

TYYPIN 2 DIABETEKSEN ENNALTAEH- KÄISEVÄ HOITO SKITSOFRENIAA SAI- RASTAVALLA

Vesa Reinikainen

Opinnäytetyö, kevät 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä

Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Reinikainen, Vesa. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevä hoito skitsofreniaa sairastavalla.

Pieksämäki, kevät 2012. 37 s.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä, Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)

Tyypin 2 diabeteksen esiintyvyys yhteiskunnassamme on lisääntynyt ja tulevaisuuden ennusteet ovat sen suhteen synkät. Hoitamattomana tyypin 2 diabetes on vaarallinen sairaus, joka aiheuttaa ihmiselle inhimillistä kärsimystä. Metabolinen oireyhtymä on osa tyypin 2 diabetesta sairautena. Skitsofrenia sairautena lääkehoitoineen on yksi merkittävä tyypin 2 diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän riskitekijä. Suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus Dehko on osoittanut ensimmäisenä maailmassa, että tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla.

Tärkeä osa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyä on varhainen puuttuminen ja riskiryhmään kuuluvien henkilöiden tunnistaminen. Keskeisintä ennaltaehkäisevää työtä on terveellisiin elämäntapoihin ohjaaminen ja pysyviin elämäntapamuutoksiin kannustaminen. Skitsofrenia sairautena luo haasteen terveellisten elämäntapojen ohjaamiselle, mutta se ei oikeuta ohjaamisen laiminlyöntiin.

Tämän työn tarkoituksena on tuottaa tietoa skitsofreniaa sairastavan diabeteksen ennaltaehkäisevästä hoidosta yksityiseen mielenterveyskuntoutujien hoitokotiin Loimupeltoon. Työn tavoitteena on, että Loimupellon henkilökunta tunnistaisi tyypin 2 diabeteksen riskiryhmiin kuuluvat asukkaat ja osaisi ohjata heitä terveellisimpiin elämäntapoihin. Työ on sisällöltään informatiivinen painottuen skitsofreniaa sairastavan terveellisten elämäntapojen hoidonohjaukseen ja psykoosilääkehoitoon.

Avainsanat: tyypin 2 diabetes, skitsofrenia, ennaltaehkäisy

ABSTRACT

Reinikainen, Vesa. The preventing nursing of type 2 diabetes among schizophrenia patient.

Pieksämäki, spring 2012. 37 s.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing.

Degree: Nursing

The incidence of type 2 diabetes in our society has increased and the future predictions regarding it are dark. If not treated the type 2 diabetes is a dangerous illness, which causes human suffering to patient. The metabolic syndrome is one part of type 2 diabetes as an illness. Schizophrenia as an illness with its medial treatments is one remarkable riskfactor to the type 2 diabetes and metabolic syndrome. The Finnish diabetes prevent research Dehko has indicated first in the world, that type 2 diabetes is precluded by changing nutriment- and exercisehabits.

An important part of preventing type 2 diabetes is early intervention and to recognize the people who belong to the risk group. The essential preventing work in diabetes type 2 is to guide people to a healthy way of living and inspire them to permanent changes of way of living. Schizophrenia as a disease brings a challenge to guide healthful way of living, but it does not justify the neglect the guiding.

In my study the purpose is to produce knowledge of preventive work in type 2 diabetes treatment of schizophrenic patients to a private nursing home Loimupelto for mentally ill patients. The aim of this work is that the personal of Loimupelto would recognize the clients belonging to the risk groups of diabetes type 2 and could guide them to more healthful way of living. This study is full of subject matter informational pressing to schizophrenic patients to guide them healthful way of living and medical treatment in psychosis.

Keywords: type 2 diabetes, schizophrenia, preventive work

SISÄLTÖ

1	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	5
1.1	Opinnäytetyön tavoitteet	6
1.2	Toimintaympäristön kuvaus	7
2	DIABETES.....	9
2.1	Ennaltaehkäisy.....	10
2.2	Hoidon tavoitteet ja riskin arviointi.....	11
2.3	Metabolinen oireyhtymä.....	12
3	SKITSOFRENIA TYYPIN 2 DABETEKSEN RISKITEKIJÄNÄ JA PSYKOOSILÄÄKEHOITO	14
4	ELÄMÄNTAPOJEN MERKITYS TYYPIN 2 DIABETEKSEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ SKITSOFRENIAA SAIRASTAVALLA.....	17
4.1	Painonhallinta	17
4.2	Ravitsemus	18
4.3	Liikunta.....	20
4.4	Tupakointi.....	21
5	SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN OHJAAMINEN	22
6	TYÖN TOTEUTTAMINEN, ETENEMINEN JA ARVIOINTI	24
6.1	Työn etenemisprosessi.....	24
6.2	Ohjeistuksen toteutus.....	25
6.3	Toimintamalli Loimupellolle tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevään työhön.....	26
6.4	Arviointi	27
6.5	Itsearviointi.....	28
7	POHDINTA.....	30
	LÄHTEET	34

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Lähes 500 000 suomalaisen arvioidaan sairastavan diabetesta ja määrä on nopeasti lisääntymässä. Nykyään diabeteksen hoidon suorat kustannukset vievät 15 % koko terveydenhuollon menoista ja vähintään kaksi kolmannesta tästä koituu vältettävissä olevien komplikaatioiden hoidosta. Kustannukset ovat kasvamassa nopeasti. (Diabetes: Käypä hoito -suositus 2011.) Diabeteksen aiheuttama kustannustaakka on lähes kaksinkertaistunut 10 vuodessa, ollen vuonna 2007 noin 833 miljoonaa euroa. Diabeteksen hoito henkilöä kohden ilman lisäsairauksia maksaa vuodessa keskimäärin 1300 euroa ja lisäsairauksineen keskimäärin 5700 euroa. Diabeetikoiden määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan seuraavan kymmenen vuoden aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä on tyypin 2 diabeteksen esiintyvyys hyvin suuri. Diabetekselle sekä kardiovaskulaarisille sairauksille altistavan metabolisen oireyhtymän on todettu olevan skitsofreniaa sairastavilla kolme kertaa yleisempää kuin väestössä keskimäärin. Skitsofrenia lääkehoitoineen tulisi laskea yhdeksi tyypin 2 diabeteksen vaaratekijäksi ja ehkäisytoimet tulisi tässä ryhmässä toteuttaa kansallisen terveysthankkeemme Dehkon (Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma) suuntaviivojen mukaan. (Hintikka & Niskanen 2005.)

Suomessa aloitettu tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma kuuluu valtakunnalliseen Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmaan, Dehkoon. Se on perustettu diabeteksen ehkäisyn ja hoidon järjestämiselle maassamme vuosina 2000–2010 ja sitä koordinoi Diabetesliitto. Tutkimus on osoittanut ensimmäisenä maailmassa, että tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla. (Diabetesliitto 2005.) Dehko pohjautuu maamme johtavien diabetes-, lihavuus-, ravitsemus- ja liikunta-asiantuntijoiden tietoon (Diabetesliitto 2004).

Yksityinen mielenterveyskuntoutujien hoitokoti Loimupelto Oy tarvitsee asukkaidensa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevään hoitoon liittyvää ohjausta ja neuvontaa. Loimupellon toiveena on, että tyypin 2 diabeteksen hoidon ohjauksessa ja neuvonnassa pa-

neudutaan nimenomaan ennaltaehkäisevään toimintaan. Aihe on ajankohtainen ja etenkin mielenterveyskuntoutujien terveyden kannalta merkittävä. Loimupellolla on tarvetta kehittää tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevää toimintaa asukkaiden terveydentilan, henkilökunnan osaamisen ja taloudellisten seikkojen vuoksi. Opinnäytetyön tekijällä on työn suhteen vapaus tehdä työstä oman näköinen ja paneutua skitsofreniaa sairastavien tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevän hoidon tarpeeseen ja ohjaukseen.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja siihen osallistuu Loimupellon henkilökunta ja etenkin hoitokodin johtaja, opinnäytetyöntekijä sekä ohjaava opettaja. Työn kohderyhmänä on ensisijaisesti Loimupellon hoitohenkilökunta ja heidän osaamisen lisääminen tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevässä toiminnassa. Henkilökunnan osaamisen lisääminen johtaa toivottavasti siihen, että hoitokodissa osataan neuvoa ja ohjata asukkaita laadukkaammin. Työn lähtökohtana on tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy psyykkisesti sairaaan asukkaan omassa elinympäristössä eli hoitokodissa. Ennaltaehkäisevän työn paino-alue on riskiryhmään kuuluvien asukkaiden tunnistamisessa ja hoidon ohjaamisessa. Tarkoituksena on toteuttaa työ kansallisen terveystankkeemme (Dehko) suuntaviivojen mukaan.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tarkoitus yhdistää toiminnallisuus ammatilliseen taitoon ja tietoon. Työssä tulee olla selkeästi esillä tutkimuksellisuus eli teorettinen viitekehys. Lopuksi työ raportoidaan eli sanallistetaan oma tutkiva tekeminen. Tutkimustieto kerätään tutkittavasta ilmiöstä niin kattavasti, että se on yleistettävissä ja sovellettavissa vastaavanlaisiin kohderyhmiin. Tutkimustietoa ei siirretä välittömästi käytäntöön vaan tiedon tulevat käyttäjät tulkitsevat itse tulokset päätöksenteon ja ratkaisujen tueksi haluamallaan tavalla. Keskeisintä opinnäytetyöntekijän kohdalla on, että tekijä tavoittelee tietoa, jota voi perustellusti täsmentää, rajata, kehittää, uudistaa sekä luoda käyttäjää paremmin palvelevaksi. (Vilka 2010.)

1.1 Opinnäytetyön tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena on tunnistaa Loimupellossa tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvat asukkaat ja varhainen puuttuminen riskin omaaviin henkilöihin. Pitkällä aikavälillä tavoite on, että riskiryhmään kuuluvien asukkaiden sairastumista tyypin 2

diabetekseen voitaisiin ehkäistä tai saataisiin siirrettyä. Tavoitteena on lisäksi asukkaiden elämänlaadun ja toimintakyvyn säilyminen sekä taloudellisuus. Työ toteutetaan opinnäytetyönä, joka on työelämälähtöinen. Riskinä on, että opinnäytetyöntekijä ei osaa rajata työtään tarkasti, jolloin se laajenee kohtuuttoman suureksi yksin tehdyksi opinnäytetyöksi. Opinnäytetyön etenemisen aikataulu on edennyt niin, että keväällä 2010 työ esitettiin ideaseminaarissa ja syksyllä 2010 pidettiin suunnitelmaseminaari. Keväällä 2012 on valmiin opinnäytetyön esittäminen opinnäytetyöseminaarissa.

