



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Skitsofreniakuntoutujien metaboliset sairaudet, niiden ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen Alvi ry:n työntekijöiden kokemana

Amberg, Anni

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Skitsofreniakuntoutujien metaboliset sairaudet, niiden ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen Alvi ry:n työntekijöiden kokemana

Anni Amberg
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2016

Amberg Anni

Skitsofreniakuntoutujien metaboliset sairaudet, niiden ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen Alvi ry:n työntekijöiden kokemana

Vuosi 2016 Sivumäärä 39

Skitsofreniaa sairastavien elinajanodote on 20% lyhyempi kuin muulla väestöllä ja metabolisia sairauksia, kuten diabetesta ja metabolista oireyhtymää esiintyy runsaasti. Merkittävänä tekijänä pidetään epäterveellisiä elämäntapoja, esimerkiksi epäterveellisiä ruokailutottumuksia ja vähäistä liikuntaa. Monet tahot ovat esittäneet, että skitsofreniaa sairastavat hyötyisivät elintapainterventioista elämäntapamuutosten toteutumisessa. Kaikissa skitsofrenian kuntoutuksen vaiheissa tulisi toteuttaa elintapainterventioita esimerkiksi ruokavalioneuvonnan ja psykoedukaation keinoin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää skitsofreniaa sairastavien metabolisiin sairauksiin vaikuttavia tekijöitä sekä ennaltaehkäisyn keinoja, laadullisena tutkimusmenetelmänä käytettiin haastattelua. Yhteistyötahona toimi Alvi ry. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tavoitteena oli tuottaa hyödynnettävää tietoa siitä, miten skitsofreniaa sairastavien somaattista sairastavuutta voitaisiin vähentää ja elämänlaatua sekä toimintakykyä parantaa.

Tuloksista ilmenee, että skitsofreniaa sairastavien elintapaohjaukseen sekä elämäntapojen muuttamiseen liittyy paljon haasteita. Kognitiiviset vaikeudet rajoittivat ohjauksen toteutumista, psykoedukaatiota hyödynnettiin vähän ja fyysisen terveydentilan huomioinnissa korostui muutoksiin reagointi. Metabolisten sairauksien ennaltaehkäisy olisi tärkeää kaikissa psykiatrisissa yksiköissä, ja hyödyllisintä olisi elintapainterventioiden toteuttaminen sairauden alkuvaiheessa. Jatkossa tulisi pohtia metabolisiin sairauksiin liittyviä mielenterveystyöntekijöiden erikoisvaatimuksia sekä teorian ja käytännön ristiriitaisuuksia.

Asiasanat: skitsofrenia, metaboliset sairaudet, elintapaohjaus, terveyden edistäminen

Amberg Anni

Metabolic diseases, their prevention and health promotion among people suffering from schizophrenia as experienced by Alvi ry's workers

Year	2016	Pages	39
------	------	-------	----

Life expectancy in people suffering from schizophrenia is 20% lower compared with the general population. Metabolic diseases, such as diabetes and metabolic syndrome are common among schizophrenia patients. The prevalence of metabolic diseases is strongly linked to unhealthy lifestyles, such as unhealthy diets and decreased levels of physical activity. Many studies indicate that people suffering from schizophrenia would benefit from lifestyle interventions when aiming to change their health behaviour. There should be carried out lifestyle interventions in all stages of the rehabilitation of schizophrenia and sufficient tools for this would be for example diet counselling and health education.

The purpose of this thesis was to investigate the prevalence, causes and prevention of metabolic diseases among schizophrenia patients. The method applied in this thesis was qualitative and interviews were carried out. This thesis was made in association with the Alvi ry. The collected data was analysed using inductive content analysis. The intention of this thesis was to provide knowledge that could be used in reducing somatic illnesses in people with schizophrenia and improving their quality of life as well as functional capacity.

The results show that there can be found several challenges associated with the lifestyle guidance and changing health behaviours with people suffering from schizophrenia. The patients' cognitive difficulties are limiting the sufficiency of the guidance and the health education is not widely exploited. In addition, it is the changes in the physical condition that are the most prominent. The prevention of the metabolic diseases is important in all units providing psychiatric care. The greatest benefit from lifestyle interventions would be gained at an early stage of schizophrenia. In future, it would be useful to assess the special requirements for mental health care workers' knowledge regarding metabolic diseases and also to study the contradiction between the theory and practice.

Keywords: schizophrenia, metabolic diseases, lifestyle interventions, health promotion

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Skitsofrenia sairautena.....	7
	2.1 Skitsofrenian vaikutukset toimintakykyyn	8
3	Skitsofreniaa sairastavien metaboliset sairaudet ja niiden ennaltaehkäisy	9
	3.1 Diabeteksen määrittely ja yhteys skitsofreniaan	12
	3.2 Metabolinen oireyhtymä ja sen riskitekijät	13
	3.3 Erityispiirteitä skitsofreniaa sairastavan elintapaohjauksessa	14
4	Skitsofreniaan sairastuneen kuntoutus	17
	4.1 Alvi ry:n toiminta	18
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	19
	5.1 Tutkimustehtävät	20
6	Tutkimusmenetelmät.....	20
	6.1 Aineiston keruu	21
	6.2 Aineiston analyysi	21
7	Tulosten tarkastelua.....	23
	7.1 Psykoedukaatio terveyden edistämisestä	23
	7.2 Terveellisiin elintapoihin motivoiminen.....	24
	7.3 Fyysisen terveydentilan hoidollinen huomiointi	24
	7.4 Elämäntapamuutoksen toteuttamisen haasteellisuus	24
	7.5 Skitsofrenian aiheuttamat erityishaasteet.....	25
	7.6 Henkilöstöressurssien vaikutus elintapaohjaukseen.....	25
8	Pohdinta	26
	8.1 Luotettavuus	27
	8.2 Eettisyys	28
	8.3 Jatkotutkimusehdotukset	29
	Lähteet	30
	Taulukot	34
	Liitteet.....	35

1 Johdanto

Skitsofrenia on usein elämän mittainen psykoosisairaus, joka vaikuttaa laajasti henkilön toimintakykyyn heikentävällä tavalla. Siinä keskeisiä piirteitä ovat todellisuudentajun vakava häiriintyminen ja erilaiset ajatusharhat tai harhaluulot sekä tunne-elämän eriaistiset häiriöt. Suurimmalle osalle jää pitkäaikaisoireita, puutosoireita, jotka vaikuttavat heikentävästi henkilön elämänlaatuun ja toimintakykyyn. (Mielenterveystalo; Heiskanen, Niskanen & Koponen 2010, 389.) Skitsofreniaa sairastavien elinajanodote on noin 20 % lyhyempi kuin muulla väestöllä ja sydän- ja verisuonisairauksille altistavia metabolisia sairauksia, kuten diabetesta ja metabolista oireyhtymää, esiintyy heillä runsaasti (Salokangas 2009, 505). Skitsofreniaa sairastaville kasautuu useita diabetekselle ja metaboliselle oireyhtymälle altistavia riskitekijöitä (muun muassa vyötärölihavuus ja suurentunut veren glukoosipitoisuus) ja osasyiksi tähän nähdään epäterveellinen elämäntapa, kuten epäterveelliset ruokatottumukset, vähäinen liikunta ja runsas tupakointi. Sairastavuuteen myötävaikuttavat myös skitsofrenialle tyypilliset kognitiiviset vaikeudet, lääkehoito, sekä hoidon heikompi taso. (Salokangas 2009, 505; Gouveia 2013, 24; Lambert & Newcomer 2009, 39.)

Skitsofreniaa sairastavien somaattisten oheissairauksien aktiivinen hoitaminen ja heidän kannustaminen oman fyysisen terveydentilansa hoitamiseen ei ole vielä riittävää, mikä saattaa olla epäterveellisten elintapojen ohella osasyynä sairauksien runsauteen (Heiskanen ym. 2010, 390; Viertiö ym. 2012, 863). Korkeilan ja Korkeilan (2008, 275) mukaan elämäntapoja muuttamalla on mahdollista vähentää mielenterveyden häiriöistä kärsivien somaattista sairastavuutta. Epäterveellisiin elämäntapoihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi elintapainterventioilla, kuten ruokavalioneuvonnalla, käyttäytymisterapeuttisin keinoin tai psykoedukaation avulla (Korkeila & Korkeila 2008, 275, 278; Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepä, Lönnqvist 2011, 126). Gouveia (2013, 24) toteaa, että skitsofreniaa sairastavan hoitotyössä tulee seurata ja hoitaa sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviä riskitekijöitä ja ehkäistä metabolisia komplikaatioita, ja tässä voidaan tarvita elintapoihin kohdistuvien interventioiden hyödyntämistä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää skitsofreniaa sairastavien metabolisiin sairauksiin vaikuttavia tekijöitä ja keinoja ennaltaehkäistä näitä sairauksia. Yhteistyötahona toimi Alvi ry, jonka hoitotyöntekijöitä haastateltiin tarkoituksena selvittää asiakkaiden metabolisten sairauksien ennaltaehkäisyn keinoja ja elintapaohjauksen hyötyjä sekä haasteita. Opinnäytetyöllä tavoiteltiin saatavan uutta hyödynnettävää tietoa siitä, miten skitsofreniaa sairastavien somaattista sairastavuutta voidaan vähentää ja siten parantaa heidän elämänlaatuaan ja toimintakykyään.

2 Skitsofrenia sairautena

Skitsofrenia on vakava psykiatrinen sairaus ja se luokitellaan mielisairauksiin eli psykooseihin (Huttunen 2015a). Psykoosilla yleisesti tarkoitetaan tilaa, jossa ihmisen todellisuudentaju on vääristynyt, oikean ja väärän erottaminen vaikeutunut, puhe saattaa olla hajanaista ja käytös erikummallista. Se voi olla siis ohimenevä tila, kuten päihteestä tai ruumiillisesta sairaudesta johtuva, tai pitkäaikainen sairaus kuten skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö. (Mielenterveystalo; Huttunen 2015b; Isohanni ym. 2011, 134.) Skitsoaffektiivisellä häiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa on sekä skitsofrenian että kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireita; harhaluulojen ja ajatusvääristymien lisäksi esiintyy depressiivisiä ja varsinkin maanisia vaiheita. Harhaluuloisuushäiriössä vastaavasti korostuvat yksittäiset tai useammat harhaajatukset eli deluusiot, jotka henkilön kannalta muodostavat usein loogisen kokonaisuuden, mutta ovat täysin epärealistisia tai utopistisia. Harhaluuloisuushäiriöisillä tavataan skitsofreniaa sairastavia vähemmän persoonallisuuden toiminnan heikentymistä tai kognitiivisia puutoksia. (Isohanni & Joukamaa 2005, 48; Koponen & Lepola 2005, 54-55.)

Skitsofrenia on psykooseista kaikista yleisin sen sairastavuuden ollessa noin 1 % kaikesta väestöstä (Huttunen 2015b; Isohanni & Joukamaa 2005, 38). Se puhkeaa yleensä nuorella iällä, miehillä noin 20-28-vuotiaana ja naisilla noin 24-32 vuoden ikäisenä (Isohanni ym. 2011, 78). Nykyisen ICD-10-luokituksen mukaan skitsofrenian diagnoosin edellytyksenä on, että vähintään kuukauden ajan on esiintynyt ainakin kaksi viidestä tyypillisestä oireityypistä: voimakkaat aistiharhat, voimakkaat harhaluulot tai -ajatukset, hajanainen puhe, outo tai pahasti hajanainen käytös tai selkeä motorinen jäykkyys/kiihtyneisyys sekä niin sanotut negatiiviset oireet, joita ovat muun muassa puheen köyhtyminen, apaattisuus, passiivisuus, tahdottomuus ja tunneilmaisujen latistuminen sekä sosiaalinen vetäytyminen. Lisäksi diagnoosi edellyttää ihmisen sosiaalisen toimintakyvyn merkittävää heikentymistä vähintään muutaman kuukauden ajalta. (Huttunen 2015b; Isohanni & Joukamaa 2005, 38, 42.)

Diagnostisesti skitsofrenia voidaan jakaa kolmeen päämuotoon; katatoniseen, paranoidiseen ja hebefreeniseen, joista harvinaisin on katatoninen skitsofrenia. Nykyään puhutaan eniten jäsentymättömästä skitsofreniasta, mikä on yleisin diagnoosi. Noin puolella sairastuvista skitsofrenia alkaa ennako-oireilla eli prodromaalioireilla, joita voi esiintyä jopa vuosia ennen psykoosioireiden puhkeamista. (Isohanni ym. 2011, 73, 78; Isohanni & Joukamaa 2005, 40, 46-47.) Tällaisia esioireita ovat muun muassa ahdistuneisuus, mielialan lasku, huonontunut stressinsieto- ja keskittymiskyky, lisääntyvä vaikeus tuntea mielihyvää (anhedonia), keskittyä, muistaa tai tehdä päätöksiä, motivaation ja energian heikentyminen, vaikeudet ihmishuhteissa sekä oudot ajatukset tai teot (Huttunen 2015b). Isohanni ym. (2011, 74-75) toteavat, etteivät skitsofrenian ensimmäiset oireet käytännössä eroa depression eli masennuksen en-

simmäisistä oireista. Prodromaalioireet voidaankin nähdä viitteenä kohonneesta riskistä sairastua psykoosiin, ja psykoottinen kehitys on mahdollista ehkä estää tai ennuste voi ainakin parantua varhaisella toteamisella sekä hoidolla (Isohanni & Joukamaa 2005, 40-41).

