinoja, P. & Koivusalo, M. 2016. Epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta ja polarisaatio – syyt, kustannukset ja ohjaustoimet. Valtionneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja.
- Burghardt, K.-J. & Ellingrod, V.-L. 2013. Detection of the metabolic syndrome in schizophrenia and implications for antipsychotic therapy: is there a role for folate?. Mol Diagn Ther. 17 (1).
- Fröjd, S. & Ahonen, J. 2009. Pirkanmaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluselitys. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 5.
- Hardy, S. & Gray, R. 2012. The secret food diary of a person diagnosed with schizophrenia. Journal of psychiatric and mental health nursing. 19, 603-606.
- Heiskanen, T., Niskanen, L. & Koponen, H. 2010. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. Suomen Lääkärilehti. 65 (5), 391-392.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy. 161,164.
- Huttunen, M.-O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Duodecim. 60-88.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.4.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291-301.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Koponen, H. 2011. Painonnousu psyykenlääkkeiden haittavaikutuksena. Suomen Lääkärilehti. 66 (9), 729-733.
- Koponen, H., Saari, K., Savolainen, M. & Isohanni, M. 2001. Psykoosilääkkeiden käyttöön liittyvä painonnousu ja metaboliset muutokset. Suomen Lääkärilehti. 66 (51-52), 5265-5266.

- Korkeila, K. & Korkeila J. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt. Suomen Lääkärilehti. 63 (4), 275-279.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. 137,139
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede. 23 (2), 138-148.
- Laukkala, T., Tuisku, K., Fransman, H., & Vormaa, H. 2015. Työikäisten mielenterveyskuntoutus. Lääkärilehti. 70 (21), 1508-1513.
- Lähteenlahti, Y. 2008. Psykykkisestä sairaudesta kuntoutuminen. Duodecim. Päivitetty: 1.6.2008. Luettu: 27.5.2016. www.oppiporrtti.fi
- McCreadie, R., Kelly, C., Connolly, M., Williams, S., Baxter, G., Lean, M. & Paterson, J-R. 2005. Dietary improvement in people with schizophrenia. British journal of psychiatry. 187, 346-351.
- Männistö, S., Laatikainen, T., Harald, K., Borodulin, K., Jouslahti, P., Kanerva, N., Peltonen, M. & Vartiainen, E. 2015. Työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen Kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen tuloksia. Lääkärilehti 70 (14-15) 969-975.
- Penttilä, M., Juola, P., Seppälä, J., Kaivosoja, M., Raiskila, T., Niemelä, S. & Jääskeläinen, E. 2015. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. Lääkärilehti. 70 (13), 875-880.
- Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) 2015. Lihavuus. Helsinki: Duodecim. 114-120.
- Raaska, K. 2002. Psykoosilääkkeet ja painonnousu. Duodecim. 118. 159-161.
- Ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Tampere: Juvenes print.
- Rege, S. 2008. Antipsychotic induced weight gain in schizophrenia: mechanisms and management. Australian and New Zealand Journal of Psychiatric. 42. 369-381.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. 3-6.
- Sane, T. 2010. Hypotalamus. Duodecim. Päivitetty: 1.4.2010. Luettu: 11.9.2016. www.oppiporrtti.fi.
- Simonelli-Muñoz, A-J., Fortea, M-I., Salorio, P., Gallego-Gomez, J-I., S'anchez-Bautista, S. & Balanza, S. 2012. Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey. International journal of mental health nursing. 21. 220-228.
- Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. Keuruu: Otavan kirjapaino oy. 49, 201-203.

Skitsofrenia. 2015. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n työryhmä.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Asumista ja kuntoutusta, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:13. Helsinki.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kieseppä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 137-185.

THL. 2014. Terveellinen ruokavalio. Päivitetty: 11.11.2014. Luettu: 2.6.2016. www.thl.fi.

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita. 195-197.

Tuominen, R. & Salokangas, R.K.R. 2013. Skitsofrenia. Lääkärin käsikirja. Päivitetty: 15.3.2013. Luettu: 1.3.2016. www.terveysportti.fi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2015. Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Tampere: Juvenes print

Viertiö, S., Mehtälä, T. & Sailas, E. 2016. Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot. Duodecim. 132. 632-638.

Viertiö, S., Perälä, J., Saarni, S.-I., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henriksson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Suomen Lääkärilehti. 67 (11), 863-868.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Voutilainen, E., Fogelholm, M. & Mutanen, M. 2015. Ravitsemustaito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Vuorilehto, M., Tuulevi, L., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveys-työ. Helsinki: Edita Prima Oy. 236.

Xiao, S., Baker, C. & Oyewumi, L.-K. 2012. Psychosocial processes influencing weight management among persons newly prescribed atypical antipsychotic medications. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 19. 241-247.