Henkilökohtaisena tavoitteena tässä opinnäytetyöprosessissa on oppia käytännönläheistä projektimuotoista työskentelyä. Merkittävimpänä tavoitteena on syventää tietoani tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevästä työstä skitsofreniaa sairastavien kohdalla. Tieto on pääosin myös yleistettävissä koko suomalaiseen väestöön ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta. Uskon aiheeseen perehtymiseni lisäävän ammatillista osaamistani erittäin tärkeällä osa-alueella, joka on mielestäni jäänyt mielenterveystyön palvelujärjestelmissä liian vähälle huomiolle. Yhtenä tavoitteenani pidän myös sitä, että tästä opinnäytetyöstä on työn tilaajalle käytännön työhön hyötyä, mikä voi olla Loimupellon asukkaiden terveyden kannalta merkittävää. Keskeisimpänä hyödyn saajana tämän työn osalta ovat Loimupellon asukkaat.

1.2 Toimintaympäristön kuvaus

Loimupelto Oy on 15-paikkainen toiminnallinen ja kuntoutuksellinen hoito/kuntoutuskoti Nurmeksessa. Loimupelto on rekisteröity Itä – Suomen aluehallintoviraston luvalla terveydenhuollon avohoitoyksiköksi ja tukiasumispalvelujen osalta sosiaalitoimen avohoidon yksiköksi. Yksikkö tarjoaa hoito-, hoiva- ja kuntoutuspalveluja niitä tarvitseville henkilöille. Yksikkö pyrkii madaltamaan hoitoon hakeutumisen kynnystä tarjoamalla terveyden- ja sosiaalihuollon hoidonpurrastuksessa erikoissairaanhoidon tai erityistason laitoshoidon kevyempiä Kela:n tukemia asumis- ja tukiasumispalveluja. Loimupellossa pyritään psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutuksen avulla tukemaan asukkaiden itsenäistä selviytymistä avohoidossa. Loimupellon henkilökunta koostuu eriasteisista terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneista hoitajista ja he ovat perehtyneet erityisesti mielenterveys-, kriisi- ja päihdetyöhön. (Loimupelto 2012.)

Loimupellon asiakkaita ovat psyykkisistä sairauksista kärsivät henkilöt, tuettua asumista ja päivittäistoimintaa tarvitsevat henkilöt, päihteettömyyteen tukea tarvitsevat henkilöt ja ns. vuorotteluhoitopaikkaa tarvitsevat henkilöt. Loimupellon toimintaa ohjaavat yhteisöhoitoon periaatteet, missä koko hoitoyhteisö osallistuu tasavertaisena yhteisön asioita koskevaan päätöksentekoon, toiminnan suunnitteluun ja toimintaan. Jokaisella asukkaalla on oma yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, johon sisältyy henkilökohdalliset keskustelut omahoitajan kanssa. Loimupellossa asukkaiden päivittäisten toimintojen kehittäminen ja ylläpitäminen sekä vuorovaikutustaitojen harjaannuttaminen ovat toiminnassa joka päivä esillä. Erilaiset toiminnalliset terapiat, liikunnallinen kuntoutus ja vapaa-ajan harrastetoiminta kuuluvat Loimupellon arkeen. Tukiasumistoiminta voidaan räätälöidä yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Loimupelto 2012.)

2 DIABETES

Diabetes on joukko erilaisia sairauksia, joille yhteistä on veren kohonnut sokeripitoisuus. Diabeteksen päämuotoina ovat tyyppin 1 eli nuoruustyyppin diabetes ja tyyppin 2 eli aikuistyyppin diabetes. Tyyppin 2 diabetes on useimmiten osa metabolista oireyhtymää. Tyyppin 2 diabeteksessa on kyseessä insuliinin puutos tai insuliinin vaikutuksen heikentyminen eli insuliiniresistenssi ja samanaikainen riittämätön insuliinieritys. Tyyppin 1 diabetes johtuu haiman insuliinia tuottavien solujen vaurioitumisesta ja siitä aiheutuvas- ta insuliinin puutoksesta. (Ilanne-Parikka, Kangas, Kaprio & Rönne- ma 2003, 7.) Makrovaskulaarikomplikaatiot ovat diabeetikoiden tärkein kuoleman ja sairastavuuden syy. Niiden ehkäisemiseksi tarvitaan kokonaisvaltaista vaaratekijöiden (dyslipidemia, ko- honnut verenpaine) hoitoa elämäntapojen ja lääkkeiden avulla. Elämäntapahoito on aina keskeistä diabeteksen kokonaihoidossa ja erityisesti ehkäisyssä. (Diabetes: Käypä hoito -suositus 2011.)

Tyyppin 2 diabetes kehittyy hitaasti vuosien kuluessa ja se puhkeaa tavallisesti 35 – 40 vuoden iässä. Sairaus diagnosoidaan tyypillisten oireiden ja tarkkojen tutkimusten pe- rusteella. Taudin toteamisen keskeisiä tutkimuksia ovat anamneesi, sukurasite, kliininen tutkimus, laboratoriotutkimukset (paastoverensokeri, hbA1c, virtsan ketoaineet, P-Kol, P-HDL-Kol, P-Trigly, P-LDL-Kol, EKG), hyperglykemian toteamiseen ja tyyppin 1 dia- beteksen poissulkemiseen. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 530–532.)

Tyyppin 2 diabetes on vakava sairaus. Hoitamattomana se johtaa vaikeisiin ja kallishoi- toisiin lisäsairauksiin. Näitä lisäsairauksia ovat esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet, diabeettinen hermovaurio (neuropatia), diabetekseen liittyvät jalkaongelmat, joista va- kavimmat ovat amputointeja, munuaissairaus (nefropatia) ja silmien verkkokalvovauriot (retinopatia). Lisäksi kohonnut verensokeri itsessään voi pahentaa diabetekseen liittyviä lisäsairauksia, tulehdussairauksia ja lisätä sydänsairauksien riskiä. (Terveyden ja hyvin- voinnin laitos 2011.)

2.1 Ennaltaehkäisy

Suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus (Diabetes Preventing Study, DPS 2001) on osoittanut ensimmäisenä maailmassa, että tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla. Tutkimuksessa on todettu lihavuuden olevan merkittävin riskitekijä tyypin 2 diabeteksen synnylle. (Diabetesliitto 2005.) Samanlaisiin tuloksiin on päädytty myös Eurooppalaisessa suosituksessa diabeteksen ehkäisyssä – Image hankkeessa, joka osittain pohjautuu DPS-tutkimukseen. Hanke osoitti käytännössä, että riskiryhmien tunnistaminen ja elämäntapaintervention järjestäminen on mahdollista hyvinkin erilaisissa toimintaympäristöissä. (Lindström ym. 2011.) Myös Japanilaisessa tyypin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa on todettu, että diabeteksen puhkeaminen voidaan estää tutuin keinoin vähentämällä kaloreita ja lisäämällä fyysistä aktiivisuutta (Strandberg 2011).

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma sisältää kolme samanaikaisesti toteutettavaa strategiaa. Väestöstrategia pyrkii edistämään koko väestön terveyttä ravitsemuksen ja liikunnan keinoin. Korkean riskin strategia, johon tässä työssä keskitytään, suuntaa yksilökohtaisia toimenpiteitä henkilöihin, joilla on erityisen suuri riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Tässä strategiassa keskitytään riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seulontaan, ohjaukseen ja seurantaan. Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia kohdistuu vastasairastuneisiin tyypin 2 diabeetikoihin, jossa tavoitteena on saada heidät järjestelmällisen hoidon piiriin ja estää siten lisäsairauksien kehittymistä. (Diabetesliitto 2005.)

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä on elämäntapamuutoksilla ensisijainen merkitys vähentää diabeteksen puhkeamista. Jotta elämäntapamuutokset ja diabetesriskin pienentyminen olisi merkittävää, tulisi neuvontaa olla riittävästi. Painonlasku vähintään 5 %, liikunnan lisääminen ja suositusten mukainen ruokavalio ovat keskeisiä elämäntapamuutoksia tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. (Saaristo ym. 2010.) Skitsofreniapotilaiden sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisy ja hoidon haasteena ovat epäterveelliset elintavat, diabetesriski, psykoosilääkehoitoon liittyvät mahdolliset kardiometaboliset haitat ja psyykkiseen sairauteen kuuluvat tekijät. (Heiskanen, Niskanen & Koponen 2010.)

2.2 Hoidon tavoitteet ja riskin arviointi

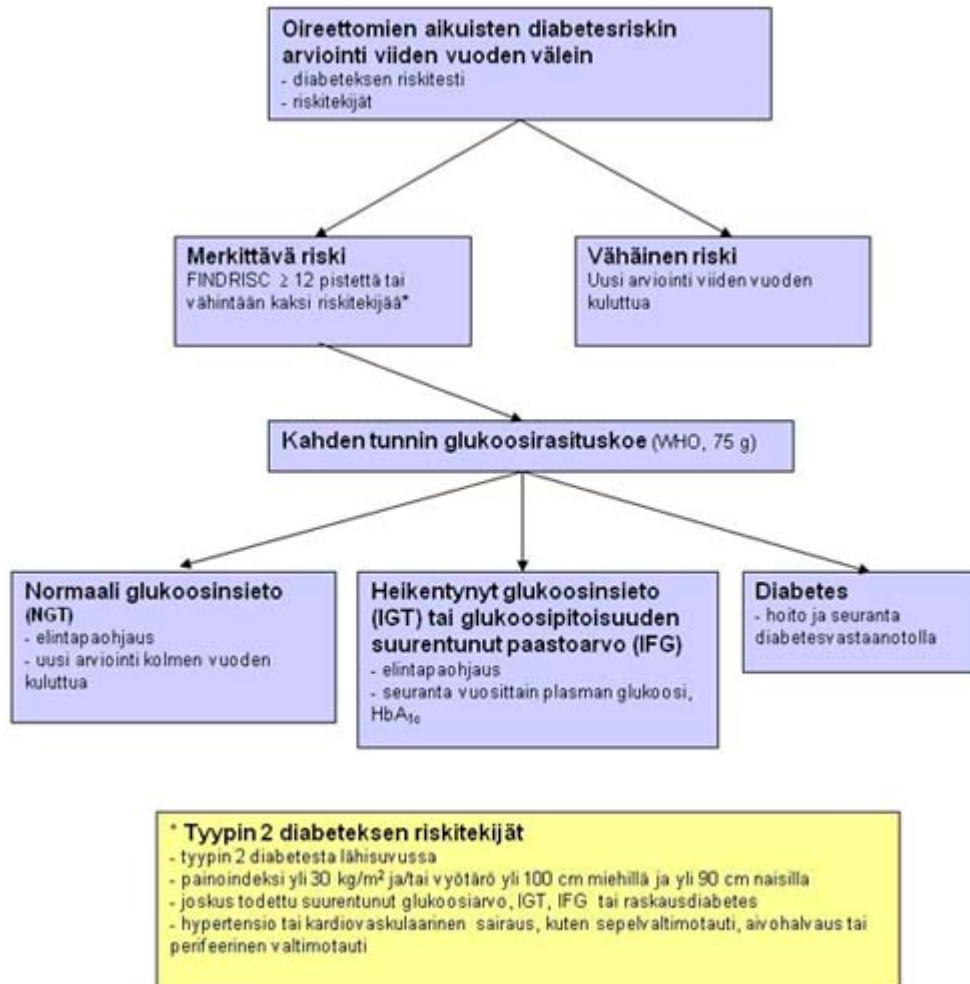
Keskeisintä suomalaisessa mielenterveystyön palvelujärjestelmässä on ottaa julkaistujen Käypä hoito -suositusten periaatteet käytäntöön. Painoindeksin, vyötärön ympäryksen, verenglukoosin, verenpaineen ja lipidien säännöllinen seuranta ei saa olla kohtuuttoman suuri vaatimus siihen nähden, että seurannaisilmiöt voivat olla erityisen haitallisia skitsofreniapotilailla ja että ehkäisy on parasta hoitoa. Seurannan ja hoidon toteutus kussakin toimipisteessä riippuu olosuhteista, mutta keskeistä olisi laatia yhteneväiset paikalliset tai toimipaikkakohtaiset toimintaohjeet. Psykiatrisessa yksikössä voidaan huolehtia varhaisesta diagnostiikasta ja antaa elämäntapaohjausta, mutta yhteistyötä somaattisen terveydenhuollon kanssa on tehtävä vaaratekijöiden lääkehoidon ja diabeteksen hoidon toteuttamisessa. (Hintikka ym. 2005.)