Skitsofrenian tyypillisin oire on aistiharhaisuus, erityisesti kuuloharhat, jotka koetaan täysin todellisina aistihavaintoina. Sairastunut voi kuulla puhetta, joka voi olla syyttävää, kiusaavaa tai uhkaavaa tai hän voi kuulla useamman ihmisen keskustelevan hänestä. Toinen tyypillinen oire on harhaluulot, joissa sairastunut voi kokea, että hänen ajatuksiaan voidaan kontrolloida tai riistää ulkopuolelta tai, että muut ihmiset kuulevat hänen ajatuksensa. (Isohanni & Joukamaa 2005, 42-44.) Lisäksi tyypillisiä ovat erilaiset vainoamisharhat, joiden aikana sairastunut kokee olevansa vainottuna tai vakoiltuna, esimerkiksi television tai radion kautta (paranoidiset harhaluulot). Hän voi kokea psykoottisia merkityselämyksiä eli suhteuttamisharhoja, joissa hän kokee esimerkiksi tv-mainoksen tai ihmisten puheiden kohdistuvan suoraan häneen uhkaavalla tavalla, minkä seurauksena sairastunut voi eristäytyä sosiaalisista suhteista. (Huttunen 2015b.)

2.1 Skitsofrenian vaikutukset toimintakykyyn

Skitsofrenia on usein koko elämän mittainen sairaus ja sen ennustetta pidetään melko huonona. Hyvin usein se johtaa elämänlaadun heikkenemiseen, pitkäaikaiseen oireiluun sekä todennäköisesti työkyvyn menetykseen. (Mäkinen, Miettunen, Isohanni, Koponen 2007, 911.) Aikuisikäisistä skitsofreniaa sairastavista henkilöistä elää yli 80 prosenttia työelämän tai muun ammatillisen toiminnan ulkopuolella Suomessa (Isohanni & Joukamaa 2005, 45). Keskeisimmät negatiiviset oireet, anhedonia, yleinen tahdottomuus ja tunteiden latistuminen, ovat myös yleisimmät pitkäaikaisoireet, jotka vaikuttavat haittaavasti henkilön työ- ja toimintakykyyn. Pahimmillaan tahdottomuus ja spontaanin toiminnan puute voivat johtaa katatoniseen tilaan, jossa henkilö voi olla puhumaton, liikkumaton ja täysin ohjailtavissa. (Huttunen 2015b; Isohanni ym. 2011, 74, 77.)

Lievimmilläänkin skitsofrenia heikentää toimintakykyä. Aiemmalta toimintatasolta alemmas taantuminen on joskus ollut diagnostinen peruste skitsofrenialle, sillä se on niin tyypillistä. Tunne- elämän häiriöt vaikuttavat muun muassa seksuaalitoimintojen kiinnostuksen heikentymiseen, virkistys- ja harrastustoimintojen vähäisyyteen ja läheisyyden tarpeen vähentymiseen. Yleistä on myös, että välit ystäviin ja sukulaisiin heikentyvät ja sosiaaliset toiminnot muuttuvat vähäisiksi. Tahdottomuuteen liittyvä fyysisen energian ja toimintatarmon puuttuminen haittaavat arkipäivän asioista selviytymistä ja yksinkertaisesti itsestään huolehtimista. Toimintakyvyn laskun myötä henkilö tarvitsee usein tukea ja apua terveydestään ja turvallisuudestaan huolehtimisessa. (Isohanni & Joukamaa 2005, 45; Mäkinen ym. 2007, 912; Isohanni ym. 2011, 77.)

Erityisesti toimintakyvyn laskeminen tapahtuu kognitiivisella tasolla eli tietotoiminnoissa. Keskuhermoston toiminnan vaikeutuessa usealla skitsofreniaa sairastavalla ilmenee neuropsykologisia häiriöitä kuten muistin, tarkkaavaisuuden ja keskittymisen häiriöitä. Erityisesti lyhytkestoinen muisti heikentyy ja uuden oppiminen muuttuu vaikeammaksi. Toiminnanohjauksen ongelmat ovat keskeisiä: tiedon vastaanottaminen, sen käsittely eli prosessointi ja päätöksenteko vaikeutuvat. Kognitiivisen tason lasku vaikuttaa suuresti työ- ja opiskelukykyyn ja heikentää merkittävästi itsenäistymistä ja aikuistumista. Lisäksi monilla esiintyy sairautentottomuutta ja käsitteellisen ajattelun häiriintymistä, mitkä muun muassa voivat vaikeuttaa hoitoon hakeutumista ja hoidon toteutumista. (Isohanni ym. 2011, 78; Isohanni & Joukamaa 2005, 45; Huttunen 2015b.)

3 Skitsofreniaa sairastavien metaboliset sairaudet ja niiden ennaltaehkäisy

Skitsofreniaa sairastavat kärsivät erilaisista somaattisista sairauksista enemmän kuin muu väestö ja heillä on korkeampi ennenaikaisen kuoleman riski. Verrattuna muuhun väestöön kuolleisuus on jopa 2-3-kertainen ja yleisin kuolinsyy on sydämeen ja verenkiertoon liittyvät sairaudet. Noin kaksi kolmasosaa skitsofreniaa sairastaneiden kuolemista on jonkin taudin aiheuttamia ja vain yksi kolmasosa koostuu ei-luonnollisista kuolemista. Yleisimpinä terveysongelmina heillä esiintyy metabolisia sairauksia eli diabetesta, ylipainoisuutta ja siihen liittyvää metabolista oireyhtymää eli aineenvaihdunnallista oireyhtymää, sekä tupakointia ja vähäistä liikuntaa. Erityisesti keskivartalolihavuus, veren pieni HDL-kolesterolin pitoisuus sekä suurentunut veren rasva- eli triglyseridipitoisuus ovat skitsofreniaa sairastavilla yleisiä. (Salokangas 2009, 505; Heiskanen ym. 2010, 389-390; Viertiö ym. 2012, 863; Lambert & Newcomer 2009, 39; Mustajoki 2016.) Psykoosit Suomessa- tutkimuksessa (Viertiö ym. 2012, 863) todettiin skitsofreniaa sairastavista 22,0 %:lla esiintyvän tyypin 2 diabetesta ja metabolista oireyhtymää 36,2 %:lla. Näiden ongelmien ohella skitsofreniaa sairastavilla tavataan myös muita useammin hengityselin- ja ruoansulatuselinten sairauksia ja tukielinsairauksia, kuten osteoporoosia. Luuston rakenteen heikentymää on löydetty erityisesti skitsofreniaa sairastavilla naisilla. (Salokangas 2009, 506; Viertiö ym. 2012, 868.)

Lisäksi infektiosairauksien esiintyminen on runsasta skitsofreniaa sairastavilla (Salokangas 2009, 506). Erilaisilla tulehduksilla ja psykooseilla näyttääkin olevan yhteys, sillä skitsofreniaa sairastavilla on lisääntynyt monen kroonisen ja akuutin tulehduksen merkkiaineet. Myös skitsofrenian syntyyn infektioilla on vaikutusta, nimittäin äidin alku- ja keskiraskauden aikana sairastetuilla infektioilla saattaa olla vaikutusta skitsofrenian puhkeamiseen. Skitsofreniaan liittyvät tulehdukselliset tekijät on tärkeää ottaa huomioon metabolisten sairauksien kannalta, sillä niidenkin taustalla on havaittu olevan krooninen tulehdus. (Suvisaari 2010, 872.) Psykoo-

sisairauksiin sekä niiden lääkitykseen on todettu liittyvän kohonnut CRP- tulehdusarvo (Suvisaari ym. 2011, 305). Sillä tarkoitetaan valkuaisainetta, C-reaktiivista proteiinia, jonka määrä elimistössä suurenee tulehdusten ja kudonsvaurioiden yhteydessä (Eskelinen 2012). CRP:n pitoisuudella on havaittu olevan monia yhteyksiä sepelvaltimotautiin sekä sydän- ja verisuonisairauksiin ja näistä johtuvaan kuolleisuuteen, minkä takia Suvisaari ym. (2011, 305) painottavat, että psykoottisista häiriöistä kärsivien sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvien riskitekijöiden huomiointi on tärkeää.

Myös skitsofreniaan keskeisesti liittyvä negatiivinen oireilu voi vahvistaa somaattista oheissairastamista. Aiemmin esitetyt toimintakyvyn laskua aiheuttavat oireet sekä kognitiiviset vaikeudet voivat heikentää avun hakemista ja aloitekykyä sekä asioiden ymmärtämistä ja muistamista. Täten ne voivat vaikeuttaa palvelujärjestelmässä asiointia, hoito-ohjeiden noudattamista, hoitoon sitoutumista tai hoitavan tahon kanssa kommunikointia. Lisäksi useat tahot ovat esittäneet, että skitsofreniaa sairastavien somaattisten sairauksien hoito ja seuranta olisi puutteellista. Myös sosiaalinen vetäytyminen ja eristäytyneisyys voivat hankaloittaa hoidon toteutumista jos ihmisellä on ohut ihmissuhdeverkosto eikä läheisten tukea sairauden hoitamiseen. (Salokangas 2009, 506-509; Viertiö ym. 2012, 867-868.) Tämä saattaa olla osasyynä ylikuolleisuuteen, sillä esimerkiksi sepelvaltimotaudin hoitajaksojen määrässä ei skitsofreniaa sairastavilla tutkitusti ole eroa muuhun väestöön, mutta heidän kuolleisuutensa sepelvaltimotautiin on kolminkertainen (Suvisaari 2015, 22).

Skitsofreniaa sairastaville kasaantuu siis useita kardiometabolisia riskitekijöitä, mutta myös psykoosilääkityksellä on keskeinen vaikutus. Skitsofrenian hoidossa käytettävien lääkkeiden on havaittu liittyvän moneen fyysiselle terveydelle haitalliseen tekijään ja eriasteisia haittavaikutuksia esiintyy jopa 70 %:lla käyttäjistä. Niiden on todettu aiheuttavan muun muassa painon nousua (jopa 40 %), sydänongelmia, kuten sydämelle haitallista QT-ajan pitenemistä, neurologisia oireita, verimuutoksia, sekä lisääntynyttä prolaktiinin erityystä, sekä antikolinergisiä vaikutuksia, kuten näköhäiriöitä, suun kuivumista, ummetusta tai virtsaamisvaikeuksia. (Salokangas 2009, 509; Isohanni ym. 2011, 113-114, 117.) Uuden polven antipsykooteilla, kuten olantsapiinilla, klotsapiinilla, risperidonilla ja aripipratsolilla on raportoitu kuitenkin perinteisiä psykoosilääkkeitä vähemmän haittavaikutuksia ja niiden käyttöä tällä hetkellä suositaan skitsofrenian hoidossa.

Vaikka uuden polven lääkkeet tehoavat tutkitusti paremmin skitsofrenian negatiivisiin oireisiin, parantavat sairastuneen toimintakykyä ja näin ollen ovat tarkoituksenmukaisia, lääkehoiton haasteeksi on muodostunut niiden metaboliset vaikutukset. Uuden polven atyyppisten lääkkeiden on havaittu nostavan painoa sekä lisäävän ruokahalua ja vaikuttavan haitallisesti rasva-aineenvaihduntaan. (Isohanni ym. 2011, 126; Gouveia 2013, 24.) Erityisesti klotsapiinin ja olantsapiinin käyttöön on todettu liittyvän huomattavaa painon nousua sekä sokeri- ja

rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. (Isohanni ym. 2011, 118-119; Niskanen 2009, 30-31.) Näiden lääkkeiden aloittamisen jälkeen painonnousua voi tapahtua yli puoli vuotta, ketiapiinin ja risperidonin kohdalla paino nousee yleensä ensimmäiset 2-3 kuukautta. Vastaavasti aripipratsolin tai tsiprasidonin vaikutuksen rasva-arvoihin ja painoon on havaittu olevan muita vähäisempi. (Niskanen 2009, 31.) Hälytysrajana painonnousuun voidaan pitää yli 7 %:n nousua, jolloin tulisi selvittää vaihtoehtoisten lääkkeiden sopivuutta ja tehoa (Heiskanen ym. 2010, 391).

Keskeinen merkitys metabolisten sairauksien yleisyydelle on muuta väestöä epäterveellisemmillä elämäntavoilla. Ne ovat skitsofreniaa sairastavilla tavallisia ja ne aiheuttavat painonnousua sekä altistavat sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden kehittymiselle. He tunnetusti liikkuvat vähemmän kuin muu väestö ja heillä on todettu olevan vaikeuksia jokapäiväisessä liikkumisessa enemmän kuin muulla väestöllä. Psykoosipotilaista 39,6 % ei harrasta liikuntaa, kun muulla väestöllä sama luku on 28,0 %. Psykoosisairaudesta kärsivillä on myös havaittu eroja kehonkoostumuksessa, esimerkiksi lihasmassan pientynyt osuus ja rasvattoman massan vähäisyys, mikä voi osaltaan selittää liikkumattomuutta. (Salokangas 2009, 509, Viertiö ym. 2012, 866.) Huonoa fyysistä kuntoa voi selittää myös skitsofreniaa sairastavilla havaittu heikentynyt lihasvoima, jolla on oma vaikutuksena fyysisen toimintakyvyn laskulle (Viertiö 2011, 75). Hjorth, Davidsen, Kilian, Skrubbeltrang (2014, 285) toteavat, että skitsofreniaa sairastavien vähäinen liikunnan harrastaminen voi olla seurausta muun muassa sosiaalisesta eristäytymisestä, negatiivisista oireista tai psykoosilääkityksen sivuvaikutuksista. Liikunnan Käypä Hoito- suosituksessa (2016a) kerrotaan, että ennen aikaisen kuoleman riski suurenee huonolla fyysisellä kunnolla ja vähäisellä fyysisellä aktiivisuudella.

Lisäksi skitsofreniaa sairastavien ruokavalio on yksipuolisempi, ja HDL-kolesterolin, niin kutsutun hyvän kolesterolin, osuus rasvansaannista on pienempi kuin muulla väestöllä (Salokangas 2009, 509.) Rasvaisesta ruokavaliosta he saavat runsaasti kovia eli tyydyttyneitä rasvoja, jotka nostavat veren kolesterolipitoisuutta. Kovaksi rasvaksi luokitellaan eläin-, maito- ja kookosrasvat ja niiden osuus rasvojen kokonaismäärästä tulisi olla vain kolmasosa. Tyydyttyneet rasvahapot nostavat huonon kolesterolin eli LDL-kolesterolin määrää veressä ja sitä kautta aiheuttavat verisuonten kalkkeutumista. Kolesteroli itsessään on elimistölle tarpeellinen rasva-aine, sillä se ylläpitää solukalvojen liukoisuutta, mutta liiallisena se ahtauttaa valtimoita. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016; Ahonen ym. 2013, 188.) Päihteiden käyttö on myös yleisempää skitsofreniaa sairastavien keskuudessa (Gouveia 2013, 24; Niskanen 2009, 30; Isohanni ym. 2011, 126). Salokankaan (2009, 509) mukaan jopa 69,1 % skitsofreniaa sairastavista miehistä ja 51,3 % naisista tupakoivat säännöllisesti. Tupakka on tärkein yksittäinen riskitekijä valtimotaudeille. Se muun muassa supistaa verisuonia ja kuormittaa sydäntä, lisää veritulpan ja rytmihäiriöiden vaaraa sekä pienentää HDL- kolesterolin osuutta veressä. (Ahonen ym. 2013, 186.)

3.1 Diabeteksen määrittely ja yhteys skitsofreniaan

Diabetes luetaan aineenvaihdunnan häiriöksi, jossa henkilön verensokeri eli veren glukoosipitoisuus on jatkuvasti liian korkealla. Glukoosin aineenvaihdunta on välttämätöntä kudosten energia-aineenvaihdunnalle ja valkuaisaineiden rakenteelle sekä toiminnalle ja täten se on elämälle välttämätöntä aineenvaihduntaa. Häiriössä insuliinia tuottava haima ei toimi oikein, eikä eritä riittävästi insuliinihormonia, joka alentaisi plasman glukoosipitoisuutta. Kohonnut verensokeri eli hyperglykemia voi johtua siitä, että haima ei tuota insuliinia ollenkaan tai sen tuotanto on heikentynyt tai syynä voi olla näiden yhdistelmä. Tuloksena henkilöllä ei erity tarpeeseen nähden riittävästi insuliinia, ja tämä tila on hoidettavissa ja joillakin jopa korjattavissa lääkähoidolla ja/tai elämäntapamuutoksilla. Diabetes on perinteisesti jaettu kahteen luokkaan, tyyppin 1 ja 2 diabetekseen, mutta taudin yleistyessä tämä ero voi hämärtyä. Tärkeintä onkin havaita taudin vaikeusaste ja pyrkiä ehkäisemään komplikaatioita. Tyypillisesti 1-tyyppiä sairastava tarvitsee aina insuliinipistoshoittoa, sillä haiman insuliinia tuottavat solut ovat tuhoutuneet, ja vastaavasti 2-tyyppiä sairastava voi selvitä tabletti- ja/tai ruokavaliohoidolla. (Ahonen ym. 2013, 559; Saraheimo 2015, 9.)

Tyyppin 2 diabetesta sairastaa kaikista diabeetikoista selkeästi suurin osa (80-90 %) ja maailmanlaajuisesti diabetesta sairastavia on Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan jo 422 miljoonaa, kun vuonna 1980 määrä oli 108 miljoonaa (Ahonen ym. 2013, 558; World Health Organization 2016). Diabetes onkin yksi nopeimmin lisääntyvistä sairauksista ja tällä hetkellä Suomessa arvioidaan elävän 500 000 2-tyypin diabetesta sairastavaa (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015a). Vaikka 2-tyypin diabetes on vahvasti periytyvä sairaus (jos molemmilla vanhemmilla, lapsen sairastumisriski 70 %), sen huimaa yleistymistä selittää kansalaisten ylipainoisuus, erityisesti vyötärölihavuus, liikunnan harrastamisen vähentyminen sekä väestön ikääntyminen, sillä ikääntyessä 2-tyypin diabeteksen sairastumisriski kasvaa. Lisäksi ruokavaliossa kuitujen pienentynyt osuus ja rasvojen runsas määrä sekä muun muassa runsas alkoholin käyttö, tupakointi ja stressi vähentävät kaikki haiman insuliiniherkkyyttä ja ovat näin diabeteksen riskitekijöitä. (Saraheimo 2015, 18-19.)

Diabeteksen hoito vie Käypä Hoito-suosituksen (2016b) mukaan 15 %:n osuuden terveydenhuollon kaikista menoista Suomessa. Näistä jopa kaksi kolmasosaa aiheutuu sellaisista komplikaatioista, jotka olisivat vältettävissä ehkäisevillä toimenpiteillä (Ahonen ym. 2013, 558-559). Diabeteksen hoidon tavoitteena on oireettomuus, verensokerien hyvä hoito, sekä lisäsairauksien, kuten sepelvaltimotaudin, valtimotukosten tai erilaisten munuais-, silmänpohja- ja hermomuutosten tehokas ehkäisy. Sen hoidossa korostetaan nykyään valtimotaudin riskitekijöiden kokonaisvaltaista hallintaa eli kohonneen verenpaineen ja rasva-aineenvaihdunnan häiri-

öiden hoitamista sekä arkiaktiivisuuden ja liikunnan lisäämistä, oikeaa ruokavaliota sekä tupakoimattomuutta. Näillä keinoilla ja mahdollisten lisäsairauksien varhaisella toteamisella voidaan tehokkaasti ehkäistä lisäongelmien kehittymistä. (Saraheimo 2015, 22-24.)

Skitsofreniaa sairastavilla on todettu esiintyvän diabetesta paljon enemmän kuin väestöllä keskimäärin ja sen yleisyys verrattuna yleisväestöön on jopa 4-5-kertainen (Niskanen 2009, 30; Viertiö ym. 2012, 867). Syiksi on osoitettavissa epäterveellisten elintapojen sekä toisen polven psykoosilääkkeiden, erityisesti olantsapiinin ja klotsapiinin, ohella myös joidenkin tutkimusten mukaan skitsofreniaan itseensä liittyvän sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Jo ennen psykoosilääkityksen aloittamista on skitsofreniaan sairastuneilla todettu insuliiniresistenssiä eli insuliinin tehottomuutta ja heikentynyttä glukoosinsietoa. (Salokangas 2009, 506; Heiskanen 2015, 21.) Tämä saattaa olla yhteydessä skitsofreniaa sairastavilla tutkittuun autoimmuni-ilmiöön, sillä on havaittu, että skitsofreniaa sairastavilla on myös suuri riski sairastua autoimmuunisairauksiin, joita muun muassa diabeteskin on. Autoimmuunisairauksilla tarkoitetaan yleisesti tilaa, jossa kehon puolustusjärjestelmää häiriintyy, ja alkaa hyökätä kehon omia soluja vastaan mikrobien tai muiden taudinaiheuttajien sijaan (Haavisto 2013, 11). Diabeteksella ja skitsofrenialla saattaa siis olla yhteisiä riskitekijöitä myös elintapojen ja psykoosilääkityksen vaikutuksen lisäksi ja skitsofrenia voidaan lukea jo kuuluvaksi diabeteksen vaaratekijöihin (Suvisaari 2010, 872; Heiskanen ym. 2010, 391). Lisäksi skitsofreniaa sairastavien perheenjäsenillä 2 tyypin diabetesta esiintyy muuta väestöä useammin. (Salokangas 2009, 506; Heiskanen ym. 2010, 391; Koivuranta 2009, 36.) Skitsofreniaa sairastavan diabeteksestä voikin puhua jo eräänlaisena sekundaaridiabeteksena sen erityispiirteiden vuoksi (Niskanen 2009, 32). Sillä tarkoitetaan diabetesta, joka on syntynyt seurauksena jostakin toisesta insuliiniherkkyyteen tai -eritykseen vaikuttavasta sairaudesta, esimerkiksi haimatulehduksesta (Ahonen ym. 2013, 559).

3.2 Metabolinen oireyhtymä ja sen riskitekijät

Tyypin 2 diabetekseen keskeisesti liittyvällä metabolisella oireyhtymällä eli MBO:lla tarkoitetaan aineenvaihduntahäiriötä, jossa samalle ihmiselle on kasautunut useita yksittäisiä sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöitä. Metabolista oireyhtymää esiintyy jopa 80 %:lla tyypin 2 diabeteksestä kärsivillä. (Ilanne-Parikka ja Rönnemaa 2015, 79.) Keskeisinä aiheuttajina sille on keskivartalo- tai vyötärölihavuus, kohonnut verenpaine, suurentunut veren glukoosipitoisuus, insuliiniresistenssi sekä rasva-aineenvaihdunnan häiriöt eli dyslipidemia. Dyslipidemia tarkoittaa tilaa, jossa veren kokonaiskolesteroli- ja triglyseridiarvot ovat suurentuneet ja HDL- kolesteroliarvo pienentynyt. (Heiskanen 2015, 13; Ahonen ym. 2011, 188, 204; Salokangas 2009, 506.)

Metabolisen oireyhtymän keskeisimpänä kriteerinä on vyötärölihavuus, jossa raja-arvoina ovat naisilla 80 cm ja miehillä 94 cm. Vyötärölle kertyvä ylipaino aiheutuu rasvasta, jota on kertynyt vatsaontelon sisään ja monesti myös maksaan, mikä on erityisen haitallista muun muassa insuliiniresistenssin syntymisen takia. Vyötärölihavuuden lisäksi diagnoosiin täytyy olla todettavissa kaksi seuraavista: kohonnut verenpaine, matala veren HDL-kolesterolipitoisuus, kohonnut veren triglyseridipitoisuus sekä jo todettu diabetes tai heikentynyt sokeriaineenvaihdunta eli kohonnut paastoverensokeri. (Ilanne-Parikka & Rönnemaa 2015, 79-80; Ahonen ym. 2013, 204; Mustajoki 2016.) Heiskanen (2015, 20-21) mukaan skitsofreniasta kärsivillä on todettu kaksinkertainen lihavuuden riski sekä yli neljä kertaa suurempi vyötärölihavuuden riski. Viertion ym. (2012, 867) mukaan ylipainoa on skitsofreniaa sairastavista jopa 42-60 %:lla.

Metabolisen oireyhtymän keskeisin hoito- ja ehkäisymuoto on elintapamuutokset, joista tärkein on painonpudotus sekä siihen oleellisesti liittyvänä liikunnan lisääminen (Mustajoki 2016; Heiskanen 2015, 19). Kiinnittämällä huomiota muun muassa terveystottumuksiin voidaan pyrkiä estämään metabolisen oireyhtymän kehittyminen (Koponen & Lappalainen 2015, 578). Liikunta jo ilman painomuutostakin pienentää metabolisen oireyhtymän riskiä ja säilyttämällä normaalipaino metabolinen oireyhtymä on kokonaan estettävissä (Mustajoki 2016; Heiskanen 2015, 19). Myös lääkehoitoa käytetään usein ehkäisemään eri riskitekijöitä. Metabolisesta oireyhtymästä kärsivän hoitotyössä sekä sen ehkäisyssä keskeisintä on elintapaohjaus, jolla on mahdollista siirtää lääkityksen aloittamista tai tehostaa lääkkeiden vaikutusta sekä ehkäistä muiden sairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien kehittyminen. (Ilanne-Parikka & Rönnemaa 2015, 79; Ahonen ym. 2013, 204-205.)

3.3 Erityispiirteitä skitsofreniaa sairastavan elintapaohjauksessa

Isollahin ym. (2011, 121) mukaan kaikissa skitsofreniaa hoitavissa yksiköissä olisi tärkeää toteuttaa erilaisia psykososiaalisia kuntoutusmuotoja yhdistettynä tehokkaaseen lääkehoitoon. Hyödyllisiä ovat esimerkiksi psykoedukaatio sekä perheinterventiot, jotka ovat ikään kuin koulutuksellista terapiaa. Niiden tarkoituksena on antaa sairastuneelle ja tämän läheisille tietoa sairaudesta ja tekijöistä, jotka voivat vaikuttaa sen kulkuun sekä tukea koko kuntoutusprosessiin. (Käypä Hoito 2015.) Koko perheen psykoedukatiivisilla interventioilla on havaittu olevan myös vaikutusta psykoosin uusiutumiseen sekä lääkemyöntyvyyden parantumiseen (Oksanen 2013). Keskeisenä osana psykososiaalisia kuntoutusmuotoja ovat päihde- ja elintapainterventiot, joita tulisi niin ikään toteuttaa kaikissa skitsofrenian kuntoutuksen ja hoidon vaiheissa. Kohderyhmänä elintapainterventioille tulisi olla erityisesti ylipainoiset skitsofreniaa sairastavat henkilöt, joiden BMI on 25 tai enemmän. Psykoedukaation malli on tärkeä myös elintapojen ohjaamisessa itse psykoosisairauteen liittyvän psykoedukaation lisäksi. (Isollahin ym. 2011, 121.)

Elintapoihin vaikuttamalla muun muassa ruokavalioneuvonnan ja psykoedukaation keinoin on mahdollista vähentää psykoosilääkityksen haitallisia metabolisia ja painovaikutuksia, toteaa Korkeila & Korkeila (2008, 278.) Käypä Hoito- suosituksen (2015) mukaan skitsofrenian pitkäaikaishoidossa tulisi edistää somaattista terveyttä sekä vähentää kardiometabolisia riskejä ja terveyskäyttäytymisen ohjaamisella on havaittu olevan vaikutusta potilaiden ja asiakkaiden terveyskäyttäytymiseen. ”Skitsofreniapotilaan hoitoon tulisi liittyä terveellisiä elämäntapoja tukevaa informaatiota ja ohjausta”, toteaa Salokangas (2009, 510), ja elämäntapainterventioilla on tutkitusti havaittu olevan suotuisia vaikutuksia skitsofreniaa sairastavien painonhallinnalle.