TAULUKKO 1. Tyypin 2 diabeetikoiden yleiset tavoitteet glukoositasapainon, lipidien ja verenpaineen suhteen (Diabetes: Käypä hoito -suositus 2011).

Mittari	Tavoite	Huomioitavaa
HbA1c % (mmol/l)	alle 7,0	ellei vakavia hypoglykemioita
Paastoglukoosi (mmol/l)	4 – 6	omamittauksissa
Aterian jälkeinen glukoosi (noin 2 h) (mmol/l)	alle 8,0	
LDL- kolesteroli (mmol/l)	alle 2,5	kaikilla tyypin 2 diabeetikoilla
	alle 1,8	sairastettu valtimotapahtuma
Verenpaine (mmHg)	alle 130/80	

Diabeteksen riskin arvioimiseksi ja riskiryhmien löytämiseksi suositellaan Suomessa kehitettyä diabetesriskitestiä. Se löytyy Suomen Diabetesliiton www- sivuilta osoitteesta www.diabetes.fi/diabetestietoa/diabeteksen_ehkaisy/riskitesti/ (Diabetes Käypä hoito 2011.) Diabetesriskitesti toimii samalla mini-interventiona henkilökunnalle ja potilaille (Heiskanen ym. 2010).

KUVIO 1. Esimerkki diabeteksen seulontamalliksi (Diabetes: Käypä hoito -suositus 2011).



2.3 Metabolinen oireyhtymä

Metabolinen oireyhtymä on osa laajempaa aineenvaihdunnan häiriötä. Siihen liittyy riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin ylipainon, korkean verenpaineen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriön vuoksi. Oireyhtymään liittyy olennaisena vyötärölihavuus, jonka tiedetään aiheuttavan insuliiniresistenssiä. Elimistön rasva-arvoissa triglyseridipitoisuudet ovat korkealla ja HDL-kolesteroli-pitoisuus on matala. (Saraheimo & Kangas 2006, 20–21.) Skitsofrenia potilaan somaattisen tilan seurannassa tulisi erityishuomion

kohteena olla painonnousu, lihavuus ja diabetes sekä dyslipidemiat. (Hintikka ym. 2005).

Metaboliset häiriöt ovat kolme kertaa tavallisempia skitsofreniapotilailla kuin yleisväestöllä ja se edellyttää huomioimista hoitojärjestelyissä. Metabolisia häiriöitä on todettavissa jo ensipsykoosipotilailla ja niiden määrä lisääntyy taudin keston pitkittyessä. Merkittävää on diabeteksen yleistyminen 1,6 % 15–25 -vuotiailla ja 19,2 % 55–65 -vuotiailla skitsofreniapotilailla. Skitsofreniapotilaiden metabolisten häiriöiden selvittäminen ja seuranta ovat siis perusteltuja. (Koponen 2007.)

Yleisen sairastavuuden takia skitsofreniapotilaiden elinikä on noin 20 % lyhyempi kuin muun väestön. Skitsofreniapotilaiden somaattiseen sairastamiseen myötävaikuttavat taudinkuvaan liittyvät negatiiviset oireilut, kognitiiviset puutosoireet, potilaiden epäterveellinen elämäntapa, terveyskäyttäytyminen, hoidossa käytettävät lääkkeet, hoidon viivästyminen ja hoidon heikompi taso muihin potilaisiin verrattuna. Skitsofreniapotilaan hoitoon tulee alusta pitäen kuulua myös somaattisen tilan tutkiminen, terveeseen elämäntyyliin tukeminen ja somaattisten sairauksien hoitaminen. (Salokangas 2009.)

3 SKITSOFRENIA TYYPIN 2 DABETEKSEN RISKITEKIJÄNÄ JA PSYKOOSILÄÄKEHOITO

Skitsofreniaa tulisi pitää riippumattomana tyypin 2 diabeteksen vaaratekijänä. Väitettä on selitetty sillä, että skitsofreniaa sairastavien keskuudessa ovat ruokailutottumukset epäterveellisempiä ja liikunta vähäisempää kuin väestössä keskimäärin. Lisäksi tupakointi on tavallista yleisempää heidän keskuudessaan. Skitsofreniaan sairastuneiden perhetaustoista löytyy myös keskimäärin useammin tyypin 2 diabetesta muuhun väestöön verrattuna. Psykykenlääkkeillä on myös todettu olevan oma osuutensa tyypin 2 diabeteksen kehittymiseen. Näiden seikkojen vuoksi skitsofreniaa sairastaville suositellaan tehtävän diabetekseen liittyviä seuloja. (Bushe & Holt 2004.)

Skitsofrenia on usein nuorella aikuisiällä alkava vakava, psykoosiksi luokiteltu mielen-terveydenhäiriö. Se on eräs vaikeimmista ja haastavimmista ihmiskuntaa kohtaavista sairauksista, jonka tausta on hyvin monitekijäinen ja vielä puutteellisesti tunnettu. Saira-
raus vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Tyypillisiä skitsofrenian oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus ja ns. negatiiviset oireet, kuten tunteidenlatistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Potilaiden oireet vaihtelevat elämänkaaren kuluessa ja pääosa potilaista oireilee vuosia tai jopa vuosikymmeniä. Skitsofreniaa kuvataan aivojen tiedonohjauksen säätelyhäiriöksi, joka vaikeuttaa keskeisiä inhimillisiä toimintoja. Skitsofreniaa sairastavalla potilaalla on vaikeuksia ajatella luovasti, ylläpitää ihmissuhteita, sekä ilmaista selvästi omia ajatuksia ja keskeisiä tunteita kuin rakkaus ja pelko. Potilaan elämysmaailmaan voivat kuulua pelottavia kokemuksia kuten vieraat, mieleen työntyvät äänet, ulkoiset uhat ja voimat. Tunnusomaisena piirteenä skitsofrenialle pidetään mielen toimintojen kokonaisuuden pirstoutumista. Skitsofrenia on jaettu alatyyppeihin joita ovat paranoidinen, hebefeerinen, katatoninen, erilaistumaton, residuaalinen, erityispiirteetön, muu määritelty ja määrittämätön skitsofrenia. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2001, 57–59.)

Psykoosilääkitys on olennainen osa skitsofrenian hoitoa, lääkehoidon aloittamisesta vastaa aina mielellään psykiatrian erikoislääkäri. Päätös lääkehoidon aloittamisesta pyritään

tekemään yhteistyössä potilaan kanssa. Psykoosilääkityksestä skitsofrenian hoidossa on tehty runsaasti tutkimuksia ja niiden on osoitettu olevan tehokkaita skitsofrenian positiivisten oireiden hoidossa ja uusien psykoosivaiheiden estossa. Psykoosilääkkeiden teho negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin on vähäisempi. Hoidon akuuttivaiheessa psykoosilääkettä tarvitaan yleensä suurempia vuorokausi annoksia kuin hoidon pitkäaikaisvaiheessa. Skitsofrenian hoidossa käytettäviä keskeisiä psykoosilääkkeitä ovat tavanomaiset haloperidoli ja klooripromatsiini sekä toisen polven ketiapiini, olantsapiini, klotsapiini, ja risperidoni. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2008.) Toisen polven psykoosilääkkeiden tulo markkinoille stimuloi keskustelua skitsofrenian ja metabolisten häiriöiden välisestä yhteydestä. (Leucht, Burkard & Henderson ym. 2007.)

Mikä tahansa psykoosilääke voi edistää painonnousua (Hintikka ym. 2005). Psykoosilääkkeiden käyttöön, erityisesti klotsapiiniin ja olantsapiiniin on todettu liittyvän painon nousua sekä suurentunut tyypin 2 diabeteksen riski. On myös muutamia tutkimuksia lääkkeitöistä potilaista, jotka viittaa siihen, että skitsofreniaan itsessään saattaa liittyä glukoosimetabolian häiriö. (Leucht ym. 2007.) Klotsapiinia tai olantsapiinia saavilla potilailla esiintyy myös dyslipidemiaa (triglyseridi- ja kokonaiskolesteroliarvo suurentuneet ja HDL-kolesteroliarvo pienentynyt) enemmän kuin väestössä keskimäärin (Lieberman, Stroup & McEnvoy ym. 2005).

Psykoosilääkityksen käyttöön voi liittyä sekä verenpainetta nostavaa että laskevaa vaikutusta, mutta useimmiten vaikutus on laskevaa (Koponen, Alaräisänen & Saari ym. 2008). Metabolisen oireyhtymän riskitekijöihin lukeutuu ne psykoosilääkkeet, jotka liittyvät enemmän painonnousuun aiheuttaen myös enemmän insuliiniresistenssiä, hyperglykemiaa ja dyslipidemiaa. (Fleischhacker, Cetkovich-Bakmas & De Hert ym. 2008).