Psykoosisairauksista kärsivät ihmiset tarvitsevat tietoa terveellisistä elämäntavoista (Viertiö 2011, 83), vaikkakin terveyskäyttäytymisen muuttaminen voi olla skitsofreniaa sairastavalle haasteellista ja toistuvat ruokavalio- ja liikuntainterventiot voivat olla tarpeen. Tärkeää on pyrkiä lujittamaan ruokavalio ja säännöllinen liikunta jokapäiväiseen arkeen, jotta niistä tulisi pysyvä elämäntapa. Lisäksi yksilöllisesti ja kohdennetusti valitut interventiokeinot ovat hyödyllisiä, ja on tärkeää huomioida sairauteen liittyvät omat haasteet, esimerkiksi lihasheikkous tai vaikeudet arkipäiväisissä liikkumistoiminnoissa, kuten portaiden nousussa. (Hjorth ym. 2014, 285-286; Viertio 2011, 75.) Skitsofreniaa sairastavan voi olla myös vaikeampaa muuttaa tiettyä toimintatapaansa tai ymmärtää elintapojensa seurauksia, minkä takia on tärkeää, että hoitotyössä huomioidaan ennaltaehkäisevä työote ja, että hoitohenkilöstöllä on ammatillista erityisosaamista. (Hjorth ym. 2014, 285-286.)

Skitsofreniaa sairastavien hoidossa tulisi panostaa riittävän pitkäkestoisiin interventio-ohjelmiin, sillä esimerkiksi ruokavalioidon ja sen toteutumisen pitkäjänteisellä seurannalla voidaan taata pysyvämpi painonlasku (Viertiö ym. 2012, 868; Koponen 2011, 732). Elämäntapojaan muuttamaan psykoosia sairastavat ovat usein jopa valmiimpia kuin hoitava taho uskoo (Viertiö ym. 2012, 869). Ohjausta ja neuvontaa oikean ruokavalion sekä säännöllisen liikunnan tärkeydestä olisi hyvä tarjota heti ensimmäisessä hoitoyksikössä (Bradshaw, Lovell, Bee, Campbell 2010, 483). Elintapaohjauksesta saadaan paras vaikutus primaaripreventiolla nuorella iällä, mutta myöhemässä sairauden vaiheessa puuttumisenkaan ei ole turhaa. Jo pienillä elämäntapamuutoksilla on mahdollista saada moninkertaisia elämänlaadulle positiivisia vaikutuksia. (Lambert & Newcomer 2009, 41; Korkeila & Korkeila 2008, 279.)

Jo skitsofrenian alkuvaiheessa olisi tärkeää pyrkiä painonhallintaan ja erilaisilla yksilö- ja ryhmäohjauksella painonhallinnassa on saatu hyviä tuloksia. Ravitsemukseen liittyvällä neuvonnalla ja ohjauksella voidaan auttaa asiakasta pudottamaan painoaan ja tiedon antamisella on tärkeä rooli ravinto- ja liikuntatottumusten muuttamisessa. (Käypä Hoito 2015; Isohanni ym. 2011, 126.) Elintapamuutoksiin tähtäviä hoitotyön keinoja ovat esimerkiksi annoskoon kont-

rolointi, painon säännöllinen seuranta sekä liikunnan ja päivittäisen ruokailun tarkkailu. Potilaille ja asiakkaille on tärkeää antaa tietoa ravitsemuksesta ja kalorinsaannista, sillä kognitiivisten puutosoireiden vuoksi skitsofreniaa sairastavat voivat olla tietämättömiä fyysisten ongelmien merkityksestä tai heillä voi olla vaikeuksia ymmärtää terveysneuvontaa. (Isohanni ym. 2011, 121; Lambert & Newcomer 2009, 40.)

Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta tai ryhmäterapiasta yhdistettynä dieettien noudattamiseen on saatu hyviä tuloksia erityisesti psykoosilääkkeistä johtuvan painonnousun vähentämisessä. Käyttäytymisessä ohjattavia muutoksia voivat olla esimerkiksi liikunta- ja ruokailutottumusten omatoiminen seuranta, stressinhallinta muutoin kuin syömällä tai satunnaisten syömistilanteiden välttäminen. Lisäksi on hyvä tukea asiakkaan tai potilaan minäkuvaa, vaikuttaa epärealistisiin laihtumisodotuksiin ja valmistaa repsahduksiin (osa painonlaskusta voi palautua, ajoittaiset liikasyömiset mahdollisia). Sosiaalinen tuki on myös tärkeää, kun ohjataan asiakasta tai potilasta käyttäytymisen muutoksessa. (Koponen 2011, 732.) Viertiö (2011, 83) painottaa, että kuntoutujien sosiaalinenkin verkosto voi parantua, jos psykiatriset yksiköt tarjoavat erilaisia ryhmässä toteutettavia ravitsemuskursseja tai liikuntaohjelmia.

Muutoksen tukemisessa asiakkaan tai potilaan motivointi on tärkeää, etenkin kun skitsofreniaan usein liittyy aloitekyvyttömyyttä ja itsevarmuuden puutetta (Lambert & Newcomer 2009, 40). Nykyään laajasti käytetty motivoivan haastattelun tekniikka on todettu tehokkaaksi työvälineeksi myös mielenterveyden häiriöistä kärsivien kanssa (Korkeila & Korkeila 2008, 279). Motivoivalla haastattelulla on tarkoitus aktivoida kuntoutujaa arvioimaan itse elintapojensa muutostarpeita ja näin pyritään rakentamaan asiakkaan sisäistä motivaatiota. Keinoja motivaation vahvistamiseen ovat muun muassa avoimet kysymykset, heijastava kuuntelu, yhteenvedojen esittäminen sekä positiivinen palaute. (Poskiparta 2008, 93.) Kehuminen ja positiivisen palautteen antaminen on skitsofreniaa sairastavalle tärkeää, sillä alhaisen motivaatiotason taustalla voivat olla nimenomaan heikentynyt itsetunto, häpeä, sosiaalisen elämän kaventuminen tai laajalti kompetenssin tunteen aleneminen. Pystyvyyden tunnetta voi lisätä esimerkiksi liikunnan aloittamisen jälkeen annettu positiivinen palaute (Korkeila & Korkeila 2008, 278). Ohjaustilanteissa tuleekin kiinnittää erityistä huomiota asiakkaan voimaantumisen tukemiseen eli kannustamiseen ja arvostavaan kohtaamiseen (Koivuranta 2009, 37).

Skitsofreniaa sairastavien elintapaohjauksessa tulee keskittyä pieniin ja tavoiteltavissa oleviin muutoksiin ja edetä riittävän hitaasti. Hyvä tavoite on varsinkin moniongelmaisten kohdalla jonkin verran riskejä vähentämään pyrkivä ja muutokseen motivoiva hoito-ote. (Korkeila & Korkeila 2008, 279; Koivuranta 2009, 37.) Oleellista on pitää asiakasta osallistujana, joka voi esittää kysymyksiä, tuoda omia näkemyksiään esille, ehdottaa toimintavaihtoehtoja sekä myös keskeyttää toiminnan. Tärkeää on tavoitella vuoropuhelua kuntoutujan kanssa, ja esi-

merkiksi esille nouseviin ongelmiin tulee etsiä yhdessä ratkaisuja. (Poskiparta 2008, 93.) Yhteistyökumppanina toimiminen onkin kaikessa mielenterveyskuntoutustyössä tärkeää. Ammatihenkilöiden tehtävänä on Tuulio-Henrikssonin mukaan (2013, 146) tukea, rohkaista ja motivoita kuntoutujaa tämän omien kuntoutustavoitteiden asettamisessa ja niiden toteuttamisessa.

4 Skitsofreniaan sairastuneen kuntoutus

Mielenterveyslaissa (1116/1990) sanotaan mielenterveystyön tarkoittavan ”mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. Lisäksi mielenterveystyön tarkoituksena on edistää yksilön toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin sekä persoonallisuuden kasvua. Mielenterveyspalvelut tulisi järjestää avopalveluina ensisijaisesti ja potilaiden ja asiakkaiden itsenäistä suoriutumista sekä oma-aloitteista hoitoon hakeutumista tulee tukea. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Skitsofrenian Käypä Hoito- suosituksessa (2015) painotetaan oireiden lievittämisen ja uusien psykoosijaksojen estämisen lisäksi potilaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamista. Psykoosista toipuvan onkin mahdollista saavuttaa paras mahdollinen elämänlaatu sekä saada oma sairaus hallintaan kuntoutumisen kautta (Mielenterveystalo).

Skitsofrenian kuntoutumisprosessi voidaan jakaa neljään toimintamuotoon: Ensimmäisen psykoosijakson jälkeen tapahtuvat varhaisvaiheen kuntouttavat toiminnot, elämönhallintaa lisäävät toimenpiteet (kun sairausjaksot ovat toistuneet), pitkäaikaiskuntoutus, sekä seuranta- vaihe ja toimintakyvyn ylläpitäminen, mikä toteutuu kun oireet on saatu uudestaan hallintaan ja toimintakyky mahdollisimman hyväksi. Pitkäaikaiskuntoutusta tarvitsevat ne henkilöt, joilla esiintyy pitkäaikaisia vaikeita oireita ja joiden itsenäinen selviytymiskyky on merkittävästi heikentynyt, eivätkä he kykene asumaan itsenäisesti. (Lähteenlahti 2008, 201-202.) Hoito- ja kuntoutusjärjestelmän kokonaisuus jakautuu hyvin eri tavoin eri kunnissa ja kuntayhtymissä, mutta perinteinen jako edellä mainittujen kuntoutuksen tehtäväalueiden kesken on totuttu tekemään perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntarjoajien välillä. Peruspalveluihin luetaan muun muassa varhainen tunnistaminen ja erikoissairaanhoidon ohjaaminen sekä pitkäaikaisseurannan toteuttaminen. Psykiatrinen erikoissairaanhoido pitää tavallisesti sisällään akuuttihoiton joko osastolla tai avohoitona, joiden aikana usein toteutetaan tutkimus- ja arviointityötä sekä diagnosointia. Lisäksi psykiatrinen erikoissairaanhoido tarjoaa tukipalveluja peruspalveluille ja sellaista psykiatrista kuntoutusta, joka edellyttää erikoisosaamista. (Lähteenlahti 2008, 198.)

Kolmas toimija palvelujärjestelmässä on edeltävien ulkopuolelle jäävät yksityiset yritykset ja kolmannen sektorin palvelut. Nämä tahot tarjoavat esimerkiksi päivä- ja työtoimintaa, asumispalveluita, omaisten tukitoimia sekä toimivat yhteiskunnallisina vaikuttajina. Kolmannella

sektorilla tarkoitetaan sellaisia yhdistys- ja järjestöpohjaisia yhteisöjä, jotka eivät tavoittele voittoa. (Lähteenlahti 2008, 197-198.) Sen merkitys palvelujärjestelmässä on viime aikoina kasvanut, sillä kolmas sektori toteuttaa laajasti esimerkiksi klubitalotoimintaa, tuettua työllistämistä, kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja sekä tuki- ja palveluasumista, jotka ovat tärkeitä psykiatrisen kuntoutuksen osa-alueita ja täydentävät monipuolisesti palvelujärjestelmää. (Lähteenlahti 2008, 197-198; Tuulio-Henriksson 2013, 153.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015b) mukaan pääasiassa kolmannen sektorin toimijat sekä yksityiset yritykset ja yhtiöt ylläpitävät tällä hetkellä merkittävää avohoidon sektoria, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita. Niiden eriasteisesti tuetuissa asumispaikoissa elää noin 8000 asukasta, joista useimmat sairastavat skitsofreniaa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b).

Skitsofrenian kuntoutuksessa ratkaisevaa on sen oikea-aikaisuus ja tarkoituksenmukaisuus, ja se voi olla luonteeltaan hyvin monenlaista: korjaavaa tai palauttavaa, haittoja ehkäisevää tai jo ilmaantuneita haittoja minimoivaa. Tärkeintä on valita oikeat kuntoutustoimenpiteet yksilöllisesti ja toteuttaa niitä moniammatillisena tiimityönä, missä korostuu eri terveydenhuollon yksiköiden, muiden kunnallisten palveluiden ja kolmannen sektorin palveluntarjoajien yhteistyö. Kokonaisuudessaan kaikkien kuntoutuksesta vastaavien tahojen toiminnan tarkoituksena tulee olla asiakkaiden elämänlaadun ja arkipäivässä selviämisen parantaminen. (Isohanni ym. 2011, 120, 122; Tuulio-Henriksson 2013, 146.) Varsinkin fyysisten sairauksien osalta eri hoitotahojen tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä, jotta tarpeenmukainen seuranta ja hoito toteutuvat. Niskanen (2009, 34) sekä Heiskanen ym. (2010, 396) painottavat paikallisesti laadittavia toimintaohjeita eri yhteistyötahojen välillä koskien somaattista seurantaa, hoidon aloitusta sekä hoitoon ohjauksen koordinoitua. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tulisi Suvisaaren (2015, 24) mukaan parantaa somaattisten sairauksien tunnistamista ja niin ikään parantaa yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa. Esimerkiksi somaattisten sairauksien varhaisdiagnostiikan ja elämäntapaohjauksen päävastuu tulisi olla psykiatrisella yksiköllä, mutta muun muassa diabetesta ja metabolista oireyhtymää hoidettaessa psykiatristen yksiköiden ja diabetestiimin välillä tarvitaan hyvää yhteistyötä (Niskanen 2009, 34.) Myös Viertiö ym. (2012, 869) toteavat, että psykiatrisella potilaalla todettua somaattista sairautta hoidettaessa on tärkeää, että perusterveydenhuollon ja muiden erikoisalojen välillä tehdään kiinteää yhteistyötä.

4.1 Alvi ry:n toiminta

Alvi ry on Helsingissä ja Vantaalla toimiva kolmannen sektorin palveluntuottaja, vuonna 1993 perustettu yleishyödyllinen, voittoa tavoittelematon ja sitoutumaton yhdistys. Se tuottaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujille asumis-, kuntoutus- ja tukipalveluita sekä tarjoaa kaikille avointa vapaaehtoista ja vertaistoimintaa Tukiyhteisö Laturin kansalaistoiminnan kautta. (Alvi 2016a.) Alvi ry on lisäksi yhteiskunnallinen yritys, jonka ensisijaisena kriteerinä on yh-

teiskunnallisen hyvän tuottaminen, joten esimerkiksi yhteiskunnallista vaikuttavuutta mitataan säännöllisesti ja yhteiskunnassa heikossa työmarkkina-asetuksessa olevia pyritään aktiivisesti työllistämään. (Alvi ry.) Alvi ry:n toimintaa ohjaavat arvot, joita ovat toisen kunnioittaminen, suvaitsevaisuus, osaaminen ja jatkuva oppiminen sekä vakavaraisuus, ja näitä kaikkia yhdistää jatkuvuuden periaate. (Alvi 2016b.)

Alvi ry:n organisaation (Liite 1) yhtenä osana toimii tehostetun asumisen palveluita tarjoava Alvila-koti, jossa asuu helsinkiläisiä mielenterveyskuntoutujia. Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa ympärivuorokautisen hoidon piirissä tapahtuvaa yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa (Mielenterveystalo). Alvila-kodin toiminta on tehostettua, tavoitteellista ja yksilöllistä palveluasumista, jonka periaatteina on asukkaiden tukeminen ja ohjaaminen itsenäiseen elämiseen esimerkiksi taloudenhoidon, päätöksenteon ja vastuunottamisen osalta. Asukkaiden elämänhallinnan tukeminen on keskeistä Alvila-kodin arjessa ja yhteisiä toimintoja ovat esimerkiksi ruoanlaitto, siivous ja kaupassakäynti. Hoitohenkilökunta (lähi- ja sairaanhoitajia sekä sosionomeja) on läsnä ympäri vuorokauden ja asukaspaikkoja on 23. Kaikilla on omat asunnot ja yhteisiin tiloihin kuuluu olohuone, keittiö, ruokasali, sauna, pesutupa, kuntosali sekä bändihuone. Alvila-kodilla on käytettävissä Helsingin kaupungin asumiskuntoutuksen psykiatriin palvelut, joka vierailee Alvilassa kahden viikon välein, ja asukkaana on mahdollista saada tukea moniammatilliselta työryhmältä kokonaisvaltaisen hyvinvointinsa hoitamiseen. (Alvi 2016c.)

Vastaavasti itsenäisesti asuville mielenterveyskuntoutujille on tarjolla Alvin Tukipiste Laturin kautta asumisen tukea. Tuetulla asumisella voidaan mahdollistaa itsenäinen asuminen ja elämässä selviytyminen, sekä sairauden hallinnan opettelu (Mielenterveystalo). Laturin kautta asiakas saa kokonaisvaltaiseen elämänhallintaan ohjausta ja tukea toimivaan, mielekkääseen arkeen asiakkaan omassa elinympäristössä. Pääpainona on ohjaaminen kodin ulkopuolisiin toimintoihin, esimerkiksi erilaisten palveluiden käyttämiseen tai hyödyntämään erilaisia virikkeellisiä vapaa-ajan toimintoja. Asiakkaan kanssa tehdään aina yksilöllinen kuntoutus- ja palvelusuunnitelma, jossa tarkastellaan voimavaroja lähtökohtaisesti ja yhdessä asiakkaan tuen tarvetta ja sovitaan tuen painotusalueet. Lisäksi Tukipiste Laturin asiakkailta on mahdollisuus myös hyödyntää puhelintukea, jota Alvi ry tarjoaa vuorokauden ympäri. (Alvi 2016d.)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää skitsofreniaa sairastavien metabolisiin sairauksiin vaikuttavia tekijöitä sekä keinoja ennaltaehkäistä niitä. Lisäksi tarkoituksena oli esitellä skitsofreniaa ja muita mielenterveydenhäiriöitä sairastaville tarjottavia Alvi ry:n palveluita ja toimintaa. Opinnäytetyö liittyy skitsofreniakuntoutujien elämänlaadun ja työ- sekä

toimintakyvyn parantamiseen. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön kautta saataisiin hyödynnettävää tietoa siitä, miten skitsofreniaa sairastavien somaattista sairastavuutta voitaisiin vähentää ja elämänlaatua sekä toimintakykyä voitaisiin parantaa.

5.1 Tutkimustehtävät

1. Miten metabolisten sairauksien ennaltaehkäisy huomioidaan skitsofreniaa sairastavien hoito- ja kuntoutustyössä?
2. Millaisia haasteita skitsofreniaa sairastavien elintapaohjaukseen voi liittyä?

6 Tutkimusmenetelmät

”Tutkittava ilmiö ja tutkimusongelma määräävät, kuinka niitä kannattaa lähestyä ja millaisin menetelmin.”, toteaa Vehviläinen-Julkunen ja Paunonen (1997, 20). Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli saada hyödynnettävää tietoa siitä, miten skitsofreniaa sairastavien somaattista sairastavuutta voitaisiin vähentää, joten tarkoituksenmukaista oli kerätä kokemuksellista tietoa skitsofreniaa sairastavien kuntoutus- ja hoitotyötä tekeviltä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan ihmisten kokemuksia ja ilmiöitä niiden luonnollisissa ympäristöissä ja yhteyksissä (Kylmä & Juvakka 2007, 28). Tutkittavana ilmiönä tässä työssä esiintyy skitsofreniaa sairastavien metaboliset sairaudet, niiden ennaltaehkäisy sekä terveyden edistäminen, ja mielenkiinnon kohteena oli työntekijöiden kokemuksellinen näkökulma siihen, mitä tämä tutkittu ilmiö on (Kylmä & Juvakka 2007, 23, 26).

Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat muun muassa tutkijan sekä tutkittavien subjektiivisuus ja otoksen perustuminen valikointiin (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 20). Tätä opinnäytetyötä varten valikoitui juuri tietyt haastateltavat tarkoituksenmukaisuuden periaatteella eli osallistujiksi hankittiin sellaisia henkilöitä, joilla oletettiin olevan tutkittavasta ilmiöstä kokemusta. Myös tutkimuksen tekijän rooli oli koko työn aikana aktiivinen, ja tutkimusta ohjasivat esimerkiksi mitä- ja miten -kysymykset, mitkä kuuluvat myös laadullisen tutkimuksen ominaispiirteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 26, 28, 31.) Tämä opinnäytetyö ja siihen valitut tutkimusmenetelmät täyttävät myös hoitotieteellisen tutkimuksen kriteerit. Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1997, 36) painottavat, että hoitotieteellisessä tutkimuksessa päätavoitteena on tutkia hoitamisen ilmiöitä ja niiden eri ulottuvuuksia, ja tutkimusongelman tulee olla sellaiselta hoitotyön alueelta, joka on tärkeä ja tarkoituksenmukainen.

6.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluilla, sillä siten saadaan mahdollisimman paljon tietoa itse osallistujien näkökulmista, ajatuksista ja motiiveista, ja ilmiöiden tarkastelu luonnollisissa yhteyksissä korostuu (Eskola & Suoranta 1998, 86). Haastattelut toteutettiin yksilö- ja teemahaastatteluina. Yksilöhaastattelun hyötynä oli, että aikatauluista oli helpompi sopia yksilöllisesti, sekä haastattelutilanteeseen keskittyminen oli helpompaa aloittelevalle tutkijalle. Teemahaastattelu mahdollistaa avoimen tiedon jakamista, kun kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä, niinpä haastattelujen aikana käytiin kaikki teema-alueet läpi, mutta niiden laajuus ja järjestys saattoi yksilöllisesti vaihdella. Haastateltavat olivat saaneet etukäteen nähtäväksi teemahaastattelun rungon (liite 2) ja näin he saivat mahdollisuuden perehtyä teemoihin etukäteen. Ennalta aiheeseen tutustuminen mahdollistaa sen, että tutkitusta aiheesta saataisiin haastattelussa mahdollisimman paljon tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73; Eskola & Suoranta 1998, 87.)

Haastateltavina oli viisi Alvi ry:n työntekijää, jotka valikoituivat Alvi ry:n toimesta. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa käytiin yhteisiä keskusteluja haastatteluiden ja koko opinnäytetyön sisällöstä ja toteutuksesta. Haastattelut toteutettiin Alvi ry:n toimitiloissa kesäkuussa 2016 ja haastattelut olivat kestoltaan keskimäärin 23 minuutin mittaisia. Haastateltavien lukumäärän mukaan aineisto eriteltiin viideksi kokonaisuudeksi kirjainkoodeilla A, B, C, D ja E.

6.2 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen keskeinen piirre on induktiivinen päättely, jossa laajempia kokonaisuuksia saadaan yhdistämällä aineistolähtöisesti yksittäisten tapahtumien havaintoja (Kylmä & Juvakka 2007, 22). Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen, jossa tavoitteena on luoda teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta. Tutkitavasta ilmiöstä pyrittiin luomaan selkeä sanallinen kuvaus, jolloin aineisto järjestettiin tiiviiseen ja pelkistettyyn muotoon. Selkeydellä ja loogisella päättelyllä mahdollistetaan luotettavien johtopäätösten tekeminen tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 108.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on vaiheittain siirtyä käsitteelliseen kuvaukseen konkreettisesta aineistosta, ja ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön valinta (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001, 24-25). Sanatarkasti aukikirjoitettua haastatteluaineistoa tässä tutkimuksessa kertyi kaikkiaan 36 A4-sivua (fontti Trebuchet MS 10, riviväli 1,5), ja analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, joka saattoi olla lause tai lauseen osa. Haastatteluiden teema-alueet jäsentivät jo valmiiksi jonkin verran aineistoa, mikä helpotti aineiston pilkkomista. Seuraavaksi aineistoa alettiin pelkistää eli aineistosta etsittiin kaikki ne ilmaukset,

jotka antoivat vastauksia tutkimustehtäviin. Taulukossa 1 kuvataan esimerkki aineiston pelkistämisestä. Tutkimustehtäviin vastaavat ilmaukset pelkistettiin niin, että alkuperäinen ajatus säilyi mahdollisimman tarkasti ja pelkistyksissä käytettiin aineiston termejä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26-28; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Ja, toisaalta niinku, vaikka siihen toimeen jotenki ryhdytään, ni myöskin välillä huomaa, et ei ehkä sitten kuitenkaan oo semmosta niinku tietynlaista pitkäjänteisyyttä.	Pitkäjänteisyyden puute

Taulukko 1: Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Pelkistämistä seuraava vaihe aineistolähtöisessä analyysissä on ryhmittely (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28). Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia, minkä pohjalta samaa tarkoittavat ilmaukset listattiin yhteen ja yhdistettiin saman luokan alle. Näille alaluokille annettiin niiden sisältöä kuvaavia nimiä tulkintaa ja päättelyä hyödyntäen. Alaluokat saattoivat kuvata esimerkiksi jotakin tutkittavan ilmiön piirrettä, ja näin ollen ryhmittelyn kautta tutkimuksen perusrakenteelle luotiin jo pohja, ja tutkittavasta ilmiöstä saatiin alustavia kuvauksia kun aineistoa tiivistettiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 28.) Pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelyä alaluokiksi kuvataan taulukossa 2.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Ruoka-annosten rajoittaminen Ruokailuhetkien valvominen Tarjottavan ruoan terveellisyyteen vaikuttaminen Ruokailuihin vaikuttaminen sokerinsaantia rajoittamalla	Epäterveelliseen ruokailuun vaikuttaminen

Taulukko 2: Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Tutkimustehtäviin vastauksien saaminen käsitteitä yhdistelemällä on aineistolähtöisen sisällyönanalyysin peruseriaate ja kolmas vaihe aineiston analysoinnissa on käsitteellistäminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Taulukossa 3 on esitelty esimerkki tästä analyysin vaiheesta. Tässä työssä aineiston ryhmittelyn jälkeen käsitteellistämistä tehtiin niin, että alaluokista muodostettiin samansisältöisiä uusia ryhmiä, jolloin aineisto uudestaan tiivistyi. Uudet luokat nimettiin luokiteltavaa sisältöä kuvaavilla käsitteillä ja näin muodostui lopulta kuusi yläluokkaa. Lopuksi samansisältöiset yläluokat yhdistettiin kahden pääluokan alle, jotka kokosivat

yhteen tutkimustehtävien vastaukset. Näin alkuperäisestä informaatiosta saatiin muodostettua teoreettisia käsitteitä sekä käsitteellisempää näkemystä ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-112; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 29.)

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Liikunnan tarjoaminen Liikuntaan kannustaminen Epäterveelliseen ruokailuun vaikuttaminen Elämänmuutoksessa tukeminen	Terveellisiin elintapoihin motivoiminen	Hoitotyön keinot metabolisten sairauksien ennaltaehkäisyssä ja terveyden edistämässä
Ongelmat ymmärtämisessä Toimintakyvyn ongelmat Tunne-elämän ongelmat	Skitsofrenian aiheuttamat erityishaasteet	Skitsofreniaa sairastavien elintapaohjaukseen liittyvät haasteet

Taulukko 3: Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä

7 Tulosten tarkastelua

Aineiston analysoinnin päätteeksi muodostetut kaksi pääloukkaa antoivat vastauksia alkuperäisille tutkimustehtäville. Pääloukat olivat ”Hoitotyön keinot metabolisten sairauksien ennaltaehkäisyssä ja terveyden edistämässä” sekä ”Skitsofreniaa sairastavien elintapaohjaukseen liittyvät haasteet”. Seuraavassa esitellään aineistoanalyysin pohjalta löydettyjä tuloksia yläluokkien mukaisesti.