Psykoosilääkkeet lisäävät todennäköisesti vaaraa tyypin 2 diabeteksen puhkeamiselle ja on esitetty myös viitteitä siitä, että ne vähentäisivät haiman insuliinieritystä. Tutkimustulokset ovat kuitenkin vielä ristiriitaisia eikä riittävää tutkimusnäyttöä psykoosilääkkeiden vaikutuksista tyypin 2 diabeteksen puhkeamiselle ole olemassa. (Heiskanen ym. 2010.)

Plasman glukoosipitoisuuden paastoarvo olisi määritettävä aina ennen psykoosilääkehoidon aloittamista tai sen merkittävää muuttamista. Jos arvo on viitealueella (enintään

6,0 mmol/l) eikä ylipainoa kerry, on uusintamääritys paikallaan kolmen kuukauden kulluttua ja myöhemmin ½ - 1 vuoden välein. Jos verengluukoosi psykoosilääkityksen aloittamisen jälkeen ylittää toistuvasti em. raja-arvot, tulisi arvioida, voidaanko psykoosilääke vaihtaa saavutettua hoitovastetta menettämättä toiseen psykoosilääkkeeseen, jolla voisi olla vähäisempi vaikutus verengluukoositasapainoon. (Heiskanen ym. 2010.)

Annukka Lintulan pro gradutyössä käsitellään psyykenlääkkeiden vaikutuksia psykiatristen potilaiden painonhallintaan. Tavoitteena oli selvittää millainen ongelma lihominen on psyykenlääkkeitä käyttävillä potilailla, millaisena ongelmana he itse pitävät lihomista, ja millaista painonhallintaohjausta he kokevat tarvitsevänsä. Lisäksi tavoitteena oli selvittää painon- ja elämäntapojen muutoksia, painonhallinnan yleisyyttä ja keinoja sekä elämäntapojen muutoksia psyykenlääkkeiden käytön aloittamisen jälkeen. Tulokset viittaavat siihen, että painonhallinnan ohjaus on tarpeellista niille, jotka ovat lihonneet psyykenlääkkeiden käytön aikana. Tulokset viittaavat myös siihen, että painon nousua voi ennaltaehkäistä. Lihomisen ennaltaehkäisemiseksi ruokavalio- ja liikuntaohjaus olisi tarpeellista jo siinä vaiheessa, kun potilaalle aloitetaan lääkitys, jonka sivuvaikutuksena on lihominen. Potilaan psyykinen vointi sekä voimavarat tulee ottaa huomioon elämäntapaohjauksessa. (Lintula 2006.) Painonhallinnan onnistuminen vaatii terveellisiä ruokatottumuksia ja liikunnan lisäämistä sekä tietoisuutta omasta tilanteesta ja toiminnasta (Alahuhta ym. 2010).

4 ELÄMÄNTAPOJEN MERKITYS TYYPIN 2 DIABETEKSEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ SKITSOFRENIAA SAIRASTAVALLA

Skitsofreniapotilaiden vähäinen liikunta, runsas tupakointi, yksipuolinen ruokavalio ja ylipaino lisäävät huomattavasti vaaraa sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, aineenvaihduntasairauksiin ja syöpään. Sairastumisriskiä sydän- ja verisuonisairauksille lisäävät metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes ja dyslipidemat, joita skitsofreniapotilailla on enemmän kuin väestöllä yleensä. (Heiskanen ym. 2010)

4.1 Painonhallinta

Tyypin 2 diabetes on erittäin perusteltu syy pitää paino hallinnassa. Tutkimuksien mukaan ylipainoisilla tyypin 2 diabeetikoilla sokeritasapainon korjaamiseen riittää 5–10 %:n laihduttaminen ainakin diabeteksen varhaisessa vaiheessa. Tällöin myös paranevat veren rasva-arvot ja verenpaineet. Terveellisen painon määrittämiseksi käytetään painoindeksiä BMI, joka lasketaan jakamalla paino pituuden (metreissä) neliöllä (kg/m^2). Ihanteellisena painona pidetään painoindeksiä 20–25. Jos painoindeksi on alle 30, kyse on lievästä lihavuudesta ja normaalipainoon pyrkiminen olisi suositeltavaa. Kun painoindeksi on 30 tai enemmän, niin kyseessä on merkittävä lihavuus ja laihduttaminen on tarpeellista. (Heinonen 2009, 150–151.)

Painonhallinnassa terveyden kannalta suositeltava vyötärönympäryys on miehillä alle 90 cm ja naisilla alle 80 cm. Kun miehillä vyötärönympäryys ylittää 100 cm ja naisilla 90 cm, niin lisääntyy lihavuuteen liittyvien sairauksien vaara huomattavasti. Laihduttaminen on erityisen tärkeää kun kyseessä on vyötärölihavuus, koska rasvakudos kertyy pääosin vatsaontelon sisälle, heikentäen insuliinin tehoa ja kohottaen veren rasva-arvoja. (Heinonen 2009, 151.)

Kun painoa pudotetaan, niin sopiva laihdutusnopeus olisi alkuun noin puoli kiloa viikossa. Se tarkoittaa 500 kcal:n vajausta päivittäisessä energiantarpeessa. Energianvaja-
us saadaan aikaan vähentämällä syömistä ja/tai lisäämällä liikuntaa. Laihduttamisen

alussa poistuu kehosta aina nestettä, joten alkuun painonpudotus voi olla nopeaa. Painonpudotuksessa painotetaan pienten pysyvien muutosten merkitystä ruokavaliossa. Kevytmaidon, kermajuuston ja voin vaihtaminen kevyempiin tuotteisiin arjen valinnoissa riittää hyvin 500 kcal:n vähennykseen päivittäisessä energiantarpeessa. (Heinonen 2009, 152.)

Mikäli ruokavalio on laadultaan kunnossa ja kevyttuotteet käytössä eikä paino alene, niin tulee tutkia, paljonko ruokaa syödään. Laihduttamisen ja painonhallinnan ei tarvitse tarkoittaa tiukkaa kalorimäärän dieettiä, vaan selkeitä vähennyksiä energian saantiin. Painonhallinnassa onnistuminen on mahdollista. Neuvonnan tulisi tapahtua myönteisessä ja kannustavassa ilmapiirissä ja kohdistua nimenomaan asiakkaan omiin ruokatottumuksiin. (Heinonen 2009, 156.)

4.2 Ravitsemus

Tyypin 2 diabeetikon ruokavaliossa on kolme merkityksellistä tekijää, ruuan laatu, määrä ja rytmitys, joihin tulee kiinnittää huomiota. Diabeetikoiden suositeltava ruokavalio ei oleellisesti poikkea muun väestön ruokavaliosuosituksesta. 2000-luvulla laaditut amerikkalaiset ja eurooppalaiset diabetesruokavaliosuositukset perustuvat päteviin tutkimusnäyttöihin. Diabeteksen tyypistä riippumatta nykyään ei suosita turhia rajoituksia vaan suositellaan kohtalaisesti hiilihydraatteja sisältävää ruokavaliota, jossa rasvojen ja proteiinin osuus on kohtuullinen. Ruokavalion kokonaisuuden laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat runsaskuituisuus, vähärasvaisuus, öljyjen ja pehmeiden rasvojen suosiminen, sekä vähäsokerisuus ja –suolaisuus. (Heinonen 2009, 122–125.)

TAULUKKO 2. Ruokavaliotavoitteet tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä (Lindström ym. 2011).

- sopiva määrä kulutukseen nähden eli tavoitteena painonhallinta
- kasviksia (hedelmiä, vihanneksia, palkokasveja) runsaasti (> 500 g päivässä)
- viljavalmisteet pääosin täysjyvävalmisteita
- sokeria < 50 g päivässä (ml. ruokiin ja juomiin valmistuksessa lisätty sokeri)
- kasviöljyt ja niistä valmistetut margariinit ja/tai pähkinät pääasiallinen rasvanlähde
- rajoitetusti maitorasvaa ja kovetettuja kasvirasvoja
- vähärasvaisia tai rasvattomia maito- ja lihavalmisteita
- kalaa eri lajeja vaihdellen (> 2 kertaa/viikko)
- suolaa rajoitetusti (< 6 g/vrk)
- alkoholijuomia kohtuullisesti jos ollenkaan (miehet < 2 annosta/päivä, naiset < 1 annos/päivä)
- muut tavoitteet yksilöllisten tarpeiden mukaan (esim. liikapaino, sairaudet, lääkitys)

Ruuan määrän pitäminen sopivana on haasteellisinta ja ehdottomasti tärkeintä. Se on verensokerin ja painonhallinnan suhteen kaikista olennaisin osa hoitoa. Ruokailujen rytmittämisessä kaikista tärkeintä on, että ruokailuvälit eivät veny liian pitkiksi. Säännöllinen ateriarytmi ja ruuan syöminen pienemmissä erissä tasoittaa verensokerin vaihtelua. (Heinonen 2009, 136.) Tutkimusten mukaan tehostettu ruokavaliohoito voi pienentää HbA_{1c}-arvoa noin 1 % tyypin 2 diabeetikoilla pitkällä aikavälillä. Vasta todetulla tyypin 2 diabeetikolla tehostettu ruokavaliohoito voi sairauden alkuvaiheessa pienentää HbA_{1c}-arvoa jopa 2 %. (Pastors ym. 2002.)

Ruokakolmio on oiva tapa havainnollistaa terveellisen ruokavalion koostamista. Ruokakolmiossa ruoka-aineet on ryhmitelty kolmioon ravintosisällön sekä suositeltavan käyttötiheyden ja – määrän mukaan. Kolmiosta voi yhdellä silmäyksellä saada käsityksen siitä, missä suhteessa eri ruoka-aineita tulisi terveellisen ruokavalion mukaan syödä. (Heinonen 2009, 122.) Itämeren ruokakolmio löytyy [www- sivuilta osoitteesta http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka)

4.3 Liikunta

Tyypin 2 diabeteksessa liikunnan merkitys korostuu, sillä liikunta yhdistettynä ruokavalioon ehkäisee tehokkaasti diabetesta sairautena. Liikunnalla on myös huomattava merkitys jo puhjenneen sairauden hoidossa. Tutkimuksien mukaan yhdistämällä riittävä liikunta oikeanlaiseen ruokavalioon, voidaan diabetekseen sairastumisen vaaraa vähentää korkean riskin henkilöillä peräti 58 %. (Niskanen 2009.) Liikunta lisää insuliiniherkkyyttä, jolloin verensokeritaso laskee. Insuliiniherkkyyden koheneminen kestää noin 1 – 2 vuorokautta, joten siksi liikuntaa tulisi harrastaa vähintään joka toinen päivä. Liikunta ei tavallisesti laske verensokeria tyypin 2 diabeetikoilla niin paljon, että hypoglykemiariski olisi merkittävä. Mutta jos verensokeritasapaino on hyvä ja hoitona on insuliini tai sulfonyyliurealääke, voi hypoglykemiariski liikunnan aikana olla olemassa. Liikunnan vaikutus HbA_{1c}-arvoon on rajallinen, tutkimusten mukaan alle 1,0 %. (Rönnemaa 2009.)