7.1 Psykoedukaatio terveyden edistämässä

Haastateltavien kokemusten mukaan skitsofreniaa sairastavien metabolista sairastavuutta pyritään ennaltaehkäisemään jonkin verran psykoedukaation kautta. Psykoedukaatiossa painotui tiedon antaminen terveellisistä elintavoista sekä terveellisten ruokailutottumusten ohjaaminen. Metabolisista sairauksista, diabeteksestä ja metabolisesta oireyhtymästä, annetaan tietoa melko vähän. Tietoa annetaan muun muassa terveellisistä ruokavalinnoista sekä painonnousun vaikutuksista. Terveysneuvontaa annetaan jonkin verran ja terveyden edistämisen näkökulman koettiin olevan arjen työssä mukana. Ruokailutottumusten ohjaaminen tapahtuu haastateltavien mukaan erilaisissa ruoanlaittoryhmissä sekä keskusteluiden kautta.

”Se (keittiövuoro) on vapaaehtonen, mut siinä he näkevät, miten ruoka valmistetaan. Ja miten ruokaa tehdään ja mikä on terveellistä. Kyllähän sekin on ohjaamista, ymmärrystä siitä, että...”

7.2 Terveellisiin elintapoihin motivoiminen

Terveellisiin elintapoihin motivoidaan haastateltavien mukaan tarjoamalla erilaisia liikuntamahdollisuuksia ja kannustamalla niihin sekä jonkin verran epäterveelliseen ruokailuun vaikuttamalla. Vaikuttamisen keinoiksi haastateltavat kuvasivat muun muassa asiakkaiden ruokailuhetkien valvomisen ja ruoka-annosten rajoittamisen. Lisäksi terveellisiin elintapoihin motiivoinnin keinoksi kerrottiin elämänmuutoksessa tukemisen, millä tarkoitettiin painon pudotuksessa ja -hallinnassa tukemista sekä jonkin verran tupakoinnin vähentämiseen kannustamista. Motiivoinnin keinoja kuvattiin olevan myös asiakkaan epärealististen tavoitteiden hillitseminen, realisointi tämänhetkisestä tilasta ja muutoksen tavoittelu pienin askelin ja konkreettisin tavoittein.

”Ja toki näitäkin asioita niinku pohditaan, jos tällöinen painon pudottaminen on niinku tavoitteena esimerkiks. Ni pohditaan, et mitkä olis niitä terveellisiä herkuja—”

7.3 Fyysisen terveydentilan hoidollinen huomiointi

Asiakkaiden fyysisen terveydentilan hoidollinen huomiointi kuvattiin tärkeäksi ennaltaehkäisyn keinoksi. Somaattinen terveydentila huomioidaan somaattista vointia seuraamalla, somaattisia mittauksia toteuttamalla sekä fyysisiin muutoksiin huomiota kiinnittämällä. Haastateltavat kertoivat seuraavansa säännöllisesti muun muassa asiakkaiden painoa ja verenpainetta ja käyvänsä läpi mittaustuloksia. Asiakkaiden terveydentilaa kuvattiin tutkittavan paljon näiden mittausten kautta. Ilmaantuneisiin oireisiin, voinnin selkeään muutokseen, poikkeaviin mittaustuloksiin tai asiakkaan painonnousuun koettiin reagoitavan nopeasti.

”Huomataan, et nyt on paino noususuunnassa, tai se voi olla laskusuunnassakin, et.. Nyt täytyy tähän puntaroimiseenkin kiinnittää huomiota.”

7.4 Elämäntapamuutoksen toteuttamisen haasteellisuus

Haastateltavat kuvasivat asiakkaiden elämäntapamuutoksen toteuttamisen haasteellisuuden johtuvan asiakkaiden epärealistisista mielikuvista terveellisyyteen liittyen, muutoksen käytännön toteuttamisen vaikeudesta ja motivaation puutteesta. Asiakkailta kerrottiin esiintyvän jonkin verran epärealistisuutta liikunnan harrastamisen määrässä, mielikuvissa ruokavaliostaan sekä painon pudotuksen tavoitteissa. Motivaation puutetta kuvattiin sillä, että tarjotusta liikunnasta saatetaan kieltäytyä, asiakkailla esiintyy voimattomuutta ja kiinnostuksen riittämättömyyttä liittyen terveellisten elintapojen noudattamiseen sekä puutteita muutokseen sitoutumisessa. Haastateltavat kuvasivat asiakkailla esiintyvän haitallisia totuttuja elämäntapoja

sekä totutusta kiinnipitämistä, joiden koettiin vaikuttavan muutoksen käytännön toteuttamisen vaikeuteen. Asiakkaiden elintapamuutosten toteutuminen käytännössä nähtiin haastavana ja epävarmana.

”Mut että, miten se niinku menee sinne arjen tasolle ja niihin asiakkaan valintoihin, niin, se on kyllä semmonen niinkun.. Se on hankala asetelma.”

7.5 Skitsofrenian aiheuttamat erityishaasteet

Runsaasti haasteita elintapaohjaukseen toi haastateltavien mielestä skitsofrenian aiheuttamat erityishaasteet, kuten ongelmat ymmärtämisessä sekä toimintakyvyn ja tunne-elämän ongelmat. Ohjauksen sekä tiedon vastaanottaminen asiakkailla koettiin haastavaksi. Lisäksi haastateltavat kuvasivat asiakkailla esiintyvän ymmärtämättömyyttä omasta terveydentilasta sekä syy-seuraus -suhteiden ymmärtämisen vaikeutta, ja näiden koettiin tuovan haasteita elintapojen ohjaamiselle. Myös skitsofreniaan liittyvät toimintakyvyn ongelmat nähtiin hankaloittavan elintapaohjausta. Ongelmiksi kuvattiin asiakkaiden pitkäjänteisyyden puutetta toiminnassaan, käyttömuistin heikkoutta sekä keskittymiskyvyn puutetta ryhmänohjaustilanteissa. Huonon toiminta- ja aloitekyvyn nähtiin aiheuttavan suurta ohjauksen tarvetta.

Haastateltavat kokivat, että myös asiakkaiden tunne-elämän ongelmat hankaloittavat elintapaohjauksen sekä elämäntapamuutoksen onnistumista. Itseluottamuksen ja osaamisen puutetta kuvattiin esteeksi, lisäksi muutoksen tavoitteluun kuvattiin liittyvän asiakkaan lannistumista ja innostumisen vaikeutta. Haastateltavat nostivat myös merkittäväksi elintapaohjauksen haasteeksi asiakkaiden mielihyvähakuisuuden ruoasta. Syömisellä kuvattiin olevan suuri merkitys asiakkaiden elämässä, ja syömisestä motiiviksi nähtiin mielihyvän tunteen hakeminen.

”Mut kuitenkin täytyy muistaa, että se ilo, minkä skitsofreenikko saa siitä ruokailusta ja siitä suun kautta tulevasta hyvästä olosta, ni se on tosi merkittävä..”

7.6 Henkilöstöressurssien vaikutus elintapaohjaukseen

Henkilöstöressurssien koettiin myös vaikuttavan haitallisesti asiakkaiden elintapaohjaukseen. Haastateltavat kuvasivat työntekijäressurssien puutteen vaikuttavan asiakkaiden somaattisen voimien huomiointiin. Haastateltavien kokemuksen mukaan ajan puute työssä ja rajatut työntekijäressurssit vaikuttavat siihen, miten asiakkaiden terveydentilaa seurataan ja huomioidaan. Asiakkaiden vähäiseen urheiluun epäiltiin vaikuttavan myös henkilökuntamitoitus ja lisäksi yhdeksi haasteeksi mainittiin se, ettei henkilöstössä ole fysioterapeutin erityisosaamista.

”Meil on niin rajatut resurssit siihen, et... --Ja ku meiän työ on niin monipuolista, ni täytyy muutakin pystyy tekemään, meil on muitakin vastuualueita ku se-- (terveydentilan systemaattinen seuraaminen).”

8 Pohdinta

Tulosten perusteella voidaan todeta, että skitsofreniaa sairastavan metabolisten sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyy jokseenkin paljon haasteita. Skitsofreniaa sairastavan voi olla vaikeaa oppia pois totutuista toimintatavoista, ja kognitiiviset vaikeudet, kuten tiedon vastaanottamisen ja ymmärtämisen ongelmat luovat merkittäviä haasteita terveysneuvonnan sisäistämisessä. Myös Korkeila ja Korkeilan (2008, 278) toteamat tunne-elämän ongelmat, kuten huono itsetunto ja häpeä, sekä alentunut pystyvyyden tunne koettiin haastateltujen keskuudessakin vaikeuttavan skitsofreniaa sairastavan motivoitumista elämäntapojen muuttamiseen. Haastateltujen työntekijöiden mukaan myös mielihyvähakuisuudella on suuri merkitys siinä, miten vaikeaa skitsofreniaa sairastavan voi olla luopua epäterveellisistä ruokavalinnoistaan. Syömisen kautta koettu mielihyvä koettiin asiakkaille tärkeäksi ja asiakkaiden itsemääräämisoikeuden koettiin olevan merkittävä tekijä epäterveellisten elintapojen ylläpidossa.

Mielenkiintoista onkin pohtia, miten skitsofreniaa sairastavien kognitiiviset vaikeudet ovat yhteydessä ymmärrykseen ja tietoon siitä, mikä esimerkiksi ravinnossa on epäterveellistä tai millaisia konkreettisia seurauksia omilla elintavoilla voi olla, esimerkiksi diabeteksen puhkeaminen. Tässä erittäin tärkeään rooliin nousee tiedon antaminen asiakkaalle. Haastateltujen kokemusten perusteella on todettavissa, että skitsofreniaa sairastaville tarjotaan niukasti psykoedukaatiota esimerkiksi diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän osalta. Haastatellut kuvasivat, että terveellisistä elintavoista tietoa annetaan jonkin verran kohdennetusti niille, joita asia koskee, eli esimerkiksi diabetesta sairastavalle. Painonhallinnasta ja ravitsemuksesta annettiin yleistä tietoa pääosin keskustelujen lomassa. Skitsofreniaa sairastavien ymmärrys liittyen metabolisiin sairauksiin, terveyden edistämiseen ja elintapoihin yhdistettynä tiedon vastaanottamisen haastavuuteen olisikin tärkeää ottaa huomioon elintapojen ohjaamisessa.

Haastateltavat kuvasivat asiakkailta esiintyvän epärealistisia mielikuvia liittyen liikunnan harrastamiseen, ruokavalion terveellisyyteen tai painonpudotustavoitteisiin. Tämän epärealistisuuden ja ymmärtämättömyyden seurauksena asiakkaiden elämänmuutokset eivät olleet kovin pysyviä ja uudesta innostuminen koettiin haastavana. Viertiö (2011, 83) on tutkinut skitsofreniaan ja muihin psykooseihin sairastuneiden toimintakyvyn rajoituksia ja elämänlaatua, ja todennut, että koska skitsofreniaa sairastavan voi olla haasteellista muuttaa terveyskäyttäytymistään, toistuvia interventioita ruokavaliosta ja liikunnasta voidaan tarvita. Tutkimuksessa todetaan, että psykiatriset hoitoyksiköt voisivat tarjota ravitsemus- ja liikuntaohjelmia, mitkä voisivat osaltaan parantaa asiakkaiden sosiaalisia kontakteja myös. Haastatteluissa tuli esille, että asiakkaille tarjotaan monipuolisia liikuntamahdollisuuksia, mutta vain osa asiakkaista hyödyntää niitä. Työntekijät kuvasivat työnsä keinojen olevan välillä erittäin rajalliset, kun asiakkaat eivät kannustuksista huolimatta motivoitu urheiluun.

Haastatellut kuvasivat käyttävänsä joitakin elintapamuutoksiin tähtääviä hoitotyön keinoja, kuten annoskoon kontrollointi, päivittäisen ruokailun ja liikunnan tarkkailu sekä painon säännöllinen seuranta. Annoskoon kontrollointi ja ruokailun tarkkailu ovat tärkeitä keinoja skitsofreniaa sairastavan elintapojen ohjaamisessa nimenomaan kognitiivisten vaikeuksien vuoksi. Asiakkaiden terveydentilan hoidollista huomiointia tapahtui haastateltujen kokemuksen mukaan säännöllisesti, ja voinnin muutoksiin, esimerkiksi painonnousuun reagoitiin, mutta myös ajan ja resurssien puute fyysisten terveysongelmien tunnistamisessa ja hoitamisessa tuotiin esille haastatteluissa. Myös Lambert ja Newcomer (2009, 40) toteavat, että mielenterveys-työn palveluissa ei ajankohtaisesti ole käytettävissä tarpeeksi resursseja fyysisiin hoidollisiin tutkimuksiin. Myös erottelua psykiatriin ja somaattisiin terveyspalveluihin esiintyy vielä monella tasolla, mikä luo tiettyjä haasteita työn toimenkuvissa. (Lambert & Newcomer 2009, 40.)

Skitsofreniaa sairastavien metabolisten sairauksien ennaltaehkäisy olisi tärkeää huomioida kaikilla mielenterveyspalveluiden sektoreilla. Erilaisia terveyden edistämisen keinoja, esimerkiksi psykoedukaatiota, ryhmäohjauksia ja somaattisen terveydentilan tiheää ja monipuolista seurantaan voisi hyödyntää nykyistä enemmän. Painotuksen tulisi olla ennaltaehkäisyssä, ja elintapainterventioiden toteuttaminen jo sairauden puhkeamisvaiheessa olisi kaikista hyödyllisintä. Pohdinnan aiheeksi nouseekin skitsofreniaa sairastavien hoito- ja kuntoutustyön erikoisosaamisen vaatimukset. Metabolisten sairauksien riskitekijöistä ja terveyden edistämisestä tulisi henkilökunnalla olla tietoa ja osaamista, ja kuten Cabassa, Ezell, Lewis-Fernández (2010, 10) painottavat kirjallisuuskatsauksessaan, vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivien kasvavat hoitotyön tarpeet vaativat kaikilta mielenterveystyön ammattilaisilta lisäosaamista elintapainterventioiden suhteen. Työntekijöiden olisi hyvä systemaattisesti lisätä koulutustaan ja osaamistaan sekä hyödyntää näyttöön perustuvaa tietoa pyrkiessään edistämään asiakkaidensa kuntoutumista ja elämänlaadun parantumista. (Cabassa ym. 2010,10.)

8.1 Luotettavuus

Tuotetun tiedon totuudenmukaisuuden arviointi on keskeistä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ja luotettavuuskriteereitä ovat esimerkiksi tutkimuksen uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys sekä tutkimuksen siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Tämän työn uskottavuutta tarkasteltaessa voidaan todeta, että tutkittavan ilmiön kanssa oltiin tekemisissä riittävän pitkän ajan, sillä koko opinnäytetyöprosessi kesti melkein vuoden. Tutkimukseen osallistuneiden kanssa ei tässä työssä käyty arvioivaa keskustelua tutkimustulosten paikansapitävyydestä, mikä saattaa heikentää tämän tutkimuksen uskottavuutta. Tutkija on pyrkinyt analysoimaan aineistoa ja kuvaamaan tuloksia niin, että ne vastaavat haastateltujen kokemuksia ja käsityksiä tutkittavasta kohteesta mahdollisimman tarkasti. (Kylmä & Juvakka

2007, 128.) Eräs tekijä, joka vahvistaisi myös uskottavuutta on tutkijaan liittyvä triangulaatio eli erityisesti aineiston analyysissä uskottavuutta olisi voinut vahvistaa toisen tutkijan näkökulma (Tuomi & Sarajärvi 2009, 144).

Toinen huomionarvoinen seikka yksin tehdyn opinnäytetyön toteutuksessa on refleksiivisuuden luotettavuuskriteeri, sillä laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tekijä on keskeisessä roolissa ja voi vaikuttaa tutkimusprosessiin sekä aineistoon (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Avoin subjektiviteetti on kuitenkin laadullisen tutkimuksen lähtökohtana, ja tutkijan on itselleen myönnettävä, että toimii itsekkin keskeisenä tutkimusvälineenä (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Tässä työssä tutkija on ollut tietoinen omasta subjektiivisuudestaan sekä lähtökohdistaan aloittelevana tutkimuksen tekijänä ja käynyt aktiivista pohdintaa esimerkiksi siitä, perustuvatko tehdyt tulkinnat aineistolähtöisen analyysin tuloksille.

Tulosten siirrettävyydestä voidaan todeta, että tutkimuksessa on annettu melko paljon kuvailevaa tietoa osallistujista ja heidän toimintaympäristöstään ja niin, että tulokset voivat olla jossain määrin siirrettävissä toiseen samankaltaiseen ympäristöön (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Tuomi & Sarajärvi 2009, 138). Tässä työssä tuotettua tietoa voisi hyödyntää Alvi ry:n toimipaikkojen lisäksi muissa samankaltaisissa yksiköissä, joissa toteutetaan skitsofreniaa sairastavien kuntoutus- ja hoitotyötä. Vahvistettavuudesta voidaan todeta, että koko tutkimusprosessin kuvaus raportissa on niin selkeä, että voidaan olettaa lukijan pystyvän seuraamaan tutkimuksen tekijän päättelyä sekä arvioimaan sitä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139). Esimerkiksi aineiston analyysin vaiheet on pyritty kuvaamaan niin, että raportista käy ilmi, miten tutkimuksen tekijä on päätenyt saamiinsa tuloksiin ja johtopäätöksiin.

8.2 Eettisyys

Tätä opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön sääntöjä. Tekijä on noudattanut rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta kaikissa työn vaiheissa. Tiedonhaussa, teoreettisen viitekehyksen luomisessa, aineiston keruussa ja analysoinnissa, tulosten kirjaamisessa sekä esittämisessä ja niiden arvioinnissa on noudatettu tarkkuutta, huolellisuutta sekä rehellisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Opinnäytetyön suunnittelukäyntien yhteydessä haastateltaville kerrottiin jo opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta, sillä osallistujan tulee tietää, mistä tutkimuksessa on kyse kun hän antaa suostumuksensa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Tässä tutkimuksessa haastateltavat antoivat vapaaehtoisen suostumuksensa osallistumisesta suullisesti, kun olivat kuulleet haastatteluiden tarkoituksesta ja tavoitteista sekä haastatteluiden toteuttamisesta. Haastatteluun osallistuvia oli informoitu etukäteen myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja nimettömyydestä, mutta haastatteluhetkellä nämä periaatteet kerrattiin suullisesti. Vapaaehtoisuus ku-

vattiin haastateltaville kertomalla, että heillä on oikeus kieltäytyä vastaamasta ja voivat keskeyttää haastatteluun osallistumisen sekä jälkikäteen kieltää itseään koskevan aineiston käytön. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Lisäksi haastateltavia informoitiin haastatteluiden tallentamisesta sekä aineiston luottamuksellisesta käsittelystä. Haastatteluiden äänittämisestä kerrottiin etukäteen, sillä muun muassa Kuulan (2006, 106) mukaan ennen kuin osallistumisen suostumuksesta kysytään, tutkittavalle tulee kertoa käytettävistä tallennusvälineistä.

Laadullisen tutkimukseen osallistuvien tulee jäädä nimettömiksi ja on tutkijan vastuulla varmistaa, että haastateltavien henkilöllisyys säilyy suojattuna kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tässä työssä huolehdittiin haastateltavien tietosuojasta siten, ettei heidän henkilötietoja kerätty missään vaiheessa ja haastateltaviin viitattiin aineistoa kerättyä ja käsiteltäessä ainoastaan kirjaimilla A, B, C, D, E. (Mäkinen 2006, 115.) Mahdollisesti haastattelujen aikana ilmenneet tunnistettavat tiedot muutettiin tunnistamattomiksi tekstitiedostoissa. Haastattelusta saatujen tietojen käyttötarkoituksen lisäksi haastateltaville kerrottiin tietojen käyttöaika ja tietojen käyttäjät. (Kuula 2006, 102, 105.) Tässä työssä, toteutettujen haastattelujen käsittelijänä toimi yksi ihminen ja aineistoa säilytettiin vain analysointiin kuluvan ajan verran, jonka jälkeen aineisto hävitettiin.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Koska tässä opinnäytetyössä tehdyn tutkimuksen otos oli varsin pieni (5 osallistujaa), tulokset eivät ole lopulta kovin yleistettävissä. Näin ollen olisi mielenkiintoista tutkia samaa aihetta laajemmalla otannalla ja kenties määrällisenä seurantatutkimuksena esimerkiksi työntekijöiden kokemista hyödyistä toteuttaessaan erilaisia hoitotyön keinoja metabolisten sairauksien ennaltaehkäisyssä. Lisäksi erittäin kiinnostavaa olisi tutkia skitsofreniaa sairastavien näkökulmaa metabolisten sairauksien ennaltaehkäisystä. Näin voitaisiin saada laajempi käsitys siitä, miten tärkeäksi asiaksi kuntoutujat tämän kokevat, ja, millaista heidän ymmärrys asiasta on. Tässä tutkimuksessa toteutetuissa haastatteluissa useasti esille nousut teema, asiakkaan itsemääräämisoikeuden vaikutus epäterveellisiin elintapoihin, olisi myös kiinnostava tutkimuksen kohde asiakkaiden kokemusten näkökulmasta. Lopuksi, tärkeää olisi tutkia lisää sitä, kuinka lisääntyvä tutkimustieto skitsofreniaa sairastavien metabolisista sairauksista ja niiden ennaltaehkäisystä sekä elintapainterventioiden hyödyistä linkittyy käytännön kokemuksiin, vai onko teorian ja käytännön välillä suuria ristiriitaisuuksia. Tällaista ristiriitaisuutta voitaisiin tutkia esimerkiksi Cabassan ym. (2010, 10) mukaan arvioimalla elintapainterventioiden kestävyyttä, soveltamista sekä kannattavuutta erityisesti käytännön olosuhteissa ja toimintaympäristöissä.

Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Alvi. 2016a. Yhteiskunnallinen yritys. Viitattu 18.5.2016.
<http://www.alvi.fi/?pid=1>

Alvi. 2016b. Arvot. Viitattu 18.5.2016.
<http://www.alvi.fi/?pid=39>

Alvi. 2016c. Alvila-koti. Viitattu 18.5.2016.
<http://www.alvi.fi/?pid=17>

Alvi. 2016d. Tukipiste Laturi. Viitattu 18.5.2016.
<http://www.alvi.fi/?pid=36>

Alvi Ry. 2016. Yhteiskuntavastuuta edistävän toiminnan raportti. Luettu 18.5.2016.

Bradshaw, T., Lovell, K., Bee, P., Campbell, M. 2010. The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia. Tutkimus. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010, 17, 473-486.

Cabassa, L.J., Ezell, J.M., Lewis-Fernández, R. 2010. Lifestyle Interventions for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Literature Review. *Psychiatric Services* 2010: 61(8). 774-782.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632414/pdf/nihms316240.pdf>

Eskelinen, S. 2012. CRP (P-CRP). Senkka ja 100 muuta tutkimusta. *Duodecim*. Viitattu 30.5.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03052

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Gouveia, C. 2013. Diabetes, schizophrenia and metabolic effects of antipsychotic drugs. Artikkel. *Mental Health today* 11-12/2013. 24-27. Ladattu 10.5.2016.

Heiskanen, T. 2015. Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Väitöskirja. Helsinki: Kopio Niini Oy.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1795-9/urn_isbn_978-952-61-1795-9.pdf

Heiskanen, T., Niskanen, L., Koponen, H. 2010. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. *Katsaus. Suomen Lääkärilehti* 5/2010. 389-396. Tulostettu 14.5.2016.

Hjorth, P., Davidsen, AS., Kilian, R., Skrubbeltrang, C. 2014. A systematic review of controlled interventions to reduce overweight and obesity in people with schizophrenia. *Katsaus. Acta Psychiatrica Scandinavica* 2014: 130: 279-289.

Huttunen, M. 2015a. Psykoosi (mielisairaus). Artikkel. *Duodecim*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411&p_haku=psykoosi
 Viitattu 28.3.2016.

Huttunen, M. 2015b. Skitsofrenia (F20). Artikkel. *Duodecim*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148 Viitattu 28.3.2016.

Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepä, T., Lönnqvist, J. 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 2011. Keuruu: Otava.

Isohanni, M., & Joukamaa, M. 2005. Skitsofrenia. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M., Hakola, P. 2005. Psykiatria. Porvoo: WSOY.

Koivuranta, M. 2009. Skitsofrenia ja diabeteksen omahoito: Lisää vastuuta voimien mukaan. Artikkel. Diabetes ja lääkäri 6/2009. 36-37.
http://www.diabetes.fi/files/42/Diabetes_ja_laakari_-lehti_3_2009.pdf

Koponen, H. 2011. Painonnousu psyykenlääkkeiden haittavaikutuksena. Artikkel. Suomen lääkärilehti 9/2011. 729-733. Tulostettu 16.5.2016.
<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL92011-729.pdf>

Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 6/ 2015. Viitattu 3.6.2016.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12166.pdf>

Korkeila, K. & Korkeila, J. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 4/2008. 275-280. Tulostettu 13.5.2016.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.

Kylmä, J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. E-kirja. Edita.

Käypä Hoito- suositus. 2016a. Liikunta. Viitattu 11.5.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>

Käypä Hoito- suositus. 2016b. Diabetes. Viitattu 11.5.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056>

Käypä Hoito- suositus. 2015. Skitsofrenia. Viitattu 15.4.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>

Lambert, T. JR. & Newcomer, J. W. 2009. Are the cardiometabolic complications of schizophrenia still neglected? Barriers to care. Artikkel. The Medical Journal of Australia 2/2009. 39-42. Tulostettu 13.5.2016.
https://www.mja.com.au/system/files/issues/190_04_160209/lam10703_fm.pdf

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell.

Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoosit. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T., Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Duodecim.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 16.5.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveystalo. Psykoosiopas. Viitattu 22.4.2016.
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>

Mielenterveystalo. Asuminen. Viitattu 17.5.2016.
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/asuminen.aspx>

Mustajoki, P. 2016. Metabolinen oireyhtymä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.5.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus.

Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M., Koponen, H. 2007. Skitsofrenian negatiiviset oireet. Duodecim. 911-916. Tulostettu 14.4.2016.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96428.pdf>

Niskanen, L. 2009. Skitsofreniaan liittyvä glukoosiaineenvaihdunnan häiriö - uusi sekundaari-diabetes? Diabetes ja lääkäri. 6/2009. 30-34. Tulostettu 8.5.2016.
http://www.diabetes.fi/files/42/Diabetes_ja_laakari_-lehti_3_2009.pdf

Oksanen, J. 2013. Psykoedukatiiviset perheinterventiot skitsofreniapotilaan hoidossa. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.5.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak02316>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Tutkimuksen suunnittelu. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Poskiparta, M. 2008. Elintapaohjaus osana diabeetikon hoitoa. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S., Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Otava.