Aerobinen kestävyysliikunta (kävely, hölkkä, pyöräily, hiihto, soutu) ja kuntosalityyppinen lihaskuntoharjoittelu parantaa veren glukoositasapainoa tyypin 2 diabeetikoilla (Rönnemaa 2009). Havainnot osoittavat selvästi, että esimerkiksi säännöllinen kohtalainen kävely pienentää merkittävästi riskiä sairastua 2 tyypin diabetekseen (Jeon, Lokken, Hu & Van Dam 2007). Liikunnan terveysvaikutukset diabeteksen hoidossa tai ehkäisyssä on merkittäviä. Liikunta lisää insuliiniherkkyyttä ja sitä kautta parantaa glukoositasapainon säätelyä, ehkäisee sepelvaltimotautia, parantaa merkittävästi veren HDL-pitoisuutta, alentaa verenpainetta ja estää liikalihavuutta. Suosituksena on harrastaa säännöllistä liikuntaa vähintään 30 minuuttia päivässä useamman kerran viikossa. (Thomas, Elliott & Naughton 2006.)

Liikuntamuodot tulisi valita asiakkaan mieltymysten mukaan, koska se on motiivoinnin lähtökohta, että asiakas kiinnostuu omaehtoisesta liikkumisesta. Liikuntasuunnitelmien tulisi olla realistisia ja huomioida asiakkaan omat mahdollisuudet. Tärkeintä olisi löytää liikunnan tuottama mielihyvä, sillä silloin olisi mahdollista, että liikunta sisällytettäisiin osaksi omaa elämää. Esimerkiksi askelmittari voi toimia oivana motivoivana tekijänä kävelyssä. Hyvä tapa arvioida liikunnan viikoittaista kokonaismäärää on liikuntapiirakka, joka kiteyttää näyttöön perustuvan terveystyökalun suosituksen. (Heinonen 2009,

178.) Liikuntapiirakka löytyy [www-sivuilta osoitteesta](http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka)
<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

4.4 Tupakointi

Tupakoinnin vaarallisuus perustuu tyypin 2 diabeetikoilla siihen, että tupakka supistaa verisuonia ja siksi se voi edistää tyypin 2 diabetekseen liittyviä verisuonivaurioita entisestään. Tupakointi on erittäin haitallista tyypin 2 diabeetikoille, koska riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on jo sairauden myötä kohonnut. Moni tyypin 2 diabeetikko pelkää lihovansa lopettaessaan tupakoinnin. Paino nousee noin 60 %:lla lopetaneista, mutta tupakoinnin jatkaminen on terveydelle vaarallisempaa kuin muutaman kilon painonnousu. Ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla painonnousua voi pitää kurissa. Nikotiinivieroitushoidon käyttö vähentää painonnousua. (Ilanne-Parikka 2009, 209.)

Patjan ym. (2005) tutkimustulosten perusteella tupakoinnilla todettiin olevan merkittävä vaikutus tyypin 2 diabeteksen riskiin. Tutkimuksen mukaan ikä tai muut riskitekijät eivät vaikuta tupakoinnin aiheuttamaan riskiin. Tupakointi lisää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen riippumatta ihmisen painoindeksistä tai fyysisestä aktiivisuudesta. Tulokset viittaavat selkeästi siihen, että tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä pitäisi kannustaa tupakoimattomuuteen. (Patja ym. 2005.)

5 SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN OHJAAMINEN

Skitsofreniapotilaan elämäntapaohjauksessa on omat haasteensa, mutta ne eivät oikeuta ohjauksen laiminlyöntiin tai hoidolliseen nihilismiin (Hintikka 2005). Skitsofreniaan sairastuneen motivoimista tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevään omahoitoon voivat häiritä passivoituminen tai sairauden intensiiviset oireet. Kun skitsofrenia tai joku muu tekijä heikentää oppimiskykyä, voidaan oppimisprosessia tukea selkokielisillä ohjeilla, joihin voidaan liittää kuvallisia toimintaohjeita. Ravinto ja liikuntatottumusten ohjausten esteenä voi olla psykologisia, somaattisia, sosiaalisia ja taloudellisia tekijöitä. Skitsofreniaan sairastuneilla syömisen merkitys mielihyvän lähteenä voi korostua. Myös liikunnallisuuden väheneminen voi liittyä sairauden oireisiin. Psykelaakkeet voivat aiheuttaa myös nälän tunnetta ja väsymystä. Skitsofreniapotilasta ohjatessa kannattaa valita sellainen ajankohta, jolloin potilaan vireystila on mahdollisimman hyvä. Ohjattavaa sisältöä voi olla tarve käydä useaan kertaan läpi ja ohjauskertoja tulisi olla riittävästi, jotta ohjaussuhde muotoutuu turvalliseksi. (Koivuranta 2009.)

Pysyvä painonpudotus vaatii elämäntapojen muuttamista. Potilaille on muistutettava, että muutos ei vakiinnu hetkessä tavaksi. Potilasta voi motivoida avoimin kysymyksin ja muutoksen lähtökohtana ovat ihmisen omat arvot. Potilas olisi saatava miettimään, mitä hän pitää itselleen tärkeänä ja hyödyllisenä. Myös tiedon lisääminen ja tutkimustulosten kertominen voivat motivoida ja kannustaa painonpudottajaa. Ryhmäohjaus voi olla yksilöohjausta tehokkaampaa. (Karpakka 2009.)

Motivoiva haastattelu on potilaskeskeinen työskentelytapa, jossa autetaan potilasta itse muutoksen tekemiseen. Tavoitteena on saada potilas itse ajattelemaan tarvitsevansa muutosta päästäkseen tavoitteeseen oman elämänsä asiantuntijana. Ohjaajan empatian osoittaminen potilasta kohtaan on myös motivoivaa. Haastattelussa ohjaajan on vältettävä vastakkainasettelua potilaan kanssa, jotta ei synny muutosvastarintaa. Ohjaajan tehtävänä on ohjata keskustelua siten, että potilas huomaa eron nykyisen tilanteen ja tavoitteen välillä. Ohjaaja haastaa potilaan tarkastelemaan omia vaihtoehtojaan. (Mustajoki 2004.)

Potilaan tyyli omaksua tietoa, vaikuttaa ohjausmenetelmien valintaan. On arvioitu, että ihminen muistaa 75 %, siitä, mitä hän näkee, ja 10 % siitä, mitä hän kuulee. Jos käytetään molempia aistikanavia yhtä aikaa, niin on todettu, että ihminen muistaa 90 % ohjauksen sisällöstä. (Kyngäs ym. 2007.) Elämäntapojen muutosprosessissa on neljä vaihetta: esiharkinta, harkinta, valmius- ja ylläpitovaihe. Esiharkintavaiheessa potilas ei tunnista muutoksen tarpeellisuutta, eikä usko omiin kykyihinsä. Harkintavaiheessa potilas tiedostaa ongelmansa mutta ei ole vielä valmis toimimaan sen vuoksi. Valmiusvaiheessa potilas kokee muutoksen tarpeellisenä ja hyödyt suurempana kuin haitat sekä on valmis kokeilemaan uusia toimintatapoja. Ylläpitovaiheessa elämäntapa muutos on jo pysyvää, eikä paluuta aikaisempaan ole vaikka yllättäviä mielitekoja esiintyisikin. (Poskiparta 2006, 15.)

Skitsofreniaa sairastavan ihmisen kannalta on tärkeää, että uskotaan sairastavan ihmisen mahdollisuuksiin ja pyritään mahdollistamaan onnistumisen kokemuksia esimerkiksi tavoitteiden saavuttamisen kautta. Toivon ylläpitäminen ja tulevaisuuteen suuntaaminen antaa mahdollisuuden paremmasta elämästä. Tulevaisuuden suunnittelu ja toivo voivat merkitä skitsofreniapotilaan kohdalla tavoitteiden pohtimista, uusien elämänvaiheiden pohtimista ja niistä keskustelemista. (Antikainen, Kylmä, Hippi & Heiskanen 2002.) Ihminen, jolla on toivoa, jaksaa hoitaa itseään ja kykenee huolehtimaan itsestään. Toivo voi antaa ihmisen elämälle tarkoituksen ja se elävöittää hoitosuhdetta. (Tikkanen 2004.)

6 TYÖN TOTEUTTAMINEN, ETENEMINEN JA ARVIOINTI

6.1 Työn etenemisprosessi

Opinnäytetyöni käynnistyi aiheen ideoinnista ja määrittelystä. Talvella 2010 aloin miettimään mahdollista opinnäytetyön aihetta. Itseäni kiinnosti tehdä opinnäytetyö mielenterveystyöhön. Mielenterveystyötä aiemmin tehneenä olen havainnut, että ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen on ikävä kyllä usein puutteellista sillä alalla. Somaattinen voinnin seuranta ja terveellisiin elämäntapoihin ohjaaminen kuuluvat mielestäni olennaisena osana mielenterveystyöhön. Diabeteksen esiintyvyys nyky-yhteiskunnassa on kasvanut jopa räjähdysmäisesti. Mielenterveydellisistä häiriöistä kärsivien ihmisten riski sairastua metaboliseen oireyhtymään ja myöhemmin tyypin 2 diabetekseen on tutkimusten mukaan suuri. Mielenterveystyötä tehneenä ja tyypin 2 diabetes aiheeseen tutustuneena päädyin tämän opinnäytetyön aiheeseen. Olen rajannut työn käsittelemään skitsofreniaa sairastavien tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevää hoitoa omasta ja työelämän edustajan toiveesta.