Salokangas R.K. R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Duodecim. 505-512. Tulostettu 3.5.2016.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97889.pdf>

Saraheimo M. 2015. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka P., Rönnemaa T., Saha M-T., Sane T. (toim.) 2015. Diabetes. Helsinki: Kustannus Duodecim.

Saraheimo M. 2015. Tyypin 2 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka P., Rönnemaa T., Saha M-T., Sane T. (toim.) 2015. Diabetes. Helsinki: Kustannus Duodecim.

Saraheimo M. 2015. Mitä diabeteksen hoito on? Teoksessa Ilanne-Parikka P., Rönnemaa T., Saha M-T., Sane T. (toim.) 2015. Diabetes. Helsinki: Kustannus Duodecim.

Suvisaari, J. 2010. Uutta skitsofrenian riskitekijöistä. Katsaus. Duodecim. 869-876. Tulostettu 27.5.2016.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=duo98743&p_haku=skitsofr*%20tu-lehdu*

Suvisaari, J. 2015. Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvä kuolleisuus. Teoksessa Partanen A., Moring J., Bergman V., Karjalainen J., Kesänen M., Markkula J., Marttunen M., Mustalampi S., Nordling E., Partonen T., Santalahti P., Solin P., Tuulos T., Wuorio S. 2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 - Miten tästä eteenpäin? Työpaperi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.5.2016.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-538-7>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Diabeteksen yleisyys. Viitattu 9.5.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 16.5.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Suomalaisten ravitsemus ja ruokailu. Työikäiset. Viitattu 9.5.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/suomalaisten-ravitsemus-ja-ruokailu/tyoikaiset>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 26.10.2016.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tuulio-Henriksson, A. 2013. Mielenterveyden häiriöiden kuntoutus ja monitahoinen palvelujärjestelmä. Teoksessa Ashorn U., Autti-Rämö I., Lehto J., Rajavaara M. (toim.) 2013. Kuntoutus muuttuu- entä kuntoutusjärjestelmä? Tampere: Juvenes Print. Viitattu 14.5.2016.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42325/Kuntoutuskirja.pdf?sequence=1>

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Viertiö, S. 2011. Functional Limitations and Quality of Life in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. Tutkimus. Helsinki: National Institute for Health and Welfare. Viitattu 26.5.2016.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26233/function.pdf?sequence>

Viertiö S., Perälä J., Saarni I. S., Partti K., Saarni S., Suokas J., Tuulio-Henriksson A., Suvisaari J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 11/2012. 863-869. Tulostettu 6.5.2016.
<http://www.fimnet.fi/nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL112012-863.pdf>

World Health Organization. 2016. Diabetes. Viitattu 9.5.2016.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en>

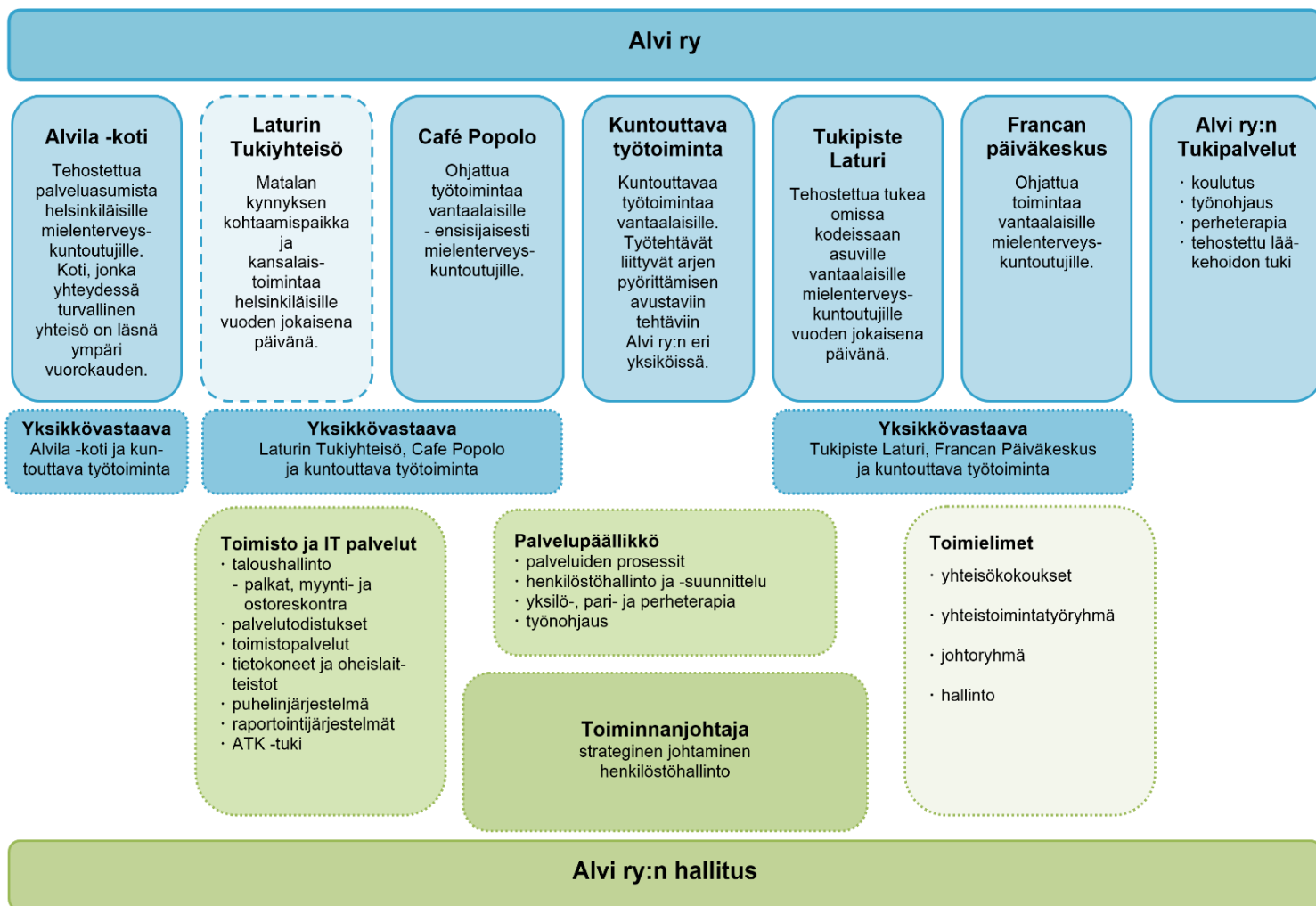
Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki aineiston pelkistämisestä.....	22
Taulukko 2: Esimerkki aineiston ryhmittelystä	22
Taulukko 3: Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä	23

Liitteet

Liite 1: Alvi ry:n organisaatiokaavio	36
Liite 2: Teemahaastattelun runko	37
Liite 3: Analyysiprosessin kulun kuvausta, 1. tutkimustehtävä	38
Liite 4: Analyysiprosessin kulun kuvausta, 2. tutkimustehtävä	39

Liite 1: Alvi ry:n organisaatiokaavio



Liite 2: Teemahaastattelun runko

1. Annetaanko asiakkaille tietoa ja yksilöohjausta diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän yhteydestä skitsofreniaan?
 - Millä tavoin tietoa ja ohjausta annetaan?
2. Millaisia kokemuksia on erilaisista asiakkaiden ryhmäohjauksista?
 - Esimerkiksi liikunta-, painonhallinta- ja ruokaryhmät?
3. Millaisia kokemuksia sinulla on asiakkaiden elintapojen ohjaamisen hyödyistä?
 - Entä millaisia kokemuksia elintapojen ohjaamisen haasteista?
4. Millaisena näet oman roolisi asiakkaan terveyden edistäjänä?
 - Miten oma rooli voi vaikuttaa elintapojen ohjaamiseen?

Liite 3: Analyysiprosessin kulun kuvausta, 1. tutkimustehtävä

Miten metabolisten sairauksien ennaltaehkäisy huomioidaan skitsofreniaa sairastavien hoito- ja kuntoutustyössä?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
"diabetes on ehkä semmonen, mitä, mistä sitte voidaan antaa sitä semmosta... tietoutta.."	Tiedon antaminen diabeteksestä	Tiedon antaminen metabolisista sairauksista
"--(tietoa diabeteksestä ja metabolisesta oireyhtymästä) annetaan aika ajoin, aika säännöllisestikin.. Siis tietoa ihan niinku suullisesti, kerrotaan asioista."	Tiedon antaminen metabolisista sairauksista melko säännöllistä	
"Ööö, aika vähän sillee yleisesti (annetaan tietoa diabeteksestä ja metabolisesta oireyhtymästä), että lähinnä niille, keitä asia koskee."	Tiedon antaminen kohdennetulle ryhmälle	Tiedon antaminen terveellisistä elintavoista
"Ja sitten myös kerrotaan, siit et millanen merkitys on ravinnolla, unella ja liikunnalla mieleen."	Kertominen ravinnon, unen ja liikunnan merkityksestä	
"(asiakkaan painon noustessa) -- ja kerrotaan miten, et mitä tää tarkoittaa?"	Tiedon antaminen painonnousun vaikutuksista	
"--ja kerrotaan, et miksi, miksi sisäelimiä ympärille kerääntynyt rasva on haitallista."	Terveysneuvonnan antaminen	
"Ja se (ruoanlaitto yhdessä) on kans tosi hyvä hetki sillee niinku keskustella, et miks tehdään tiettyjä valintoja siinä ruoanlaitossa."	Tiedon antaminen terveellisistä ruokavalinnoista	
"Arjessa mukana ois aina tää tämmönen terveyden edistäminen. Etten mä erikseen sitä niinku tavallaan, et hei nyt me pidetään tämmönen tietoisku, vaan se on se, että se on koajan niinku läsnä."	Terveyden edistämisen näkökulma arjessa mukana	

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Tiedon antaminen metabolisista sairauksista Tiedon antaminen terveellisistä elintavoista Terveellisten ruokailutottumusten ohjaaminen	Psykoedukaatio terveyden edistämisestä	Hoitotyön keinot metabolisten sairauksien ennaltaehkäisyssä ja terveyden edistämässä
Liikunnan tarjoaminen Liikuntaan kannustaminen Epäterveelliseen ruokailuun vaikuttaminen Elämänmuutoksessa tukeminen	Terveellisiin elintapoihin motivoiminen	
Somaattiset mittaukset Huomion kiinnittäminen fyysisiin muutoksiin Somaattisen voiminnan seuranta	Fyysisen terveydentilan hoitollinen huomiointi	

Liite 4: Analyysiprosessin kulun kuvausta, 2. tutkimustehtävä

Millaisia haasteita skitsofreniaa sairastavien elintapaohjaukseen voi liittyä?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
"Ja, monellahan on sitten se.. saattaa olla sairaus niin paha, et ei välttämättä ymmärräkään, mistä on kyse.."	Ymmärryksen puute	Ongelmat ymmärtämisessä
"Jos asiakas ei ymmärrä sitä, että kolme litraa soakerilimua päivässä saattaa olla se vatsankipeyden aiheuttaja tai mielenvaihtelun aiheuttaja, niin jos ei hän ymmärrä sitä.. Niin, se on sit vähän tekemätön paikka."	Ymmärtämättömyys terveydentilasta	
"He ei välttämättä aina jokainen niinku yhdistä näitä syy-yhteys.. ikäänku.. Seurauksia.."	Syy-seuraus- suhteiden ymmärtäminen vaikeaa	
"--täs on tavallaan niinku tää toimintakyvyn aste sitte.. Puhutaan, tota niin vaikeasti skitsofreniaan sairastuneista ihmisistä, niin se taso, millä pystyy sitä ohjausta vastaanottamaankin, ni on vähän toinen."	Ohjauksen vastaanottaminen vaikeaa	
"Monet on siis sellasii, et ei ne pysty ottaa sitä tietoo vastaan. Et kyllähän niist on niinku aika pieni osa varmaan sellasta, jotka on siinä vaiheessa siinä sairaudessa, et ne pystyy ymmärtämään sen tärkeyden ja.."	Ongelmat tiedon vastaanottamisessa	
"Me ollaan koettu skitsofreenikot hyvin haastavaks ryhmäks antaa tällasta ryhmänohjausta, koska heil ei sit se.. Saattaa olla muita ärsykeitä, sitten mitkä niinku estää sen, et pystyy keskittymään siihen luennoitsijaan, et se ei oo ehkä se paras tapa ollu.."	Keskittymiskyvyn puute ryhmänohjauksessa	
"Ja, toisaalta niinku, vaikka siihen toimeen jotenki ryhdytään, ni myöskin välillä huomaa, et ei ehkä siten kuitenkaan oo semmosta niinku tietynlaista pitkäjänteisyyttä."	Pitkäjänteisyyden puute toiminnassa	
"Kyl mä, siis se, että, varmaan skitsofreniassa, mitä just aikasemminkin puhuttiin, tai mainitsin, et käyttömüsti on heikko."	Käyttömüstin heikkous	
"Ja sit on tota, tietyst se huono toimintakyky ja se aloitekyky.. Et tarvii paljon sitä ohjausta, ja selasta."	Suuri ohjauksen tarve huonon toiminta- ja aloitekyvyn vuoksi	

Alaluokka	Yläluokka	Päälöokka
Epärealistiset mielikuvat terveellisyydestä Motivaation puute elämänmuutokseen Muutoksen käytännön toteuttamisen vaikeus	Elämäntapamuutoksen toteuttamisen haasteellisuus	Skitsofreniaa sairastavien elintapaohjaukseen liittyvät haasteet
Ongelmat ymmärtämisessä Toimintakyvyn ongelmat Tunne-elämän ongelmat	Skitsofrenian aiheuttamat erityishaasteet	
Työntekijäresurssien puute somaattisen voinnin huomiointiin Henkilöstön puutteet asiakkaiden ohjauksessa	Henkilöstöresurssien vaikeus elintapaohjaukseen	