Lähestyin omatoimisesti työelämän mielenterveystyön yksiköitä. Ensimmäinen yksikkö, johon otin yhteyttä oli esittämästäni aiheesta kiinnostunut mutta aikataulumme eivät sopineet yhteen. Toinen yksikkö eli Loimupelto oli myös aiheesta hyvin kiinnostunut ja aikataulumme sopivat hyvin yhteen. Oma motivaatiotani työtä kohtaan kasvatti myös se, että sain vapauden tehdä työstä omannäköiseni. Työn rajaukseen osallistuimme yhdessä työelämän edustajan kanssa. Tämän jälkeen työn prosessi on edennyt niin, että osallistuin 2010 keväällä ideaseminaariin, jonka jälkeen aloin etsimään aiheeseen liittyvää tietoa. Syksyllä 2010 osallistuin suunnitelmaseminaarin, jossa sain viitteitä siihen, miten työssä on hyvä edetä. Tämän jälkeen työstämisessä tuli pitkä tauko. Vasta joulukuussa 2011 aloin viedä työtä eteenpäin ja maaliskuussa 2012 alkoi työ olla päätöksessään.

KUVIO 2. Opinnäytetyön prosessikuvaus työn etenemisen ja vaativuuden mukaan



Opinnäytetyön edistymisestä olen ollut työelämän edustajan kanssa yhteydessä aika-ajoin puhelimitse koko opinnäytetyöprosessin ajan. Myös opinnäytetyön ohjaukset ohjaavan opettajan kanssa olemme pitäneet puhelimitse. Molemmissa tapauksissa puhelimen välityksellä tapahtuneet tiedon välitykset ja ohjaukset johtuivat huomattavasta välimatkasta.

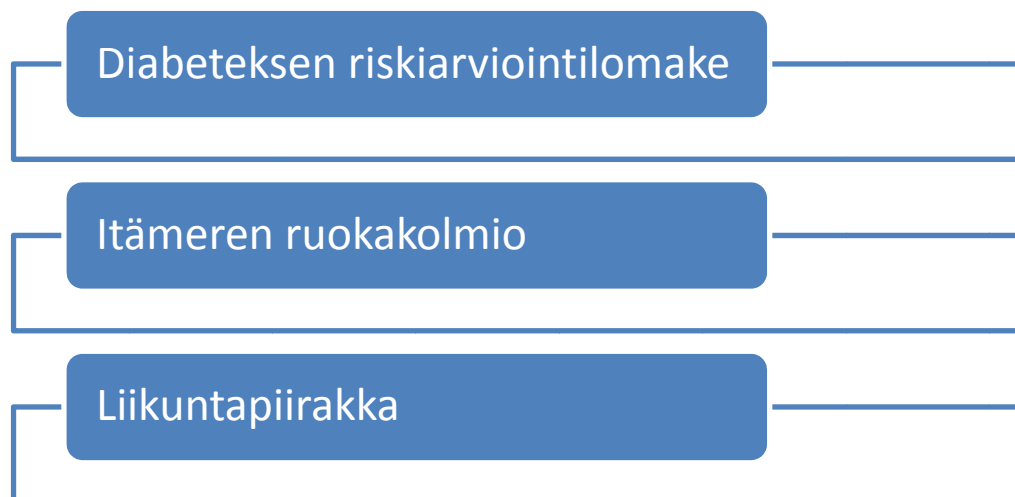
6.2 Ohjeistuksen toteutus

Aloitin ohjeistuksen suunnittelun keväällä 2012. Koska minulla oli vapaus tuottaa ohjausmateriaali itseohjautuvasti, aloin tutustua tarkemmin Diabetesliiton kehittamiin tuotoksiin. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevästä hoidosta on todella paljon tietoa ja valmista ohjauksessa hyödynnettävää materiaalia tarjolla. Minulle oli alusta lähtien selvää, että hyödynnän valmiina olevaa materiaalia työni viittauksissa, sillä ne ovat tutkitusti laadukkaita. Työssä viitatuksi ohjausmateriaalit on mielestäni helppo ottaa käytännön työhön. Halusin myös rajata omaa työtäni valitsemalla tähän työhön mielestäni merkittävimmät tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevän työn ohjausmateriaalit.

Opinnäytetyön teoriaosuus on mielestäni hyvin informatiivinen, mikä osaltaan perehdyttää työntekijää terveellisten elämäntapojen hoidonohjaukseen ja riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden tunnistamiseen. Teoriaosuudessa perustellaan, miksi skitsofreniaa sairastava tarvitsee terveellisten elämäntapojen ohjausta. Ohjaamisen osiossa työntekijä saa konkreettista tietoa skitsofreniaa sairastavan hoidonohjauksesta ja siinä huomioita-

vista seikoista. Työn ohjausmateriaaliksi olen valinnut teoriaan kytkeytyvät Diabetesliiton diabeteksen riskinarvioimiseen liittyvän lomakkeen, Itämeren ruokakolmion ja liikuntapiirakan. Mielestäni Loimupellon on helppoa ottaa kyseiset materiaalit käyttöön arjen hoitotyöhön tai intensiivisempään hoidonohjaukseen. Mielestäni kyseiset ohjausmateriaalit ovat myös perusteltuja työn kokonaisuuden kannalta. Riskinarviointilomakkeessa kiteytyy hoidon seurannan tärkeys ja mahdollinen jatkohoidon ohjaus. Itämeren ruokakolmio on koostettu painonhallinnan ja terveellisten ruoka-aineiden osalta toimivaksi tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä tai jo puhjenneen tyyppin 2 diabeteksen hoidossa. UKK- instituutin suunnittelema liikuntapiirakka havainnollistaa terveellisen liikunnan suositukset, jota voi hyödyntää ohjaustilanteissa. Itämeren ruokakolmio ja liikuntapiirakka ovat myös tilattavissa suurina julisteina.

KUVIO 3. Tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy hoitokoti Loimupellossa



6.3 Toimintamalli Loimupellolle tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevään työhön

Hoitokodin henkilökunta täyttää jokaisen oman asukkaansa kanssa diabetesliiton tyyppin 2 diabeteksen riskitestin mittauksineen. Testiä tehdessä otetaan esille myös tupakointi ja liikuntatottumukset. Testin jälkeen käydään yhdessä asukkaan kanssa testistä saatu pistemäärä läpi eli avataan asukkaalle, mitä pistemäärä tarkoittaa. Asukkaan kanssa on myös syytä kartoittaa, mistä hänen pisteensä ovat muodostuneet ja miten niihin voi itse vaikuttaa. Riskipisteiden ylittäessä 12 pisteen rajan on asukas ohjattava paikalliseen pe-

rusterveidenhuoltoon jatkoselvittelyyn. Alle 12 pisteen jääneen asukkaan kohdalla testi uusitaan myöhemmin tarpeen mukaan esim. ½ tai 1 vuoden kuluttua.

Hoitokodissa olisi hyvä alkaa kaikilta asukkailta säännöllisesti mittaamaan kerran kuukaudessa paino, vyötärön ympäryys, verenpaine ja pulssi, jotta mahdollisiin muutoksiin voidaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa puuttua. Jos verenpaine on mitatessa koholla vielä uusintamittauksen jälkeen, olisi hyvä ko. asukkaan verenpaineita seurata säännöllisesti useamman päivän ajan esimerkiksi aamuisin. Jos verenpainearvot ovat pysyvästi koholla, on syytä ottaa yhteyttä perusterveydenhuoltoon. Myös paastoverensokerin kontrollimittaminen esim. vuoden välein antaisi viitteitä verensokeritasapainosta. Tarvittaessa paastoverensokerin voi mitata tiheämmin ja toistuvasti koholla olevien arvojen jälkeen ohjata asukas perusterveydenhuoltoon jatkoselvittelyyn.

Hoitokodin henkilökunta voisi käsitellä hoitosuhteissa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn liittyviä tekijöitä. Keskusteluissa olisi hyvä nostaa esille ko. henkilön riskitestin pisteet ja käydä niitä ja niihin johtaneita seikkoja läpi. Asukasta olisi hyvä motivoida ja kannustaa kiinnittämään huomiota elämäntapoihinsa ja tätä kautta myös tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn. Keskusteluiden tukena olisi perusteltua käyttää materiaalina työssä esille nostettuja lähteitä. Keskusteluissa voisi kartoittaa tarvetta/halua osallistua ohjattuun ryhmätoimintaan ja mahdollisuuksien mukaan perustaa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevä ryhmätoiminta. Ryhmäläisille voisi järjestää mm. oman kuntosali- ja ulkoiluryhmän (liikuntapiirakka). Ryhmäläisiä voisi kannustaa myös osallistumaan hyötyliikuntaan kuten talvella lumitöihin ja kesällä nurmen leikkuuseen sekä puutarhatöihin rahallista palkkiota vastaan. Ryhmäläisille voisi perustaa myös oman ruokaryhmän, jossa valmistettaisiin ruoka yhdessä terveellisten ruokavalio-ohjeiden (ruokakolmio) mukaisesti mm. kerran viikossa.

6.4 Arviointi

Ohjeistuksen valmistuttua järjestimme yhdessä Loimupellon johtajan kanssa yhteisen tapaamisen opinnäytetyön tiimoilta. Tapaamisessa pyysin saada palautetta ohjeistuksen toteutuksesta. Halusin saada palautteen toteutuksen ulkoasusta, sisällöstä, kieliasusta, toimivuudesta ja kattavuudesta sekä tuotoksen hyödyllisyydestä ja käytettävyydestä. Pa-

laute ohjeistuksen ulkoasusta oli positiivista sen selkeyden ja helppolukuisuuden vuoksi. Sisältöä kommentoitiin kattavaksi sekä informatiiviseksi ja kieliasun todettiin olevan hyvä. Ohjeistuksen toimivuutta ja kattavuutta kuvattiin toimivaksi, joka on siirrettävissä hoitokodin arkeen. Loimupellossa koetaan, että työtä voidaan hyödyntää kehittämissä työssä ja asia koetaan tärkeänä. Yhteistyön tämän projektin aikana todettiin myös olleen mutkatonta.

Arviointikeskustelumme sisälsi puhetta myös siitä, miten yksinkertaisin keinoin tyypin 2 diabetesta voidaan ennaltaehkäistä mutta elämäntapamuutokset ovat erittäin haastavia. Loimupellon henkilökunta voi valinnoillaan vaikuttaa suuresti asiakkaidensa ravinnon sisältöön ja ruokailuaikoihin. Liikkumiseen motivoinnissa on tärkeää yksittäisen työntekijän panos ja oma innostus liikuntaa kohtaan. Hyötyliikunta on myös tehokasta ja tärkeää liikkumista, mitä voisi Loimupellossa myös tulevaisuudessa suunnitella asukkaiden hyväksi. Loimupellossa koettiin myös, että tyypin 2 diabeteksen riskiarviointiin saatiin lisää työkaluja riskinarviointilomakkeen muodossa, mikä osaltaan lisää myös työntekijöiden asiaan perehtyneisyyttä. Loimupelto oli ohjeistukseen kokonaisuudessaan tyytyväinen ja heidän mielestään työssä on keskitytty olennaisiin asioihin.

6.5 Itsearviointi

Projekti toteutui mielestäni odotusten mukaisesti. Uskon, että projektin lopputulos arjen käyttöön otettaessa parantaa Loimupellon hoitotyön laatua ja edistää sen asukkaiden terveyttä. Itse projektin koin mieluisaksi ja mielenkiintoiseksi varsinkin kun sain vapaasti toteuttaa sitä. Projektin kautta syvensin tietotaitoani tärkeällä terveyden edistämisen osa-alueella, jonka koen tulevaisuudessa merkittävänä. Myös työn rajaamisessa mielestäni onnistuin. Tyypin 2 diabetes aiheesta on valtavasti tietoa mutta skitsofreniaa sairastavien kohdalla sitä on alettu vasta viime aikoina enemmän tutkia. Toimintamalliosuudessa, miten Loimupellossa tyypin 2 diabeteksen riskiä voidaan tunnistaa ja ennaltaehkäistä, olen tuonut esille mielestäni keskeisimmät tärkeänä pitämäni asiat. Loimupellon harkintaan jää, miten he lopulta toimintamallia hyödyntävät työssään.

Tähän työhön en ole lisännyt liitteitä, koska diabetesliiton sivuilta on suorat linkit sivustoille ja lomakkeisiin, joihin tässä työssä olen viitannut. Ne ovat erittäin helposti kaikki-

en saatavilla ja ne ovat myös tilattavissa. Tämä työ ei ole täydellinen mutta se on käytökelpoinen. Tässä työssä olisin enemmän voinut tuoda omia mielipiteitäni esille itse tekstin kulussa, jolloin se olisi muodostunut kevyemmäksi lukea. Aihetta olisi voinut myös käsitellä laajemmin, kriittisemmin ja pohtivammin mutta omat voimavarat työtä kohtaan ovat rajalliset. Tämän opinnäytetyönprosessin aikana myös suunnitelmani muuttuivat työtä kohtaan. Alun perin olin ajatellut tehdä opinnäytetyössä suppeamman teoriaosuuden ja laajemman tuotoksen. Prosessin aikana päädyin kuitenkin laajentamaan työn teoriaosuutta informatiivisempaan suuntaan, jolloin itse tuotos eli toimintamalli linkkeineen jäi vähemmälle huomiolle.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön lähtökohtana oli oma kiinnostukseni tehdä tyypin 2 diabetekseen liittyvä opinnäytetyö. Toinen kiinnostuksen kohteeni oli mielenterveystyö, joten mielestäni nämä kaksi kiinnostuksen kohdetta loogisesti yhdistyvät tässä työssä. Aihevalintaa siis ohjasi oma kiinnostukseni, joten otin itse yhteyttä työelämään aiheen merkeissä. Yksityinen mielenterveyskuntoutujien hoitokoti Loimupelto, esitti tarpeensa kehittää tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevää toimintaa heidän toimintaympäristössään. Loimupellon kanssa päädyimme lopulta hyvässä yhteistyössä aihevalintaan ja he antoivat minulle vapauden toteuttaa työtä ilman tarkempaa rajausta. Mielestäni aihevalinta on hyvä ja ajankohtainen sekä tulevaisuuden kannalta merkittävä. Opinnäytetyöntekijänä olen tyytyväinen työn lopputulokseen ja omaan oppimisprosessiin.

Aiheena tyypin 2 diabetes ja skitsofrenia ovat hyvin laajoja, joten työn rajaaminen oli suuri haaste. Tässä työssä olen pyrkinyt tuomaan esille ydinasiat skitsofreniaa sairastavan tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevästä toiminnasta. Painoalueenani on ollut tyypin 2 diabeteksen riskin tunnistaminen ja hoidonohjaus kansallisen terveysthankkeemme Dehko:n suuntaviivojen mukaan. Myös psykelääkkeiden yhteyden metaboliseen oireyhtymään ja diabetekseen olen halunnut tuoda esille, koska se on merkittävä.

Työn [www-linkkisivuiksi](#) olen nostanut mielestäni merkittävimmät tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevään toimintaan, seurantaan ja ohjaamiseen liittyvät materiaalit. Loimupellon on niitä helppoa ja yksinkertaista käyttää. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisen riskinarviointilomake on erittäin käyttökelpoinen apuväline Loimupellossa arvioitaessa asukkaan hoidon tarvetta tai mahdollista jatkohoitoa. Itämeren ruokakolmio kiteyttää havainnollistaen terveellisen ruokavalion koostamisen ja se on tilattavissa diabetesliitosta isona julisteena, jonka voi näin saattaa hoitokodissa kaikkien nähtäville. Liikuntapiirakka kiteyttää viikoittaisen terveysthankkeemme suosituksen, joka on hyvin käyttökelpoinen ohjattessa ja motivoitessa asukkaita liikkumaan. Liikuntapiirakka on myös tilattavissa julisteena UKK- instituutilta.

Diabeteksen esiintyvyys nyky-yhteiskunnassa on huolestuttavaa ja tulevaisuuden näkymät ovat synkät. Tyypin 2 diabetes sairautena kehittyy tavallisesti ihmisen heikenty-

neestä kyvystä huolehtia terveellisistä elämäntavoista kuten painonhallinnasta, ruokavaliosta ja riittävästä liikunnasta. Tyypin 2 diabetes on siis ehkäistävissä yksinkertaisilla kohtuullisilla elämäntapamuutoksilla meidän jokaisen elämässä. Sen vuoksi diabeteksen ennaltaehkäisyyn on syytä panostaa, sillä hoitamattomana tauti voi aiheuttaa ikäviä terveyttä vaarantavia ja elämänlaatua heikentäviä seuraamuksia. Diabeteksen aktiivinen ennaltaehkäisevä hoitotyö tulisi ottaa mielestäni vieläkin laajemmin yhteiskunnassa puheenaiheeksi. Myös ennaltaehkäisevät hoitokeinot tulisi ottaa tehokkaammin käyttöön, jotta tältä ikävältä kansanterveyttä vaarantavalta sairaudelta suojauduttaisiin. Diabetes sairautena aiheuttaa ihmiselle pahimmillaan inhimillistä kärsimystä ja lisää huomattavasti yhteiskunnan terveydenhuoltokuluja.

Skitsofreniaan sairautena kuuluu heikentynyt kyky huolehtia omasta itsestä, elämän kapealaisuus ja useinkin normaalia epäterveellisemmät elämäntavat. Skitsofreniaa sairastavat kuuluvat useimmiten erilaisten tukitoimien piiriin, hoitokoteihin tai sairaaloihin. Tämä asiakasryhmä tarvitsisi yhtäläillä tehokkaampaa elämäntapahoitoa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä, etenkin näissä terveydenhoidon palvelujärjestelmissä, missä heidät on helppo tavoittaa. Ihmisen mielenterveysongelmat eivät siis missään nimessä saa olla syy kokonaisvaltaisen hoidon laiminlyöntiin. Psykoosilääkityksen vaikutuksista metaboliseen oireyhtymään ja tyypin 2 diabetekseen on tutkimusten mukaan paljon näyttöä, joten tästäkin syystä skitsofreniaa sairastavien kokonaisvaltaista hoitoa ei tulisi laiminlyödä. Olen täysin samaa mieltä Hintikan ym. 2005 todetussa artikkelin lauselmasta, että keskeisintä suomalaisessa mielenterveystyön palvelujärjestelmässä olisi ottaa julkaistujen Käypä-hoito suositusten periaatteet käytäntöön. Käypä-hoito suosituksia voisi jokaisessa palvelujärjestelmässä räätälöidä siihen omaan järjestelmään sopivaksi.

On tyypillistä, että skitsofreniaa sairastavien on vaikeaa hallita painoaan. Syöminen, tupakointi ja rauhallinen elämäntyyli ovat varmasti hyvin monelle meille elämän iloja, joista nauttia. Onko sitten eettisesti oikein yrittää saada skitsofreniaa sairastava luopumaan niistä hänen kapealaisen elämän pienistä päivittäisistä ilonhetkistä, jotka tuovat mielekästä sisältöä arkeen? Mielestäni tätä on syytä jokaisen alalla työskentelevän pohdita. Itse ajattelen, että pahinta on asialta silmien sulkeminen ja hoidotta sekä ohjaamatta jättäminen. Mielestäni skitsofreniaa sairastava tarvitsee normaalia tehokkaampaa havainnollistavaa elämäntapaohjausta ja asioiden kertaamista. Pakottaminen tai manipu-

loiva ohjaaminen eivät mielestäni ole ammatillista, vaan asioista tasavertainen keskustelu ja motivointi kuuluvat hyvään ohjaamiseen. Pienin askelin kohti terveellisiä elämäntapoja, unohtamatta hyvää ruokaa tai herkutteluhetkiä ovat avainasioita ohjaamisessa. Tupakoinnin vähentäminenkin voi olla jo tavoite sinänsä ja toimia askeleena kohti terveellisempää elämää. Liikunnan lisäämisen motivoivana tekijänä voi toimia esimerkiksi ohjaajan oma aktiivinen ote ja mukana oleminen liikunnassa.

Terveelliset elämäntavat ja niiden omaksuminen normaalia arkea lisäävät elämänlaatua ja toimintakykyä. Skitsofreniaa sairastavat tarvitsevat voimaannuttavia kokemuksia ja toivon ylläpitämistä hoidollisen tuen turvin. Hoitosuhteen merkitys korostuu mielenterveytyössä ja toivon ja toiveikkuuden luominen skitsofreniaa sairastavalle voivat olla elämää ylläpitävä voima. Skitsofreniaa sairastavalle voimaannuttava kokemuksena voi toimia se, että hänet huomioidaan tasavertaisena, hänen tietoisuus terveellisistä elämäntavoista kasvaa ja hän osaa käyttää tietoaan arjen valinnoissa.

Skitsofreniaa sairastavien hoidossa kodinomaisessa ympäristössä korostuu hoitokodin henkilökunnan tieto-taito terveyttä edistävän toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Oikeanlainen terveellinen ruoka ja säännölliset ruokailuajat ovat asioita, joihin henkilökunta voi vaikuttaa hoitokodin arjessa. Painonhallintaan tukeminen ja motivoiva ohjaaminen ovat iso osa skitsofreniaa sairastavan hoitotyötä. Liikuntaan ja liikkumiseen motivointi ovat myös arvokasta terveyttä edistäviä toimia, joissa hoitohenkilökuntaa tarvitaan. Kodinomaisessa hoitokodin ympäristössä hoitohenkilökunnan työnkuva on usein melko vapaamuotoinen, jolloin työntekijän omaa panosta ja itseohjautuvuutta arvostetaan esimerkiksi terveyttä edistävien elämäntapojen ohjaamisessa.

Tässä työssä olen käyttänyt mielestäni pääosin laadukkaita ja ajankohtaisia uusia lähteitä monipuolisesti. Diabeteksen ennaltaehkäisystä oli helppoa löytää lähteitä, joista uusimpia tutkimuksia olisin voinut käyttää paremminkin. Tyytyväinen olen psykoosilääkkeiden kohdalla mainitsemini lähteisiin sekä ohjaamisen osion monipuoliseen tarkasteluun.

Merkittävintä tämän opinnäytetyön työstämisessä on ollut oma oppiminen. Tyypin 2 diabetesta voidaan ennaltaehkäistä yksinkertaisin keinoin. Juuri asioiden yksinkertaisuuden vuoksi oma tietämys aiheesta on aiemmin ollut liian pintapuolista. Nyt aihe-

seen perehtyneenä olen edelleen samaa mieltä, että tyypin 2 diabetes voidaan ennaltaehkäistä yksinkertaisin keinoin, mutta oma osaamisen taso ja tietämys aiheesta on syventynyt. Omat valmiudet ohjata ihmisiä ja etenkin mielenterveyskuntoutujia terveellisempiin elämäntapoihin ovat kanttuneet tämän opinnäytetyöprosessin aikana. Mielestäni hyvät ohjaustaidot ovat iso osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Asioihin tulee perehtyä ja itseä kehittää, jotta voi antaa laadukasta ohjausta ja neuvontaa. Elämäntapojen ohjaaminen on haastavaa, sillä se ei ole yksittäinen tapahtuma, vaan aikaa ja kärsivällisyyttä vaativa prosessi. Tämän opinnäytetyön tavoitteenani oli kehittää itseäni kyseiseen aiheeseen perehtyneenä. Mielestäni onnistuin siinä hyvin ja minua auttoi oppimisprosessissa se, että koin aiheen mielenkiintoisena.

Opinnäytetyön jatkoprojektina aihealuetta eli tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisevän hoitotyön merkitystä voisi laajentaa myös muihin mielenterveyshäiriöihin. Itseäni kiinnostaa esimerkiksi masennuksen ja diabeteksen molemminpuolinen syysuhde. Masentunut ihminen on keskimääräistä suuremmassa vaarassa sairastua tyypin 2 diabetekseen ja tyypin 2 diabetes itsessään aiheuttaa ihmisessä masennusta. Aiheesta on joitakin tutkimuksia julkaistu. Eräs mielenkiintoinen artikkeli aiheesta löytyy Antero Leppävuoren 2010 kirjoittamasta katsauksesta Lääketieteelliseen Aikakauskirjaan Duodecimiin Masennus ja diabetes.

LÄHTEET

- Alahuhta, Maija; Ukkola, Tanja; Korkiakangas, Eveliina; Jokelainen, Terhi; Keränen, Anna-Maria; Kyngäs, Helvi & Laitinen, Jaana. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. *Tutkiva hoitotyö* 2010; 2:4–13.
- Antikainen, Anna-Maija; Kylmä, Jari; Hippi, Marja & Heiskanen, Tuula 2002. *Sairaanhoitajalehti* nro 11. 9-11. vol 75.
- Bushe, Chris & Holt, Richard 2004. Prevalance of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *Britil Journal of Phychiatry* 184:64-71
- Diabetesliitto 2005. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003 – 2010. Tiivistelmä. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.
- Diabetesliitto. 2004. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Diabetesliitto 2012.a. Riskitesti. Viitattu 19.3.2012.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/diabeteksen_ekaisy/riskitesti
- Diabetesliitto 2012.b. Itämeren ruokakolmio. Viitattu 19.3.2012.
<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka>
- Fleischhacker, W. Wolfgang; Cetkovich-Bakmas, Marcelo & De Hert, Marc ym. 2008. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry*;69:514-9.
- Heinonen, Liisa 2009.a. Liikunnasta elinvoimaa ja terveyttä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo; Rönnemaa, Tapani; Saha Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) *Diabetes: Hämeenlinna: Karisto Oy*, 178 – 181.
- Heinonen, Liisa 2009.b. Painonhallinta ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo; Rönnemaa, Tapani; Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) *Diabetes: Hämeenlinna: Karisto Oy*, 150 – 156
- Heinonen, Liisa 2009.c. Terveyttä edistävä syöminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo; Rönnemaa, Tapani; Saha Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) *Diabetes: Hämeenlinna: Karisto Oy*, 122 – 137
- Heiskanen, Tuula; Niskanen, Leo & Koponen, Hannu 2010. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. *Suomen lääkärilehti* 65 (5): 389 – 396

- Hintikka, Jukka & Niskanen, Leo 2005. Skitsofrenia lisää diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa. *Duodecim* 2005;121 (7):705-7
- Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.
- Ilanne-Parikka, Pirjo; Kangas, Tero; Kaprio, Eero & Rönnemaa, Tapani 2003. Diabetes. *Duodecim*. Diabetesliitto. Hämeenlinna. Karisto Oy.
- Ilanne-Parikka, Pirjo ym. 2009. Diabetes ja tupakointi. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo; Rönnemaa, Tapani; Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) *Diabetes: Hämeenlinna: Karisto Oy*, 209.
- Isohanni, Matti; Honkonen, Teija; Vartiainen, Heikki & Lönnqvist, Jouko 2001. Teoksessa *Psykiatria*. 57–59.
- Jeon, CY; Lokken, RP; Hu, FB & Van Dam, RM. 2007. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care* 2007; 30:744-52 <http://care.diabetesjournals.org/content/29/6/1433.full>
- Karpakka, Päivi 2009. Painonhallinnanohjaaja diabeetikon elämäntapamuutosten tukena. *Diabetes ja lääkäri* 3/2009 (38) 41
- Koivuranta, Minna 2009. Lisää vastuuta voimien mukaan. *Diabetes ja lääkäri* 3/2009 (38) 36–37
- Koponen, Hannu 2007. Diabetes ja muut metaboliset häiriöt ovat tavallisempia skitsofreniapotilailla kuin yleisväestössä ja edellyttävät niiden huomioimista hoitojärjestelyissä. Näytönastekatsaus. *Duodecim* 13.9.2007.
- Koponen, Hannu; Alaräisänen, Antti & Saari, Kaisa ym. 2008. Schizophrenia and sudden cardiac death: a review. *Nord J Psychiatry* 2008; 62:342-5.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi ym. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Leppävuori, Antero 2010. Masennus ja diabetes. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 126 (5):521-7
- Leucht, S; Burkard, T & Henderson, J ym. 2007. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116:317 - 33. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2007.01095.x/full>
- Lieberman, JA; Stroup, TS & McEnvoy, JP ym. 2005. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353:1209 - 23. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa051688>

- Lindström, Jaana; Pajunen, Piia; Rissanen, Aila; Pölonen, Auli; Saaristo, Timo; Peltonen, Markku & Tuomilehto, Jaakko 2011. Eurooppalainen suositus diabeteksen ehkäisystä – Image hankeen tulokset hyötykäyttöön myös Suomessa. Suomen lääkirilehti; 66 (1-2):49–54
- Lintula, Annukka 2006. Painonkehitys psykelääkeiden käytön aikana ja psykiatristen potilaiden painon hallinta. Pro gradu työ.
- Loimupelto 2012. Viitattu 19.3.2012. <http://www.loimupelto.fi/>
- Mustajoki, Pertti 2004. Motivoiva haastattelu. Diabetes ja lääkäri 10/2004 (33), 12–15
- Niskanen, Leo 2011. Liikunta metabolisessa oireyhtymässä ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo; Rönnemaa, Tapani; Saha Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes: Hämeenlinna: Karisto Oy, 172.
- Pastors, JG; Warshaw, H; Daly, A; Franz, M & Kulkarni, K 2002. The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. Diabetes Care 2002;25:608–13
<http://care.diabetesjournals.org/content/25/3/608.full>
- Patja, K; Jousilahti, P; Hu, G; Valle, T; Qiao, Q & Tuomilehto, J 2005. Effects of smoking, obesity and physical activity on the risk on type 2 diabetes in middle-aged finnish men and women. Journal of internal medicine 4, 356 – 62.
- Poskiparta, Marita 2006. Muutosvaihemallin soveltaminen elintapaneuvonnassa. Terveystieteiden aikakauskirja 6, 15.
- Rönnemaa, Tapani 2009. Liikunnasta elinvoimaa ja terveyttä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo; Rönnemaa, Tapani; Saha. Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes: Hämeenlinna: Karisto Oy, 172 – 173.
- Saaristo, Timo; Moilanen, Leena; Jokelainen, Jari; Oksa, Heikki; Korpi-Hyövälti, Eeva; Saltevo, Juha; Vanhala, Mauno; Niskanen, Leo; Peltonen, Markku; Tuomilehto, Jaakko; Uusitupa, Matti & Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka 2010. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin – Taudin ilmaantuvuus pieneni D2D-hankkeessa. Suomen lääkirilehti. 65 (26): 2369 – 2379.
- Salokangas, Raimo 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim: 125(5):505–12
- Saraheimo, Markku & Kangas, Tero 2006. Metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo; Kangas, Tero; Kaprio, Eero & Rönnemaa, Tapani (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Karisto, 20–21.

- Strandberg, Timo 2011. Diabetes on ehkäistävissä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 127(19):2009
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys Ry:n asettama työryhmä 2008. Skitsofrenian Käypä hoito. Viitattu 8.3.2012. Sivut päivitetty 1.1.2008.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. 2011. Diabeteksen Käypä hoito. Viitattu 8.3.2012. Sivut päivitetty 30.11.2011.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Tartu toimeen – ehkäise diabetes. Opas 10. Helsinki. s.10.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Tyypin 2 diabeteksen aiheuttamat kustannukset. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketi/diabetes#kustannukset
- Tikkanen, Kaija 2004. Epätoivon ja toivon dynaaminen prosessi huume kuntoutuksessa aikuistuvien nuorten kuvaamana. Terveystieteiden opettajainkoulutus. Kuopion yliopisto. Pro gradu työ.
- Thomas, DE; Elliott, EJ & Naughton, GA 2006. Exercise for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3:CD002968. http://care.diabetesjournals.org/content/25/suppl_1/s64.full
- UKK-instituutti 2011. Liikuntapiirakka. Viitattu 19.3.2011. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>
- Vilka, Hanna 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. 12.2.2010. http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf